

Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien

Vincent Schlegel
Irdes, Cresppa-CSU

Cette enquête a été financée par
la Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France (Fémasif)

IRD **es** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
21-23 rue des Ardennes 75019 Paris • www.irdes.fr • Tél. : 01 53 93 43 06 • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication** : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek
- **Maquettiste-infographiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec
- **Diffusion** : Suzanne Chriqui • **Imprimeur** : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) • **Dépôt légal** : juillet 2023
- **ISBN papier** : 978-2-87812-607-5 • **ISBN PDF** : 978-2-87812-608-2 • **ISSN** : 2263-5416

Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien

Vincent Schlegel
Irdes, Cresppa-CSU

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement la Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France (Fémasif), en particulier sa présidente, Fatima Said-Dauverge, sa coordinatrice, Camille Mezzano, et Martin Mérindol, chargé de mission IPA, pour leur soutien financier, ainsi que pour leur aide qui s'est avérée particulièrement précieuse tout au long de la réalisation de l'enquête.

Ce rapport n'aurait pas pu voir le jour sans les professionnels qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à nos questions. Ces personnes ont considéré que la recherche pouvait rendre compte de la réalité de leur activité, de leurs réussites et des difficultés rencontrées, dans un contexte où la légitimité de leurs pratiques est parfois mise en doute. Nous espérons qu'elles se reconnaîtront dans les analyses déployées dans ce rapport et nous les remercions pour leur disponibilité et leur accueil bienveillant de notre enquête.

ISBN papier : 978-2-87812-607-5 / ISBN PDF : 978-2-87812-608-2 / ISSN : 2263-5416

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

Liste des sigles	7
-------------------------------	----------

Introduction	9
---------------------------	----------

Méthode.....	13
---------------------	-----------

Partie 1

La pratique avancée infirmière en soins primaires : un exercice semé d'embûches	15
--	-----------

1.1. De l'hôpital à la ville : devenir infirmière en soins primaires	17
---	-----------

1.1.1. Des rapports différenciés au métier d'infirmière.....	17
--	----

1.1.2. Quitter l'hôpital plutôt que choisir le libéral	19
--	----

1.1.3. La découverte d'un exercice solitaire	21
--	----

1.2. Les conditions d'entrée dans la pratique avancée	25
--	-----------

1.2.1. Devenir Infirmière en pratique avancée (IPA) : une pluralité de motivations	25
---	----

• « <i>Aller plus loin</i> » : faire face à la lassitude du métier	25
--	----

• <i>La pratique avancée comme réponse à des enjeux structurels</i>	26
---	----

• <i>Une réponse à des besoins pragmatiques</i>	28
---	----

• <i>Renoncer aux « soins » : l'usure des corps liée à l'exercice infirmier</i>	29
---	----

1.2.2. Des aides à la formation pour devenir IPA disparates et insuffisantes....	29
--	----

1.2.3. La formation : « essayer les plâtres » et légitimer la pratique avancée	31
---	----

1.2.4. Des expériences prédisposantes à la pratique avancée	33
---	----

1.3. Des conditions de travail précaires en tant qu'IPA.....	35
---	-----------

1.3.1. Des aides à l'installation qui dépendent des choix d'exercice	35
--	----

1.3.2. Un modèle économique insatisfaisant pour les infirmières libérales	36
---	----

1.3.3. Quitter le libéral ou cumuler les activités	37
--	----

• <i>Asalée : un mariage de raison ?</i>	37
--	----

• <i>Pour les salariées en centre de santé : sécuriser les revenus, pas l'emploi</i> 38	
---	--

• <i>Poursuivre l'activité d'Infirmière diplômée d'État libérale (Idel)</i>	39
---	----

