

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.pdf>

Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile

Louise Luan et Cécile Fournier (Irdes)

Avec la collaboration d'Anissa Afrite (Irdes)

À l'issue de deux années de formation supplémentaires, les Infirmières en pratique avancée (IPA) accèdent à des compétences élargies, notamment en matière d'examen clinique et de prescription d'examens complémentaires et de médicaments. De premières études rapportent les difficultés que rencontrent les IPA issues des premières promotions à développer leur activité, à l'hôpital comme en ville.

Cette enquête sociologique qualitative par entretiens étudie les pratiques de ces professionnelles en soins primaires. En dépit de l'intérêt qu'elles expriment pour leur nouvel exercice, toutes décrivent des difficultés majeures pour construire une activité clinique et investissent en complément des activités de coordination d'équipe pluriprofessionnelle, ou continuent en parallèle à exercer en tant qu'infirmière généraliste. Dans un contexte de fortes tensions autour des redéfinitions de la division du travail entre les professionnels de santé, particulièrement en libéral, l'étude des premières IPA, parmi lesquelles quelques-unes parviennent à constituer une file active de patients plus conséquente, permet d'éclairer les composantes de leur activité, et d'analyser les conditions de son développement.

Au-delà du rôle joué par la démographie médicale sur le territoire, la diversité des situations rencontrées dépend notamment de la volonté des médecins de développer ou non une coopération interprofessionnelle, de la proximité sociale entre les médecins et les infirmières concernés, et du type d'autonomie que recherchent ces dernières.

Développée à l'étranger depuis parfois plusieurs décennies, la pratique avancée infirmière a été créée en France par la loi du 26 janvier 2016 et le décret du 18 juillet 2018 (encadré 1). Pour devenir Infirmières en pratique avancée (IPA), les Infirmières diplômées d'État (IDE) suivent une formation de deux années supplémentaires, le Diplôme d'État (DE) d'IPA, qui leur

permet d'accéder à un niveau Master. Cinq spécialisations existent : la mention « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » qui nous intéresse ici, mais aussi celles en oncologie, en néphrologie, en psychiatrie et santé mentale et en matière d'urgences. À l'issue de leur formation, le Code de la santé publique stipule que les IPA jouissent de compétences

élargies et peuvent notamment réaliser un examen clinique, prescrire des examens complémentaires, poser une « conclusion clinique », adapter le suivi du patient et renouveler des prescriptions. Des activités paracliniques ont également été inscrites, telles l'évaluation des pratiques professionnelles et la participation à la recherche. Les IPA sont pleinement responsables de leur activité et des actes réalisés, contrairement

E1

La pratique avancée infirmière : un rôle non consensuel

Lors des débats autour de la création de ce nouveau segment professionnel, les conceptions de ce que devait être le travail d'une IPA différaient fortement selon les acteurs. Les premières représentantes des futures IPA, issues pour la majorité des masters précurseurs de sciences cliniques infirmières développés à Aix-Marseille et à Paris, divergeaient elles-mêmes sur le modèle à adopter, entre celui des *nurse practitioners*, accessibles en premier recours, et celui des *clinical nurse specialists*, spécialistes d'une pathologie, intervenant en second recours. De plus, alors que la plupart des représentants des médecins préféreraient rester dans le cadre d'une délégation sous responsabilité médicale, ceux des structures d'exercice pluriprofessionnel étaient favorables à une redéfinition du partage des tâches et de la responsabilité. Enfin, les pouvoirs publics y voyaient avant tout un moyen de libérer du temps médical face à une démographie médicale en baisse.

Certaines des questions soulevées lors de la création de la spécialisation d'IPA (Luan, 2021a) sont restées en suspens, et ont récemment suscité de vives réactions lors de la proposition de loi sur l'amélioration de l'accès aux soins, portée par la députée Stéphanie Rist déposée en janvier 2023 : accès direct en premier recours ou contrôlé par le médecin ? Positionnement des IPA en substitution ou en complémentarité d'une partie de l'activité médicale ? Activité centrée sur un suivi de patients stables, principalement autour du renouvellement d'ordonnances, ou plus large, intégrant primo-prescriptions, activités de prévention, mais aussi des activités non cliniques telles que le développement d'un *leadership* clinique et professionnel (analyse de pratiques, formation, développement du rôle infirmier, de la coordination interprofessionnelle et recherche...)?

aux infirmières exerçant dans le cadre de protocoles de coopération.

En soins primaires, il a fallu attendre janvier 2020 (avenant 7 à la Convention nationale infirmière), pour que l'exercice des IPA soit rendu possible en libéral (encadré 2). Elles peuvent également exercer en tant que salariées, dans des centres de santé ou au sein de l'association Asalée (Action de santé libérale en équipe).

L'avènement de ce nouveau métier s'inscrit dans un contexte de redéfinition du partage des tâches entre les différents professionnels de santé (Hassenteufel *et al.*, 2020). D'une part, le développement de protocoles de coopération a donné accès, pour les infirmières et d'autres « auxiliaires médicaux », à de nouvelles compétences, notamment pour celles et ceux exerçant en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), ou pour les Infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) au sein de l'association Asalée. D'autre part, de nouvelles fonctions ont été créées, comme les coordinatrices de MSP ou, plus récemment, les assistantes médicales. Plus largement, l'exercice en soins primaires connaît des transformations importantes, avec le développement de formes d'exercice libéral regroupé au sein d'équipes de soins primaires - pouvant prendre une forme légère désignée ici par le terme d'Equipe de soins primaires (ESP) ou plus développée en MSP - et d'un attrait croissant pour l'exercice salarié en centre de santé, des types de structures en dehors

desquelles les IPA ne peuvent exercer. S'y ajoutent des instruments de coordination intersectorielle à une échelle plus large, tels que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les pouvoirs publics soutiennent ces différentes évolutions, considérées comme autant de leviers pour maintenir l'accès aux soins face à la baisse du nombre de médecins généralistes en France, alors même que les besoins en soins de santé primaires ne font qu'augmenter.

Cependant, l'introduction d'un nouveau métier dans un contexte libéral ne se fait pas sans éveiller ou raviver des concurrences, tant d'ordre économique que professionnel ou symbolique. Lors de sa création, la pratique avancée infirmière a suscité une opposition forte de la part des représentants des médecins, mais aussi des infirmières, aboutissant à un cadre d'exer-

cice sous contrôle des médecins (nécessité d'un protocole d'organisation signé avec chaque médecin et absence d'accès direct, l'adressage des patients devant être fait par un médecin) à un modèle économique précaire (encadré 2).

L'enquête sociologique qualitative par entretiens mise en place pour étudier l'exercice des premières IPA en soins primaires (encadré Méthode) montre que si la majorité de ces pionnières peine à développer une activité clinique et si elles se voient contraintes d'investir des activités de coordination, ou de continuer en parallèle à exercer en tant qu'infirmière généraliste, quelques-unes parviennent à avoir une file active relativement importante. Dans un contexte professionnel difficile, à quelles conditions un exercice en pratique avancée s'avère-t-il possible pour ces premières IPA en soins primaires ? Quelles en sont les composantes, et comment se construit-il ?

Après avoir décrit l'étendue et la variabilité du faisceau de tâches développées par les IPA, nous montrons que créer les conditions mêmes de leur exercice en soins primaires constitue pour ces pionnières un travail à part entière, qui repose sur des négociations avec les autres professionnels de santé. Les résultats de ce travail sont influencés par la proximité sociale entre les IPA et les médecins avec qui elles travaillent, par leur parcours professionnel, et également par le degré d'autonomie qu'elles recherchent dans la pratique avancée.

Un exercice qui peine à se développer et reste éloigné de ce qui était attendu

Lors de sa création, le métier d'IPA a d'abord été pensé par les pouvoirs publics autour du suivi régulier, complémentaire

E2

Un modèle économique qui reste précaire

Novatrice au moment de sa conception, la rémunération des infirmières en pratique avancée (IPA) libérales repose, contrairement à celle des autres professionnels de santé libéraux, non pas sur un paiement à l'acte mais sur un « forfait » pour le suivi d'un patient sur une certaine durée. Celui-ci s'apparente à un paiement à la capitation, l'IPA touchant un forfait de 177€/an/patient, versé trimestriellement, quels que soient le nombre et la durée des consultations, à la condition de pouvoir justifier d'un contact par trimestre.

Ce forfait, négocié fin 2019 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les organisations infirmières généralistes, s'est révélé inadapté à l'exercice des IPA (Igas, 2021). Il a été revalorisé de 25 % en novembre 2022 (Avenant 9 à la Convention nationale infirmière, signé le 27 juillet 2022). A cette occasion, les aides à l'installation apportées aux IPA ont été augmentées et leurs critères d'attribution élargis.

et en partie substitutif à celui du médecin, de patients atteints de pathologies chroniques stabilisées : assurer les renouvellements d'ordonnance après avoir vérifié la stabilité de l'état de santé du patient, afin de permettre aux médecins de dégager du temps pour prendre en charge plus de patients. En pratique, l'activité de ces premières IPA est assez éloignée de ce schéma, ce qui constitue un facteur de fragilité pour sa pérennisation.

De faibles files actives, constituées principalement de patients « complexes »

Alors que les IPA devaient contribuer à améliorer l'accès aux soins, l'enquête pointe le faible nombre de patients qu'elles suivent, souvent limité à quelques dizaines. Par exemple, Béatrice, installée depuis six mois et travaillant dans une MSP avec 5 médecins généralistes au sein de l'association Asalée indique suivre une quarantaine de patients. Françoise, travaillant à 80 %, installée depuis dix mois également en tant qu'IPA Asalée, n'effectue que 20 consultations par semaine. Aurélie, l'IPA ayant l'environnement le plus favorable, car bénéficiant d'un adressage important de la part du principal méde-

cin avec qui elle collabore dans un « désert médical », suit environ 200 patients.

Deuxième résultat majeur, l'ensemble des IPA rencontrées témoigne d'une file active constituée principalement de patients qu'elles sont nombreuses à qualifier de « complexes », car atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques non stabilisées, ou dont le suivi est considéré comme difficile du fait de leur situation sociale, de la faible observance du traitement médicamenteux, d'exams complémentaires non réalisés...

Les IPA relient ces premiers constats aux réticences des médecins à leur adresser des patients ne nécessitant que des consultations de routine, du fait de la perte de consultations « faciles » ainsi que des revenus associés que cela entraînerait pour eux. Or, les IPA ne peuvent exercer en dehors du cadre d'un « protocole d'organisation » signé avec un médecin, et les patients ne peuvent consulter une IPA qu'en lui étant adressés par celui-ci.

« [L'IPA] disait qu'elle pouvait faire le renouvellement d'ordonnances [hésite] de patients simples, et c'est vrai que ces patients, on aime bien les garder, parce que c'est facile et ça fait des temps de pause dans nos journées. Après [...], elle pouvait aussi démêler des cas complexes, et c'est vrai que dans la coordination de cas complexes, je voyais vraiment un intérêt majeur ».

Médecin, salariée (observation)

A contrario toutes les IPA soulignent la facilité avec laquelle les médecins leur confient le suivi de patients « chronophages ».

« Soit il pensait à un patient particulièrement pénible pour lui [...], où effectivement je pouvais pas le suivre quatre fois par an ce patient-là ! Parce qu'il y avait un niveau de littératie tellement bas, ou des handicaps psychiques ou psychologiques tels qu'il y avait BESOIN d'avoir une démarche super proactive, d'accompagnement, de reformulation, de réexplication... [Rires] Ça c'était naturellement les patients qu'il me confiait ».