• <i>Investir des fonctions de coordination</i>	40
---	----

1.3.4. Une augmentation de la charge de travail	40
1.3.5. Le syndicat : un engagement de nécessité	42
1.4. Les relations avec les autres professionnels.....	43
1.4.1. Un groupe professionnel inégalement mobilisé par les médecins	43
• <i>Des médecins enthousiasmés par l'arrivée d'une IPA.....</i>	<i>43</i>
• <i>Des réticences marquées</i>	<i>45</i>
• <i>Un travail supplémentaire : l'entretien des relations avec les médecins... </i>	<i>46</i>
1.4.2. Entre concurrence et coopération avec les autres infirmières libérales....	47
1.4.3. Asalée : quelle articulation des dispositifs ?	48
• <i>Une superposition relative des tâches</i>	<i>48</i>
• <i>Avec les infirmières Asalée : une ambivalence autour de l'éducation du patient</i>	<i>49</i>
1.4.4. Les pharmaciens, les laborantins et le droit à la prescription des IPA	50
1.5. Le travail des IPA auprès des patients.....	51
1.5.1. Quels patients pour quelles IPA ?	51
• <i>Une évaluation du rôle de l'IPA selon les besoins des médecins.....</i>	<i>51</i>
• <i>Les cas complexes : une délégation du sale boulot ?.....</i>	<i>52</i>
• <i>La prise de rendez-vous : démarcher ou imposer.....</i>	<i>53</i>
1.5.2. Un rapport socialement différencié aux activités transversales.....	55
1.5.3. Un rapport au temps plus épanouissant	57

Partie 2

La pratique avancée au sein d'une maison de santé : vers une nouvelle organisation et division du travail ... 59

2.1. Une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) modèle ?	61
2.1.1. Le travail pluriprofessionnel et le projet de santé	63
2.1.2. La place centrale de l'IPA au sein de la MSP	65
2.2. Le binôme médecin-IPA : des craintes initiales rapidement dissipées	67
2.2.1. Une inclination à déléguer déjà existante chez les médecins qui se renforce	67
2.2.2. Des avantages multiples au travail avec une IPA constatés par les médecins	68
2.2.3. Des échanges formels et informels qui dépendent de chaque médecin ..	69
2.2.4. Un changement de logique : une patientèle partagée avec l'IPA	70
2.3. Pour les paramédicaux : une plus grande proximité symbolique facilite les échanges	71
2.3.1. Entre disponibilité et proximité : un recours facilité à l'IPA.....	71

2.3.2. Une relation de confiance qui permet de réduire l'incertitude des prises en charge	72
2.4. Une nouvelle division du travail : ne plus faire, faire moins, faire autrement.....	73
2.4.1. Une nouvelle répartition des tâches spontanée	73
2.4.2. Des actes progressivement délaissés par les médecins recentrés	74
2.4.3. Pour les Idel : un retour à la normale après une extension croissante de leur périmètre de tâche ?	75
2.5. La structuration des logiques d'adressage entre l'IPA et les autres professionnels de la MSP	77
2.5.1. Du médecin vers l'IPA : une délégation selon les besoins des médecins ..	77
• Des « pathologies chroniques stabilisées » aux « patients complexes » ...	77
• Une gestion des rendez-vous facilitée par les médecins	79
• Les problématiques médico-sociales et l'éducation thérapeutique : deux cas d'exclusion.....	79
2.5.2. De l'Idel vers l'IPA : chercher un appui quand il n'y en a plus	81
2.5.3. De l'IPA vers l'Infirmière déléguée à la santé publique (IDSP) mais non l'inverse	81
Conclusion	83
Bibliographie	85
Annexe.....	89

Liste des sigles

ACI

Accord conventionnel interprofessionnel

AD

Aide à domicile

ADMR

Aide à domicile en milieu rural

Afnor

Association française de normalisation

Aggir

Autonomie gérontologie groupe iso-ressources

ALD

Affection de longue durée

AMP

Aide médico-psychologique

Anfipa

Association nationale française des infirmier-e-s en pratique avancée

Apa

Allocation personnalisée d'autonomie

AP-HP

Assistance publique-Hôpitaux de Paris

ARS

Agence régionale de santé

AS

Aide-soignante

Asalée

Action de santé libérale en équipe

ASH

Agent de services hospitaliers

AVS

Auxiliaire de vie sociale

Caso

Centre d'accueil de soin et d'orientation

CCAS

Centre communal d'action sociale

CDD

Contrat à durée déterminée

CDI

Contrat à durée indéterminée

CDS

Centre de santé

CMS

Centre municipal de santé

Cnam

Caisse nationale de l'Assurance maladie

Cpam

Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS

Communauté professionnelle territoriale de santé

CPF

Compte professionnel de formation

CSI

Centre de soins infirmiers

DGCS

Direction générale de la cohésion sociale

DGOS

Direction générale de l'offre de soins

DSES (Cnam)