Céline travaille dans une Equipe de soins primaires (ESP), avec un médecin

Les IPA décrivent le cœur de leur activité clinique comme étant constitué de consultations longues, pouvant durer une heure, voire plus, en raison du profil de patients qui nécessitent de nombreuses explications, orientations et prises de rendez-vous, des pratiques qu'elles valorisent. Certaines relient également ces durées de consultation à leur manque d'expérience dans la pratique de l'interrogatoire et de l'examen physique, qu'elles regrettent

REPÈRES

Cette étude a été menée à l'Irdes dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine, spécialisée en santé publique (Luan, 2021a). Elle s'appuie également sur les résultats d'un premier travail de recherche, dans le cadre d'un master de droit et politiques de santé (Luan, 2021b).

de ne pas avoir pu suffisamment pratiquer lors des premiers stages du DE IPA. D'autres mentionnent aussi le remplissage de dossiers médicaux incomplets. Les IPA mettent également toutes en avant un temps d'écoute important consacré aux patients, ainsi que l'abord systématique de questions touchant à leurs conditions et habitudes de vie, qui contrastent avec les consultations brèves des médecins.

Par ailleurs, toutes les IPA interrogées exerçant en libéral déclarent suivre un nombre de patients trop faible pour leur permettre de vivre de leur activité d'IPA. Le montant des forfaits, conçus pour des consultations de suivi simple, de courte durée et peu fréquentes, est décrit comme insuffisamment rémunérateur. Aurélie, qui suit 200 patients, estime que son activité deviendrait économiquement viable à partir de 500 patients. La perte de revenus est d'autant plus conséquente pour les infirmières qui exerçaient en libéral (Dougnet et Vilbrod, 2007).

Une activité pouvant dépasser le cadre de compétences des IPA

Les médecins ont tendance selon les IPA à déléguer des tâches qu'ils valorisent moins ou considèrent comme fastidieuses ou chronophages, s'apparentant à du « sale boulot » (Hughes 1951).

Cet adressage de patients « complexes » et porteurs de pathologies chroniques non stabilisées conduit parfois les IPA à dépasser le cadre de leurs compétences, en principe limitées au suivi de pathologies chroniques « stabilisées ». Plusieurs mentionnent leur appréhension à sortir ainsi du cadre juridique en vigueur, ou la nécessité pour cela d'un médecin très disponible, joignable au milieu d'une consultation si besoin. Mais pour les IPA, ce suivi plus délicat est aussi un travail apprécié et valorisé, dans lequel elles mobilisent des connaissances et compétences acquises lors du DE, et les résultats obtenus en termes d'observance et de sta-

MÉTHODE

Cette recherche sociologique qualitative a été menée entre février et juillet 2021 par entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'1 heure et 38 minutes.

Les enquêtées sont 9 femmes et 1 homme¹, âgées en médiane de 46 ans, et issues des deux premières promotions d'Infirmières en pratiques avancées (IPA). Elles exercent en libéral (n=7) ou sont salariées en centre de santé (n=1) ou par l'association Asalée (Action de santé libérale en équipe) [n=3], dans 7 régions. Avant de devenir IPA, toutes exerçaient déjà en soins primaires : 9 étaient libérales, 2 travaillaient également à temps partiel comme salariées de l'association Asalée. Elles avaient toutes débuté leur activité depuis au moins six mois (durée d'exercice comprise entre six et vingt mois), et la plupart exerçaient exclusivement comme IPA (n=7). Elles travaillaient avec 1 à 7 médecins, dans au total 8 MSP et un CDS.

L'analyse s'appuie également sur des observations de deux réunions d'IPA Asalée, et sur deux entretiens réalisés avec des IPA exerçant en soins primaires issus d'un précédent travail (Luan 2021b).

Les prénoms ont été modifiés.

1 Nous utilisons dans cet article le féminin pour refléter la grande majorité de femmes parmi les IPA.

bilisation de la pathologie sont très valorisants, comme l'explique Céline : « Cette expertise clinique que j'ai pu développer, eh ben je suis contente, parce que je suis arrivée à faire avancer des situations cliniques qui étaient parfois un peu bloquées. » Face à un patient se plaignant de troubles mnésiques, Françoise, qui pratique un exercice mixte IPA et IDSP au sein du dispositif Asalée, rapporte sa satisfaction : « Il a accepté le diagnostic de dépression, et là il a commencé il y a quinze jours les antidépresseurs. J'ai trouvé ça chouette ! ».

Deux IPA témoignent aussi prescrire, en lien étroit avec le médecin, des traitements aigus à des patients présentant une décompensation :

« Quand j'ai un patient qui décompense, je peux mettre en place des antibiotiques, une corticothérapie, des aérosols, de l'oxygène, enfin, des choses qui normalement ne sont pas dans mon décret de compétences ». Aurélie travaille dans une ESP, avec deux médecins

Un faisceau de tâches cliniques étendu dans des dimensions peu investies par les médecins

Certaines IPA développent un faisceau de tâches étendu, notamment en matière de prévention secondaire.

« Après, je fais aussi de la prévention et du dépistage. Je fais beaucoup d'IPS [Indices de pression systolique] en dépistage d'AOMI [Artérite oblitérante des membres inférieurs], je fais des consultations dédiées sur les MMS (Mini-mental status) [...parfois] à domicile ». JérémY travaille dans 2 ESP, avec 5 médecins

Ces IPA assurent spontanément des fonctions peu investies par les médecins, développant d'abord des activités *de facto* complémentaires plutôt que substitutives, évitant ainsi d'entrer en concurrence avec eux. Elles élargissent alors l'offre de soins, en particulier préventifs. Plusieurs IPA rapportent leur rôle dans la coordination des parcours des patients, avec l'aide à la prise de rendez-vous ou l'appel des établissements de santé pour récupérer des informations sur la prise en charge des patients. Quelques IPA assurent également des consultations au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), qui peinent à mobiliser des médecins.