Direction de la stratégie, des études et des statistiques

ECG

Électrocardiogramme

Infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien

Liste des sigles

Irdes - juillet 2023

Ehpad

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP

Éducation thérapeutique du patient

Fémasif

Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France

Fif-PL

Fonds interprofessionnel de formation des professionnels libéraux

Gir

Groupe iso-ressources

HAD

Hospitalisation à domicile

HAS

Haute Autorité de santé

HMM

Hidden Markov Model

IDE

Infirmière diplômée d'État

IDEC

Infirmière diplômée d'État coordinatrice

Idel

Infirmière diplômée d'État libérale

IDSP

Infirmière déléguée à la santé publique (au sein de l'association Asalée)

IFSE

Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise

Ifsi

Institut de formation en soins infirmiers

IPA

Infirmière en pratique avancée

LMD

Licence, master, doctorat

Maia

Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (2008-2013), Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (depuis 2013)

M2A

Maison des aînés et des aidants

MCI

Majoration de coordination infirmière

MG

Médecin généraliste

MSP

Maison de santé pluriprofessionnelle

PCS

Pathologies chroniques stabilisées

Saad

Services d'aide et d'accompagnement à domicile

Sisa

Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

Spasad

Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

Ssiad

Service de soins infirmiers à domicile

Uncam

Union nationale des caisses d'assurance maladie

Unip

Union nationale des infirmiers en pratique avancée

Introduction

« Le tarif de la consultation [de médecine générale] est aujourd'hui en dessous de la moyenne européenne. Stigmate de l'indigence tarifaire des médecins, l'accord signé en septembre dernier entre les infirmiers et la Cnam instaure, pour le suivi des patients ALD, un premier forfait à 60 euros, suivi de trois autres à 50 euros par trimestre. Ainsi, pour quatre rendez-vous, l'IPA empocherait 210 euros, alors que le médecin, lui ne percevrait que 100 euros pour 4 consultations. »

Communiqué de presse du Syndicat des médecins libéraux (SML),
le 17/11/2022

« Si la demande d'un exercice en pratique avancée de nombreuses professions est indéniablement juste et nécessaire, les médecins généralistes se sont tout aussi justement émus des conséquences délétères d'une pratique avancée déployée sans organisation et sans régulation. Ils ont souligné les conséquences financières désastreuses pour leurs revenus d'une rémunération à l'acte réduite aux seules consultations complexes. Ils ont aussi montré les dangers résultant d'activités s'exerçant en parallèle sans concertation entre les acteurs de soins de première ligne. Si la nécessité de l'émergence de pratiques avancées – concernant la profession infirmière par exemple – est relativement consensuelle chez les médecins généralistes, les expériences internationales confirment leurs inquiétudes : la réussite de ces expérimentations est étroitement liée à la volonté de coopération, ainsi qu'à une collaboration étroite dans un système organisé, lisible et coordonné. »

J. Battistoni, 2022,

« La médecine générale un métier d'avenir », *Les tribunes de la santé*.

« Comme nous l'avons déjà évoqué, les IPA en soins primaires sont rémunérés en moyenne à 800 euros par mois.

Comment accepter cette précarisation de professionnels de santé, engagés et formés à BAC + 5 ? Comment accepter cette discordance alors que les décideurs politiques ne cessent de nous assurer un soutien total ? Une nouvelle fois, les promesses politiques ne se transforment pas en actes »

Communiqué de presse de l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa), le 20/07/2022

En France, le mois de décembre 2022 est marqué par un important mouvement social chez les médecins libéraux. Soucieux de revaloriser leur profession, ces derniers se déclarent en grève une première fois au début du mois, et une seconde fois après Noël. Selon le collectif « Médecins pour demain », la grève est fortement suivie par les médecins libéraux qui prennent la décision de fermer leur cabinet alors que la situation épidémique est préoccupante et qu'une saturation des hôpitaux est crainte. Si l'augmentation du tarif de la consultation concentre les débats – une partie des médecins libéraux réclamant un doublement du prix de la consultation de base –, une partie de leurs attaques concernent la nouvelle division du travail médical en soins primaires et, tout particulièrement, le déploiement des Infirmières en pratique avancée (IPA)¹ amenées à assumer une partie des tâches médicales, à la suite de l'obtention d'un master. Les trois citations qui ouvrent ce rapport donnent pourtant à voir des regards contrastés sur l'implémentation des IPA en France. D'un côté, les IPA se plaignent dans un communiqué de presse rédigé par le principal syndicat défenseur de la profession de leurs conditions de travail. La rémunération de celles exerçant en libéral apparaît particulièrement basse, puisqu'elle se situe, selon leurs dires, en dessous du Salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic). Soutenues par les pouvoirs publics dans la mesure où elles constituent un levier pour pallier les carences actuelles de l'offre de soins et combattre les « déserts médicaux », les IPA se heurtent à différents obstacles qui freinent le développement pérenne de leur exercice, en particulier un mode de paiement au forfait, qui suppose un certain niveau d'activité qu'elles peinent encore actuellement à atteindre. De l'autre côté, une frange de la profession médicale s'insurge, par le biais de certains représentants médicaux, de l'existence de ce nouveau segment de la profession infirmière. Avançant le risque d'« une médecine à deux vitesses »², ils craignent tout particulièrement la dilution de la compétence médicale parmi les professions paramédicales, amenées à assumer certaines tâches autrefois dévolues aux médecins. À rebours des chiffres évoqués par les IPA, ces médecins présentent les IPA comme des privilégiées au regard de leur propre situation, en avançant des chiffres largement discutables dans la mesure où ils ne prennent pas en compte la durée et le nombre de consultations, et donc, le temps de travail effectif. En creux, ils craignent d'être dépossédés d'une partie de leur activité, et donc de leurs revenus, puisqu'ils restent payés très majoritairement à l'acte. C'est donc plus fondamentalement la question du maintien du pouvoir médical qui se pose (Aumaréchal *et al.*, 2022).