La nécessité d'adjoindre une activité d'infirmière libérale ou de coordination d'équipe

Le revenu des IPA en exercice exclusif s'avérant trop faible, de nombreuses IPA libérales continuent d'exercer en parallèle en tant qu'IDE généralistes, ne pouvant alors prétendre aux aides à l'installation (ceci a changé en 2022). Quant aux IPA exerçant exclusivement en pratique avancée, elles assurent fréquemment en parallèle des soins primaires d'autres activités libérales ou salariées (coordination, réalisation de tests de dépistage Covid, activité clinique en établissements de santé...), sources de revenus complémentaires.

Les IPA libérales ne pouvant exercer qu'au sein d'une équipe de soins primaires, il leur revient, lorsque des médecins sont favorables à travailler avec elles mais

n'exercent pas dans de telles structures, de s'acquitter de ce qui est parfois considéré comme un autre « sale boulot », celui des démarches administratives de création de ces structures, souvent à titre bénévole. Lorsqu'il s'agit d'une MSP, celle-ci, une fois constituée, requiert un travail de coordination, qui peut être investi par les IPA et rémunéré, généralement à la vacation. Si quelques-unes avaient déjà investi ce type de missions avant de devenir IPA, plusieurs décrivent un choix principalement motivé par les revenus complémentaires qu'elles constituent. Certaines sont également prêtes à s'engager à une échelle territoriale plus large que celle de la MSP.

« Et pour la rémunération, je pousse la coordination [dans la maison de santé] parce que j'ai beaucoup de temps qui n'est pas rémunéré [...]. Je pense que là je vais embrayer sur une CPTS [Communauté professionnelle territoriale de santé], pour avoir vraiment un complément dans la coordination ». Béatrice travaille dans 1 MSP, avec 5 médecins

Or, comme évoqué plus loin, ce travail de coordination s'avère souvent indispensable pour rendre possible leur exercice en tant qu'IPA libérale, avant de procurer éventuellement une rémunération complémentaire.

L'impossibilité de développer des activités à même d'accroître l'autonomie de ce nouveau métier

Parmi l'ensemble des activités prévues dans les textes, aucune de celles pouvant être mises en œuvre de manière indépendante des médecins n'a pu être développée par les IPA, en dehors de l'enseignement dans le diplôme d'État d'IPA. L'analyse de pratiques, le « *leadership* clinique » ou la recherche restent non investis, faute de financements, de soutien méthodologique mais également de collaboration possible avec d'autres infirmières ou partenaires. Pour la recherche en soins primaires, les réseaux de collaboration restent en effet à construire :

« [La recherche], c'est quelque chose qui m'a beaucoup plu, et je suis extrêmement frustrée [...], en soins primaires c'est très compliqué, nous on n'est pas maison de santé universitaire [...] par rapport aux recherches de financement, par rapport aux moyens, parce que je ne serai pas accompagnée par un département de recherche de CHU ». Béatrice travaille dans 1 MSP, avec 5 médecins

Ceci contribue à limiter l'étendue des activités des premières IPA, en même temps que leur autonomie.

E3

La lente montée en charge du nombre d'Infirmières en pratique avancée (IPA) libérales en soins primaires

Il existe actuellement plus de 98 000 IDE libérales en activité en France (ameli.fr). Alors que le ministère de la Santé avait annoncé l'objectif de 5 000 IPA en 2022, dont la moitié en soins primaires, la montée en charge est plus modeste, et il n'existe à ce jour aucune communication officielle concernant le nombre d'IPA effectivement en exercice.

Sur la base des forfaits facturés observés dans les données de l'Assurance maladie^a, nous dénombrons 35 IPA libérales en activité en 2020, 106 en 2021 et 122 au premier semestre 2022, dont 79 et 43 nouvelles entrantes dans l'exercice respectivement en 2021 et au premier semestre 2022. De sexe féminin majoritairement (75 %), elles ont en moyenne 44 ans. A ces IPA s'ajoutent celles salariées de l'association Asalée et de 19 centres de santé, dont l'activité n'est pas repérable dans le SNDS.

Certaines limites relatives à ces premiers résultats exploratoires doivent être précisées : peu de recul temporel pour décrire la montée en charge des IPA et leur utilisation des codes forfaits créés spécifiquement ; difficultés initiales de facturation des forfaits.

^a Source : Système national des données de santé ; caractéristiques des IPA (Da_prar_r simplifié) et données de consommations de soins 01/2020-06/2022 de leurs patientèles observées sur la période 01/2020-02/2023 (DCIR) ; exploitation Irdes.

Créer les conditions d'un exercice d'IPA en soins primaires

Exercer en pratique avancée ne va pas de soi, les premières IPA en soins primaires doivent créer elles-mêmes les conditions de leur exercice. A quoi ce travail de création correspond-il et à quelles conditions s'avère-t-il possible ?

Faire reconnaître son métier et se faire connaître

Tout d'abord, les IPA font face à des problèmes administratifs qui ont, pour certaines, empêché toute rémunération. Obtenir son inscription auprès de l'Ordre des infirmiers en tant qu'IPA, pouvoir facturer des forfaits auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) ou obtenir la reconnaissance de leurs ordonnances auprès des pharmacies ou des laboratoires de biologie médicale, est un préalable indispensable.

De plus, en l'absence d'une communication suffisante de la part des pouvoirs publics, la charge incombe aux IPA – quel que soit leur lieu et mode d'exercice – de présenter à leurs interlocuteurs leur métier, les compétences qu'elles ont acquises et ainsi l'avantage que peut constituer, pour un professionnel de santé, de travailler avec une IPA. Elles doivent également se faire connaître personnellement sur le territoire.

« J'ai perdu du temps, enfin, j'ai dû créer tout le réseau, donc [pendant ce temps], vous ne travaillez pas [...]. Là, maintenant, je commence à voir les fruits, mais pendant facile un an, il a fallu tout créer, tous les liens ».

Jérémy, libéral, installé depuis neuf mois

Trouver des médecins favorables à une coopération interprofessionnelle

Si certaines IPA sont parvenues à continuer à travailler avec les médecins avec qui elles exerçaient en tant qu'infirmières libérales avant leur formation, une majorité a dû s'adresser à de nouveaux médecins pour développer leur pratique d'IPA, devant le refus des premiers. Plusieurs facteurs semblent influencer le positionnement de ces médecins qui ne les connaissaient pas. La baisse de la démographie médicale sur un territoire a pu pour certaines faciliter le développement de leur pratique clinique, *a fortiori* en position de substitution. Travailler en zone médicale sous-dense, avec des médecins qui n'arrivent plus à

répondre aux demandes de soins, peut permettre à l'IPA d'être perçue comme une aide pour maintenir la prise en charge des patients. Aurélie explique pourquoi un médecin lui a adressé beaucoup de patients, augmentant rapidement sa file active : « *Il est dans une maison de santé, en milieu de montagne, il y a trois médecins qui sont partis d'un coup, et il s'est retrouvé tout seul* » (Aurélie travaille dans 1 ESP, avec 2 médecins).

Les jeunes générations de médecins ne sont pas systématiquement plus favorables à un nouveau partage des tâches avec les autres professions de santé, et de nombreuses IPA mettent surtout en avant la « culture pluriprofessionnelle » des médecins qui acceptent de travailler avec elles, et témoignent de la relation plus horizontale qu'ils entretiennent avec les infirmières.

« Je me disais que ce serait peut-être plus simple de travailler avec des médecins nouvellement diplômés [...]. Et en fait, je me suis rendu compte que c'était pas forcément lié à l'âge ou la génération. Mais c'était plus lié à une culture professionnelle ».

Céline travaille dans 1 ESP, avec 1 médecin

Ces médecins sont souvent engagés dans la réforme des soins primaires, ayant un rôle moteur de création et d'animation au sein de structures pluriprofessionnelles comme les MSP ou les CPTS.

« On est vraiment dans le début de l'innovation, donc c'est ceux qui sont un peu visionnaires. Moi, la CPTS c'était la première en [dans la région] ! [...] La médecin, elle avait une culture du pluripro déjà bien développée ».

Isabelle travaille dans 1 ESP, avec 2 médecins et en clinique

Plusieurs IPA décrivent volontiers ces médecins comme « pionniers » ou « visionnaires », une représentation dans laquelle elles se reconnaissent également. Cependant, tous les professionnels d'une même MSP ne partagent pas nécessairement cette culture. Une IPA raconte avoir dû cesser son activité en pratique avancée face à l'hostilité des confrères du médecin avec qui elle avait développé une activité pourtant satisfaisante pour tous deux.

Négocier le périmètre de son exercice avec chaque médecin

Pour l'IPA, il ne s'agit pas uniquement qu'un ou plusieurs médecins acceptent de travailler avec elle. Comme cela a été montré dans le dispositif Asalée (Fournier *et al.*, 2018), le faisceau de tâches mises en

œuvre par l'IPA doit également être négocié avec chacun d'eux. En effet, si l'étendue des compétences de l'IPA est fixée par décret, il lui faut *de facto* accepter de parfois se limiter à ce que le médecin, aussi intéressé soit-il de travailler avec elle, est prêt à partager. C'est la condition pour obtenir son accord et co-signer le protocole d'organisation indispensable à son exercice, ce qui peut avoir une incidence sur sa file active. Quand elles travaillent avec plusieurs médecins, les IPA adaptent généralement le protocole d'organisation, comme l'explique Aurélie (qui travaille dans 1 ESP, avec 2 médecins) : « *Je l'ai présenté aux médecins, et avec chaque médecin, on a réécrit une partie* ».

Le début de leur exercice est souvent marqué par une prudence dans leurs demandes, les IPA préférant ne pas revendiquer d'emblée l'exercice de l'ensemble de leurs compétences :

« Donc on a commencé avec les patients en Affection de longue durée (ALD) et en fait, petit à petit, on a inclus d'autres patients qui n'étaient pas en ALD, mais qui avaient des problèmes d'hypertension, de cholestérol ».

Jérémy travaille dans 2 ESP, avec 5 médecins

Cette restriction de leur périmètre d'intervention contribue à freiner le développement de leur file active, limitant ainsi leurs revenus. Nombre d'entre elles se présentent avant tout comme intervenant en complémentarité et non pas en substitution d'une partie de l'activité du médecin, ou proposent de le décharger d'un travail qu'il apprécie peu, pour ne pas lui faire craindre une possible concurrence. Les IPA doivent savoir parfois renoncer explicitement à certaines de leurs compétences :

« En fait quand je lui ai présenté le protocole [...], il a signé en me disant : "Voilà, je te fais confiance, la seule chose que je te demande c'est de garder la main sur l'orientation des patients" ».

Céline travaille dans 1 ESP, avec 1 médecin

Celles qui sont également infirmières Asalée bénéficient d'un avantage par rapport aux autres IPA : elles ont déjà été sélectionnées sur leur capacité à faire alliance avec les médecins (Fournier *et al.* 2018), sans les brusquer, comme l'explique Françoise (exercice mixte IPA Asalée et IDSP) : « *Hier j'ai fait une lettre pour le cardio pour un patient, je l'ai faite mais je lui demande [au médecin] avant de signer de la lire : "Est-ce que ça va ? Est-ce que ça te convient ?" Je suis très prudente* ».

Alors que les toutes premières IPA rencontraient des difficultés pour obtenir un numéro de prescriptrice, Françoise indique que ses prescriptions sont donc systématiquement validées et signées par ce médecin après ses consultations, alors qu'une autre enquêtée, rencontrant le même problème, rapporte s'être vu directement confier par le médecin des ordonnances pré-signées.