Un tel décalage entre les discours peut étonner dans la mesure où les soins primaires ont connu de nombreuses transformations au cours de ces vingt dernières années, transformations soutenues par certains segments de la médecine générale (Schlegel, 2022 ; Monneraud, 2011). L'un des objectifs de ces réformes est de repenser l'organisation du travail médical. En pratique, cela s'est traduit par la promotion de l'exercice coordonné depuis près de quinze ans, *via* la création des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), l'instauration de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (Bloy et Rigal, 2012 ; Bourgeois et Fournier, 2020) ou encore l'émergence de nouveaux groupes professionnels, que l'on pense aux coordinatrices de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Schweyer, 2019] ou aux assistantes médicales. Ces mesures sont pensées, à travers une nouvelle organisation du travail délestant les médecins de certaines tâches, comme un levier essentiel pour lutter contre la désertification médicale (Hassenteufel *et al.*, 2020), la politique du *numerus clausus* souhaitée par une frange de la profession (Déplaudé, 2019) et le départ à la retraite de nombreux médecins entrés massivement dans la profession à partir des années

¹ Nous choisissons d'employer uniquement le féminin pour désigner les infirmières afin de rendre compte d'une triple réalité sociologique : la construction socio-historique de cette profession, la féminisation marquée de ce groupe professionnel et la référence à des compétences socialement construites comme féminines.

² Comme l'exprime, par exemple, Nicolas Hirth, un médecin généraliste à Tregastel, l'un des initiateurs du collectif Médecins pour demain. Voir : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/doubler-le-prix-de-la-consultation-pour-eviter-une-medecine-a-deux-vitesses-explique-un-generaliste-breton-7566301> [consulté le 11/01/2023].

1960, expliquant largement la situation actuelle. Au cœur de ces différentes dynamiques, la profession infirmière a elle aussi connu des transformations importantes ces dernières années, entre spécialisation sur certaines tâches et segmentation (Longchamp *et al.*, 2018). De façon générale, l'infirmière est amenée à jouer un rôle « pivot » en participant, voire en organisant les parcours de soins (Suchier et Michel, 2021), bien que ce rôle soit inégalement reconnu et soutenu, localement comme nationalement. L'expérimentation Asalée (Action de santé libérale en équipe) a quant à elle favorisé la diversification du rôle des infirmières en les amenant à assumer certaines missions de santé publique (Fournier *et al.*, 2018). Plus récemment encore, la pratique avancée infirmière s'est développée en France. S'il s'agit d'une évolution du métier d'infirmière déjà ancienne dans certains pays (Bourgueil *et al.*, 2005), cette nouvelle profession n'a été développée et soutenue que récemment en France, dans la loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016, et les textes d'application ne sont parus que deux ans plus tard, en 2018.

L'accès au statut d'infirmière de pratique avancée se fait à la suite d'une formation de deux ans après une première expérience professionnelle d'au moins trois ans, conférant le grade de master aux personnes qui décident de la suivre. Les personnes qui s'engagent dans cette formation peuvent en théorie espérer une mobilité professionnelle à plusieurs niveaux : autonomie accrue dans les prises de décisions et dans l'exécution de certaines tâches, notamment en matière de prescription, repositionnement dans la chaîne de soins et dans la hiérarchie sociale des professions de santé, hausse de la rémunération en conséquence. À l'issue de cette formation, les étudiantes doivent choisir une mention parmi les quatre proposées initialement. Seule la mention « Pathologies chroniques stabilisées » (PCS) les destine à un exercice en soins primaires. En mars 2022, quatre ans après la sortie des décrets, on comptait près de 1 000 IPA diplômées, selon un recensement réalisé par l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa). Pourtant, les premières enquêtes menées au sujet des IPA montrent des obstacles importants à leur déploiement sur le territoire français (Devictor *et al.*, 2022). Le point de départ de cette enquête, financée par la Fédération des maisons de santé d'Ile-de-France, réside dans le faible nombre d'IPA exerçant en soins primaires, en région Ile-de-France. Selon la Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), seulement 12 MSP franciliennes ont obtenu une valorisation financière liée à la présence d'une IPA dans le cadre de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Au niveau national, si la formation à la pratique avancée reste attractive, le nombre d'étudiantes a baissé pour la première fois en mars 2022. Les mobilisations corporatistes mentionnées en début d'introduction font, en outre, craindre un retour en arrière conduisant à revoir les ambitions à la baisse, alors que des expérimentations sont au contraire en cours pour aller plus loin, notamment en permettant un accès direct à une IPA.

1

ENCADRÉ

L'enquête Ipsop

Ce rapport présente les résultats de l'enquête Infirmières de pratique avancée (IPA) en soins primaires (Ipsop). L'objectif principal de cette étude était de documenter l'implantation des IPA en soins primaires, et plus spécifiquement en Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Dans ce cadre, il s'agissait d'analyser les pratiques concrètes des IPA au sein de ces structures, les conditions dans lesquelles elles y exercent et les transformations de la division du travail entre les professionnels amenés à dispenser des soins primaires. En particulier, l'enquête cherchait à objectiver les effets de l'introduction des IPA – certaines exerçant aussi en tant qu'infirmière Asalée (Action de santé libérale en équipe) – en MSP sur les relations entre les soignants, et la recomposition des frontières entre les groupes professionnels, que l'on pense aux médecins, mais aussi autres professions paramédicales exerçant en MSP (infirmières libérales, diététiciennes, etc.), voire avec des professionnels exerçant dans d'autres secteurs de soins (hôpital, structures libérales, établissements médico-sociaux).

Ce rapport se décompose en deux parties.

La première se centre sur le point de vue des IPA exerçant en ville. Il revient d'abord sur l'entrée dans la profession infirmière et la découverte des soins primaires. Puis, il aborde les conditions d'entrée dans la pratique avancée en soulignant le fait qu'elles faisaient partie des premières promotions. Dans une seconde partie, le rapport revient sur les conditions de travail précaires des IPA en soins primaires, qu'elles soient installées en libéral ou salariées, même si cette dernière situation apparaît plus confortable. Cette précarité leur impose bien souvent de cumuler des activités et se traduit par une augmentation importante de leur charge de travail. Cette dégradation de leurs conditions d'exercice apparaît, dans une troisième partie, comme le produit de leurs relations de travail avec les autres professionnels de soins primaires : faiblement investies par la profession médicale, parfois perçues comme des concurrentes par les infirmières libérales et constatant que leur droit de prescrire se trouve faiblement reconnu, les IPA se trouvent constamment obligées de prouver le bienfondé de leur activité. La situation de deux IPA interrogées permet toutefois d'envisager certaines conditions qui doivent être remplies pour permettre leur implémentation durable en ville. Enfin, la dernière partie du présent rapport revient sur le contenu de leur travail, permettant de nuancer certains constats posés auparavant, en montrant l'épanouissement professionnel des IPA sur les nouvelles tâches qui sont les leurs.

La seconde partie vise à documenter l'intégration des IPA en maison de santé à partir d'une étude de cas réalisée dans une MSP parisienne. En adoptant le point de vue des professionnels avec lesquels l'IPA travaille, il s'agit ainsi de comprendre comment son intégration au sein d'une équipe de soins primaires modifie les relations de travail, la répartition des tâches et comment s'organisent les flux de patients entre les différents professionnels.