Asseoir sa position au sein des équipes de soins primaires du territoire et vis-à-vis des patients

Afin de négocier leur place au sein des équipes et parmi les autres professionnels de soins primaires, les IPA s'investissent souvent dans des fonctions de coordination, sources de revenus complémentaires : « *J'ai rencontré [les IDEL] directement en disant "Je veux monter une maison de santé avec vous".[...] Je me suis introduite tout de suite en tant que coordinatrice* », explique Béatrice (qui travaille dans 1 MSP, avec 5 médecins). Elles doivent rassurer les infirmières, notamment libérales, qui craignent souvent l'arrivée d'une collègue qui se positionnerait comme une « cheffe » (Laetitia, Jérémy). L'investissement dans ce travail de coordination est alors un moyen supplémentaire pour souligner leur positionnement hors des soins infirmiers et montrer ainsi qu'elles ne vont pas, comme l'exprime Aurélie, « *marcher sur les platebandes des infirmiers libéraux* ».

Ce « dilemme de l'infirmière » – devoir abandonner les soins infirmiers pour pouvoir progresser dans la hiérarchie paramédicale, à l'image des infirmières devenant cadres de santé – est connu de longue date (Freidson, 1970). Ce paradoxe touche aujourd'hui aussi la pratique avancée infirmière, censée pour ses promotrices ouvrir enfin une carrière au sein de la clinique, en dehors des surspécialisations en anesthésie, chirurgie ou périculture.

Les IPA doivent également réaffirmer leur nouvelle expertise, parfois remise en cause par leurs collègues infirmières, comme l'expriment Béatrice, Carole et Sonia : « [Les infirmières libérales] *estiment que quand elles modifient la posologie d'un anti-vitamine K, elles font le travail d'une IPA. Ben non !* » (Sonia, impliquée au niveau national).

Les liens tissés petit à petit permettent aux IPA d'asseoir leur position auprès des

autres professionnels : en organisant des réunions d'information à destination des libérales (Jérémy), en les contactant individuellement (Laetitia), ou en se rendant disponibles pour répondre à des questions cliniques ou d'organisation de la maison de santé (Françoise, Béatrice).

« *Maintenant, quand elles (les infirmières libérales) ont un problème chez un patient, elles m'envoient un message. J'ai plein d'interlocuteurs différents : les infirmiers, les kinés aussi, ils ont compris. Et également les réseaux, les services d'aides-soignantes. En fait, elles savent que si elles passent par le médecin et elles laissent un message, elles n'ont pas de réponse* ».

Françoise, IPA Asalée, travaille dans 1 MSP, avec 6 médecins et 7 infirmières

Une IPA (Laetitia qui travaille dans 2 ESP, avec 6 médecins) a monté un centre de vaccination contre le Covid et explique les avantages de ce travail de coordination et de gestion pour se faire connaître sur un territoire, malgré la surcharge de travail engendrée, en restant toujours disponible week-ends et congés compris : « *Et surtout, c'est intéressé, ça me permet d'asseoir ma présence sur le territoire. Aujourd'hui tout le monde sait que je suis infirmière en pratique avancée* ».

Les IPA travaillent également à expliquer aux patients les contours de leur pratique en consultation au moyen de *flyers* et posters. Ce travail peut parfois être fortement mis à mal par d'autres professionnels de santé, en particulier les pharmaciens lorsqu'ils refusent leurs ordonnances :

« [Les] patients [...] ont déjà du mal à se faire à l'idée de l'IPA, si en plus vous dites que j'ai pas le droit de prescrire alors que c'est complètement faux, moi toute ma crédibilité elle s'effondre ! ».

Béatrice travaille dans 1 MSP, avec 5 médecins

Une construction influencée par des déterminants sociaux

Plusieurs éléments apparaissent déterminants dans la construction par les IPA d'un exercice en soins primaires.

L'influence du rapport que les infirmières entretiennent à leur métier

Les souhaits d'études initiaux des enquêtées influent sur leur exercice une fois devenues IPA. A l'image des infirmières libérales (Douguet et Vilbrod, 2007), les

IPA rencontrées ont souvent des parents de professions intermédiaires ou employés. Le souhait de devenir infirmière est présenté comme vocationnel, « *Moi, typiquement, à 17 ans, je voulais aider les autres, et donc infirmière ça correspondait bien* » (Mélanie), ou au contraire comme un choix de raison : « *Il y avait pas trop d'offres en ce qui concerne les études secondaires, et il y avait une école d'infirmières, et vu que j'ai des facilités, eh bien j'ai pris le premier truc en fait* » (Béatrice). Celles-ci ne disent pas avoir envisagé faire d'études de médecine.

Mais parmi les enquêtées, un nombre important témoigne aussi de « regrets d'école » (Giraud et Moraldo, 2022). Elles auraient souhaité devenir kinésithérapeute, sage-femme ou médecin, mais leurs familles n'ont pu prendre en charge le coût de ces études. Or, ce sont ces mêmes infirmières qui nouent plus facilement des partenariats avec les médecins, et qui ont le plus investi l'ensemble des compétences IPA, notamment les renouvellements d'ordonnances et les orientations sans en référer systématiquement au médecin. Certaines vont au-delà du décret de compétences (soins non programmés, primo-prescriptions) et s'inscrivent alors dans une substitution plus avancée.

L'importance de la proximité sociale avec les médecins

Les propriétés sociales des IPA jouent en effet un rôle important dans la construction d'un espace de négociation avec les médecins. Celles ayant la plus grande proximité sociale avec les médecins, via leur réseau familial et amical, parviennent plus facilement à signer un protocole d'organisation et développer leur file active. C'est le cas de plusieurs IPA qui sont filles ou épouses de médecins.