Méthode

La première phase de l'étude a ciblé les infirmières diplômées en pratique avancée en soins primaires. Au total, 11 entretiens auprès d'Infirmières en pratique avancée (IPA) ont été réalisés, tous en visio-conférence à l'exception d'un entretien. Les infirmières interrogées exerçaient soit en libéral, soit en tant que salariées. Dans le premier cas, elles étaient préférentiellement installées dans une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), et plus rarement dans un cabinet. L'Ordre Infirmier régional indique que seulement 21 IPA exercent actuellement en libéral sur le territoire francilien. Dans le second cas, elles pouvaient être salariées d'une MSP via des financements sur projet, de l'association Asalée (Action de santé libérale en équipe), ou plus fréquemment, d'un centre de santé municipal ou communautaire. Si le faible nombre d'IPA installées en libéral a largement conditionné la constitution de l'échantillon, il a aussi permis, de façon heuristique, la comparaison des situations de travail des IPA selon leurs conditions d'emploi. En particulier, un tel échantillon était pensé comme un moyen d'établir certaines conditions favorables à leur implémentation. Qu'elles soient libérales ou salariées, elles cumulent souvent les activités, à l'instar de ce que Louise Luan observait déjà dans sa thèse de doctorat, faute de pouvoir se consacrer entièrement à la pratique avancée (Luan, 2021). Le recrutement des IPA s'est appuyé sur le réseau de la Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France (Fémasif). L'idée était de varier les statuts d'exercice, les employeurs en cas d'exercice salarié (Asalée, centre de santé...).

Ces entretiens visaient à retracer la trajectoire professionnelle des enquêtées, les différentes étapes de leur carrière, de leur inscription en Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) jusqu'à leur exercice actuel, les logiques de leur engagement dans la formation en pratique avancée et les premiers temps de l'exercice, leurs conditions de travail et leurs relations avec les autres groupes professionnels.

En complément, des observations ont été réalisées lors des groupes de travail animés par la Fémasif sur trois thèmes : la construction d'une boîte à outils pour les IPA ; la formation continue ; l'université. Pensés initialement comme un moyen privilégié de recruter des IPA pour réaliser ensuite des entretiens avec elles, ces temps d'échange ont permis de rompre avec l'image d'un segment portant une vision homogène de la pratique avancée face à des acteurs extérieurs à la profession. Si elles participent au même combat pour la valorisation et la reconnaissance de la pratique avancée, elles n'envisagent pas toutes leurs rôles de la même façon.

La seconde phase de l'enquête a résidé dans la réalisation d'une étude de cas. Celle-ci donne à voir le travail d'une IPA à travers le regard des autres professionnels avec lesquels elle travaille. Au total, en plus de l'IPA rencontrée lors de la première phase de l'enquête, 7 autres personnes ont été interrogées dans le cadre d'un entretien semi-directif : deux médecins généralistes, une infirmière déléguée à la santé publique de l'Association Asalée, une infirmière libérale, deux médiateurs en santé et une assistante sociale. Les entretiens se déroulaient en deux temps. Une première partie visait à présenter le professionnel interrogé en précisant la nature de son activité et les tâches réalisées au sein de la MSP, aussi bien celles réalisées auprès du patient qu'au niveau du collectif et auprès d'autres publics. Une seconde partie cherchait à objectiver la division du travail au sein de la MSP et la manière dont celle-ci avait évolué avec l'arrivée d'une IPA, en précisant la façon dont le travail fourni par chacun avait été affecté. Par ailleurs, l'objectif était aussi de qualifier et de caractériser les interactions entre les groupes professionnels, le type de recours à l'IPA et leur fréquence.

PARTIE 1

La pratique avancée infirmière en soins primaires : un exercice semé d'embûches

1.1. De l'hôpital à la ville : devenir infirmière en soins primaires

Qui sont les infirmières qui s'engagent dans la pratique avancée ? Cette première partie vise à préciser le profil sociologique des infirmières interrogées en retraçant à grands traits leur carrière. Leur rapport au métier d'infirmière se structure autour d'un goût prononcé pour la technique et l'acquisition de nouvelles connaissances. Dans ce cadre, la plupart ont exercé un certain nombre d'années à l'hôpital, dans l'optique de gagner en compétences. Leur installation en libéral correspond moins à un choix qu'à une volonté de quitter l'hôpital, à un moment où elles sont confrontées à une dégradation de leurs conditions de travail. Néanmoins, travailler en ville n'a rien d'évident après plusieurs années dans les services hospitaliers. Cela suppose différents apprentissages.

1.1.1. Des rapports différenciés au métier d'infirmière

Si le discours vocationnel s'efface progressivement chez les infirmières alors qu'il a longtemps prédominé, notamment lorsque les infirmières étaient aussi des religieuses (Chevandier, 1997), les personnes interrogées renvoient plus fréquemment à une orientation précoce vers des filières dédiées aux métiers de la santé. Cette orientation précoce réduit l'espace des possibles à certains goûts et à certaines compétences socialement construites comme féminines, notamment l'idée d'« *aider les autres* » (Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans, IPA en MSP et Infirmière diplômée d'État-Idel) ou de s'« *occuper de tout le monde* » (Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans, IPA en cabinet), à un choix opportuniste pour devenir autonome financièrement en poursuivant des études supérieures courtes, ponctuées de stages, offrant des perspectives relativement claires sur le marché du travail. Ces différents facteurs se conjuguent notamment dans le discours de la seule infirmière qui avait initialement choisi un autre métier :

« Parce que j'ai l'impression d'être utile, d'avoir un sens à ce que je fais. C'était aussi une question d'avoir du travail, aussi. Et puis, c'était aussi un peu une ambiance familiale où ma maman et ma sœur faisaient ce métier, elles le font toujours d'ailleurs. C'est pour moi quelque chose de naturel. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en Centre de santé (CDS)

Contrairement à d'autres formations médicales et paramédicales connues pour leur recrutement au sein des fractions les plus favorisées de la population (Fauvet *et al.*, 2015), le choix de devenir infirmière apparaît moins directement corrélée à l'origine sociale (Casteran-Sacrete, 2016). Les études soulignent toutefois un recrutement au sein des classes populaires plus important que pour d'autres professions de santé. Pour des femmes en quête d'autonomie financière dès leur majorité, devenir infirmière peut s'inscrire dans le cadre d'une trajectoire professionnelle ascendante qui se poursuit avec l'obtention d'un master :

« - Pour revenir au tout début, pourquoi avoir choisi ce métier d'infirmière ? Qu'est-ce qui vous a attirée initialement ? Est-ce que vous avez des professionnels de santé dans votre famille par exemple ?

- Bon, ça c'est plus personnel où j'ai dû me... ben rentrer tout de suite dans la vie active à 17-18 ans. J'ai commencé, j'ai commencé au bas de l'échelle hein, j'ai commencé ASH [Agent de services hospitaliers] pendant un an, et après j'ai enchaîné sur aide-soignante, j'ai dû faire deux ans d'aide-soignante dans un service de réa [réanimation] et j'ai tout de suite enchaîné sur infirmière. »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans, IPA en MSP et Idel

Par ailleurs, plusieurs infirmières font état de la présence de professionnels de santé dans leur entourage proche, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières ou d'aides-soignantes. Sans opérer un lien de causalité, il convient de souligner comment ces présences médicales et paramédicales construisent un champ des possibles pendant l'enfance. Trois infirmières évoquent aussi leur échec en médecine ou simplement leur crainte de ne pas être assez bonne élève pour réussir. Leur engagement dans la pratique avancée peut être vu comme un moyen de se rapprocher de la profession médicale *a posteriori*, dans une logique de rattrapage.

Une fois leur diplôme d'état en poche, plusieurs infirmières soulignent le rôle structurant de leurs premières expériences réalisées à l'hôpital, dans le prolongement de leur formation. En creux, elles mettent ainsi l'accent sur l'importance de mécanismes de socialisation en poste (Avril *et al.*, 2010 ; Laurens et Serre, 2016), au contact des malades et des autres groupes professionnels, pour acquérir un ensemble de connaissances et de dispositions qui ne sont pas transmises pendant la formation en Ifsi. En complément des connaissances théoriques dispensées en cours et des stages permettant l'acquisition des gestes techniques, d'autres éléments font aussi l'objet d'un apprentissage plus discret, car moins explicite, mais tout aussi indispensable pour mener à bien le travail de soin :

« Je pense que, en toute honnêteté, quand on arrive dans le milieu hospitalier la première fois, bah c'est un petit peu, on découvre, [il] y a... des personnes âgées, y a les fluides, y a les odeurs, donc y a pleins de choses qui sont quand même, qui peuvent être quand même un peu difficiles. Donc la maladie, la mort, y a des choses difficiles. Et aussi pas mal de choses qu'on apprend, donc la prise en charge des patients, euh comprendre leur maladie, comprendre leurs besoins, tout un tas de choses très intéressantes, les traitements, voir le patient évoluer, qui est peut-être, qui est peut-être malade, surveiller son état de santé, voir qu'il y a une évolution, comprendre pourquoi. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Pour pallier certains défauts de leur formation, certaines infirmières interrogées ont volontairement choisi d'exercer dans différents services plutôt que de s'inscrire d'emblée durablement dans l'un d'entre eux. L'objectif consistait là-aussi à parachever leur formation en acquérant des connaissances plus poussées sur le plan médical que sur les techniques :