« C'est mon réseau personnel. [Médecin 1], nos enfants étaient à l'école en même temps. [Médecin 2], on fait du kite ensemble ». Isabelle, dont le père et le mari sont médecins, travaille dans 1 ESP, avec 2 médecins

Lorsque l'adressage d'un premier médecin ne suffit pas, elles parviennent plus aisément à compléter leur activité en multipliant les partenariats grâce à une promotion assurée par les médecins auprès de leurs confrères, comme le souligne Isabelle : « *On a très bien compris que plus on va parler de nous, sans qu'on soit là, mieux c'est. Y a pas mieux comme VRP que [les deux médecins spécialistes de la clinique]* ».

Plusieurs indiquent avoir pu bénéficier du soutien financier de leurs conjoints, certains médecins ou pharmaciens, le temps de la reprise d'études, puis du démarrage de l'activité d'IPA, ce qui leur a permis une recherche de partenariats plus sereine. *A contrario*, d'autres IPA ont dû conserver une activité d'infirmière libérale pour garantir un revenu suffisant :

« Ah les infirmières qui se lancent dans l'exercice exclusif d'IPA, elles ont un mari avec un revenu... [Rires] assez conséquent, mais en tout cas, pour moi qui suis célibataire, c'est hors de question ! ».

Aurélié, en exercice mixte IPA – Idel, travaille dans 1 ESP, avec 2 médecins

Cette situation d'exercice mixte IPA et Idel entretient alors un cercle vicieux, rendant plus difficile l'accroissement de la file active des IPA moins présentes auprès des médecins.

Le genre peut également jouer un rôle, comme le montre l'exemple de Jérémy, le seul à souligner avoir été conseillé par le médecin qui a encadré son stage, comme ce dernier l'aurait fait pour un jeune confrère.

Des pratiques liées au type d'autonomie recherché

Les infirmières qui entament la formation IPA n'ont pas les mêmes aspirations en termes d'autonomie. Deux modèles idéaux-typiques influent sur le développement de leur pratique.

D'un côté, certaines infirmières, qui considéraient leur rôle d'infirmière du métier socle limité, ont souhaité investir le champ médical pour diversifier leur pratique (Rosman, 2014). En contrepartie de leurs nouvelles compétences, elles se satisfont mieux d'une activité qui reste d'une certaine manière « prescrite » (absence de premier recours et orientation des patients par le médecin généraliste).

« Je me sentais limitée, frustrée, j'avais besoin d'aller plus loin dans ma fonction [...] j'attendais vraiment des apports [...] en pharmaco, pathologies... [...] quels examens prescrire, quel suivi avoir... Qui est quand même une culture médicale qu'on n'a pas en tant qu'infirmières, pas autant ».

Aurélié travaille dans 1 ESP, avec 2 médecins

D'un autre côté, des infirmières s'engagent dans la pratique avancée pour obtenir la reconnaissance de leur « expertise infirmière », issue de leurs années d'expérience et souvent d'un master précurseur en sciences cliniques infirmières. Elles

nourrissent également l'espoir que cette nouvelle forme d'exercice leur permette de s'émanciper des médecins dont elles estiment qu'ils méconnaissent fréquemment leurs compétences.

« Je crois que j'aurais fait n'importe quoi tellement je ne pouvais plus être infirmière [...] J'avais plus d'intérêt de faire bêtement, d'exécuter. [...] J'avais même postulé pour des entretiens de santé au travail, où il y avait un peu plus d'autonomie, car il y avait pas de médecins sur place ». [Elle décrit les IPA canadiennes] : « Elles vont aller te brûler une verrue, te faire un frottis etc ».

Cécile travaille dans 1 ESP, avec 1 médecin

Pour illustrer le premier idéal-type, une IPA regrette, à propos d'une précédente expérience malheureuse avec un autre médecin, que les IPA soient « complètement rattachées au médecin, soumises à son bon vouloir ». Elle utilise cependant à plusieurs reprises le terme de « délégations médicales » pour qualifier ses nouvelles compétences, terme combattu par les représentantes des IPA. D'un point de vue clinique, elle peut mettre en œuvre l'ensemble de ses compétences, en assurant le suivi de patients chroniques ainsi que, parfois, la prise en charge de décompensations.

« J'ai l'extrême chance d'être avec un docteur qui est vraiment pro IPA, qui me dit qu'il ne sait pas comment il a fait avant que je sois là et qui me laisse une autonomie beaucoup plus importante que ce qui est dans le décret ».

Aurélié travaille dans 1 ESP, avec 2 médecins

Elle décrit ainsi un binôme médecin-IPA très satisfait de cette organisation, dans lequel, comme cela a été montré entre les sages-femmes et les médecins, l'autonomie ressentie traduit l'acceptation de l'interdépendance (Schweyer, 1996). Ces IPA sont aussi celles qui valorisent souvent dans leur discours la proximité avec les médecins, acquise au cours du DE puis de l'exercice. Elles accordent de l'importance à être confortées dans leurs compétences cliniques par les médecins, attente qui en retour rassure les médecins sur le fait de pouvoir leur confier des patients. Bien qu'elles défendent elles aussi une meilleure valorisation de ce nouveau métier, ces IPA portent moins souvent des revendications de reconnaissance des sciences infirmières. Plusieurs souhaitent une appellation différente de leur métier, évitant même le terme d'infirmière pour ne garder que celui de pratique avancée, qui répondrait à l'enjeu de mieux souligner l'ensemble de leurs compétences en les distinguant du métier socle.

Parmi celles qui cherchent une autonomie plus grande vis-à-vis du corps médical, voire parfois une indépendance, certaines rencontrent plus de difficultés à conclure avec des généralistes des protocoles d'organisation, qui symbolisent pour elles cette autonomie moins importante qu'escompté.

Une IPA, issue d'un milieu social moins favorisé et n'ayant pas de médecins parmi ses proches, cumule ainsi plusieurs difficultés : revendiquant un exercice plus indépendant, elle se trouve dans une situation financière difficile car elle n'arrive pas à nouer suffisamment de partenariats avec des médecins, et dit ne plus supporter de devoir « se vendre » : « J'ai tapé aux portes, j'ai plus de dignité je crois, ça fait un an que je frappe partout. » (Cécile, qui n'a pas obtenu son Baccalauréat, travaille avec un médecin dans une ESP). Lorsqu'elle présente ce nouveau métier, cette même IPA dit ne pas parvenir à vaincre les réticences des médecins, et elle décrit des situations où ses prises d'initiative lui sont reprochées. Elle explique avoir dû affirmer à la fois son autonomie et la plus-value que celle-ci représente pour la médecin, en lui disant :

« Soit tu travailles avec les pharmaciens qui maintenant peuvent renouveler les ordonnances, et ils vont pas allonger le patient, ils vont pas le regarder, t'auras pas de retour du tout. Ou tu travailles avec une IPA, et du coup je te fais une auscultation de ton patient et je te fais un retour ».

Des pratiques avancées dont le déploiement renseigne sur les transformations du système de soins primaires

Cette recherche offre une description fine et inédite du travail réalisé en soins primaires par les IPA issues des premières promotions. Elle souligne notamment le travail qu'elles doivent accomplir ne serait-ce que pour rendre possible l'activité prévue dans leur décret de compétences, et l'influence de leurs caractéristiques sociales et de celles des médecins sur les résultats de ce travail. Elle contribue à documenter le faible développement de leur activité clinique, et les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien pour la construire. Parmi les IPA contactées, deux avaient déjà dû interrompre leur activité, du fait du départ du médecin ou de l'hostilité d'autres praticiens de la structure. Toutes les IPA libérales interrogées

témoignent de difficultés économiques, et cette « précarité » (Bouhour, 2021) est d'autant plus mal vécue après les sacrifices, financiers et familiaux, qu'elle implique une reprise d'études en cours de carrière.

La situation des premières IPA est plus largement un révélateur des transformations en cours des soins primaires. Tout d'abord, certaines contribuent à la réorganisation des soins primaires, notamment *via* la création de structures d'exercice regroupées. Mais toutes pâtissent de la superposition des dispositifs – pratique avancée, protocoles de coopération, expérimentation Asalée et nouvelles fonctions d'assistantes médicales et de coordinatrices qui se sont ajoutés au fil des années et peuvent entrer en concurrence. Ensuite, les IPA interrogent le rôle des médecins généralistes. De la même manière que ces derniers ont revendiqué vis-à-vis des autres spécialités médicales une prise en charge holistique, et un rôle pivot dans le parcours de soins du patient, les IPA se réclament également de ces

fonctions, en soulignant le temps qu'elles consacrent aux patients. Nous montrons ici que deux pôles se dessinent dans les pratiques des IPA exerçant en soins primaires, comme on distingue classiquement le pôle technique et le pôle relationnel chez les infirmières du métier socle, ici un pôle clinique, et un pôle de coordination. Or les IPA sont en compétition avec les médecins généralistes sur ces deux pôles, la revendication du rôle de gestion du parcours de soin du patient étant également un des « espaces d'identification prioritaires » du métier de généraliste (Sarradon-Eck, 2010).

Enfin, les IPA contribuent à transformer le métier d'infirmière et son image auprès des autres professionnels de santé et des patients. Elles bénéficient d'un rôle propre élargi, d'une plus grande autonomie, et permettent à un petit nombre d'IDE une évolution de carrière au sein de la pratique clinique. Cependant, le rapport des IPA au métier socle est ambigu, entre prolongement et volonté de rupture,

et s'est accompagné d'un accueil réservé, voire hostile des représentants syndicaux des infirmières et des médecins.

Si ce métier continue aujourd'hui son déploiement, à un rythme toutefois moins important qu'espéré par les pouvoirs publics, plusieurs questions restent en suspens. En soins primaires, où la viabilité financière de l'exercice reste à démontrer et où l'autonomie des IPA demeure limitée malgré les avancées obtenues en 2021 et 2022 sur l'expérimentation de l'accès direct et de la primo-prescription et sur le montant des forfaits et des aides à l'installation, ce métier parviendra-t-il à gagner en attractivité ? Quelle influence aura l'évolution des profils des nouvelles étudiantes IPA, moins militantes que leurs prédécesseuses, sur le développement de leur activité une fois installées ? Enfin, à plus long terme, quelle influence aura la remontée du *numerus clausus* des médecins sur la redéfinition en cours du partage de tâches entre les professionnels de santé ? ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Douguet F, Vilbrod A. (2007). *Le métier d'infirmière libérale : portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*. Paris : S. Arslan.
- Fournier C., Bourgeois I, Naiditch M. (2018). « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 232, avril.
- Freidson E. (1970). « Influence du client sur l'exercice de la médecine », In Herzlich C. *Médecine, maladie et société*. Paris : Mouton EHESS, p. 225-238.
- Giraud F., Moraldo D. (2022). « Devenir infirmier en pratique avancée : une mobilité "sur place" ? » Trajectoires et carrières contemporaines : nouvelles perspectives méthodologiques : XXVII^{es} journées du longitudinal, Grenoble, 23-24 juin 2022 ».
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F. X. (2020). « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1: 11-31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Hughes E. C. (1951). « Studying the Nurse's Work ». *The American Journal of Nursing*.
- Igas (2021). « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », novembre. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article842>
- Luan L. (2021a). « La difficile création de la pratique avancée infirmière en France - Construction du cadre législatif et réglementaire et première mise en œuvre ». Mémoire de master 2, Paris : Sciences Po Paris/Université de Paris.
- Luan L. (2021b). « Devenir infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires - Enquête par entretiens sur les pratiques des premières IPA en France ». Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, spécialité santé publique, Université de Paris.
- Rosman S. (2014). « Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des Nurses practitioners néerlandaises ». *Recherche & formation*, no 76 (novembre): 79-92. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2242>
- Sarradon-Eck A. (2010). « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins ». In *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Métiers santé social*. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Schweyer F.-X. (1996). « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste ». *Sciences sociales et santé* 14 (3): 67-102.