« En fait, quand j'ai fait de l'intérim – j'ai fait de l'intérim, parce que je voulais continuer à me former, parce qu'en sortant du diplôme, j'estimais que j'avais pas assez de connaissances et de compétences. Donc j'ai continué à me former. En intérim j'ai fait de tout, y compris infirmière en entreprise, y compris j'acceptais toutes les missions. J'ai fait de la réa' chirurgicale, cardiaque. J'ai fait... Je me suis retrouvée en services de réa', j'étais toute seule. Il y avait même pas d'anesthésiste ! Enfin bon, j'ai tout fait. Ça m'a bien formé. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

Cette forme de socialisation traduit leur goût prononcé pour l'acquisition de nouvelles connaissances et une forme de « bonne volonté scolaire ». Le choix initial d'un métier spécifique plutôt que de poursuivre des études plus généralistes est compensé par le suivi de différentes formations permettant une spécialisation sur certaines tâches ou, au contraire, la diversification de celles-ci grâce à l'acquisition de nouvelles connaissances. Celle-ci s'est matérialisée, avant la poursuite de leurs études en tant qu'IPA, par l'obtention de différents diplômes d'université.

Les IPA ont le plus souvent eu des expériences dans des services techniques, où les prises en charge médicales sont courtes. Comme dans l'extrait ci-dessus, ces services leur permettent de poursuivre leurs formations et d'acquérir des connaissances sur l'utilisation de dispositifs médicaux :

« Donc voilà première partie de ma carrière dans des services très techniques. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

« Mais moi mon truc c'était les urgences parce que je me disais que si je savais gérer les urgences, je pourrais aller dans tous les services, j'avais peur de rien, et j'ai appris en fait tous les soins, même poser des cathé au final, mais poser des sondes naso-gastriques des sondes urinaires, le b. a.-ba quoi, [...] et ça m'a servi toute ma vie, même en libéral. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

« Donc là, maintenant, cela fait quinze ans que je suis infirmière et j'ai exercé dans des secteurs plutôt techniques, salles de réveil, réanimation, dialyse. Et puis, pendant longtemps, au bloc opératoire, j'avais l'impression de perdre mon métier, en fait, d'être plus technicienne qu'autre chose donc j'ai quitté pour la dialyse. Et là, en dialyse, j'avais l'impression de ne faire qu'un soin technique alors que je ressentais le besoin d'aller au-delà de ce soin technique. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en CDS

L'utilisation de tels dispositifs les rapproche des médecins puisqu'elles s'appuient davantage sur des connaissances médicales. À ce titre, l'expérience dans de tels services semble favoriser leur recherche d'une mobilité professionnelle de manière à accroître toujours plus leurs connaissances et leurs compétences, à l'instar des infirmières généralistes (Douguet et Vilbrod, 2018).

1.1.2. Quitter l'hôpital plutôt que choisir le libéral

Les infirmières interrogées partagent un sentiment ambivalent à l'égard de l'hôpital. Ce dernier constitue souvent un monde attrayant pour nombre d'entre elles, dans la mesure où il se présente initialement à leurs yeux comme un lieu de savoir et celui où se pratique une médecine de pointe. Dans cette optique, les hôpitaux parisiens de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) se présentent comme une sorte de Graal. Rejoindre un hôpital parisien participe de la logique d'accroissement des connaissances déjà évoquée, mais aussi implicitement d'un processus de distinction vis-à-vis des autres infirmières dans un marché du travail concurrentiel, ce que suggère le second extrait cité :

« Déjà, quand j'ai choisi mon école d'infirmière, j'étais reçue dans deux écoles, une qui était hors AP-HP et une qui était à l'AP-HP. Et pour moi j'entrais à l'AP-HP parce que, voilà, diversité des services de soins [...] enfin c'était à l'AP-HP que j'aurais pu apprendre le plus. Ouais évidemment à l'hôpital et à l'AP-HP, centre universitaire. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Du coup, voilà, j'avais envie de monter à Paris pour rencontrer des professionnels de santé qui pourraient en tout cas m'"élever". On n'est pas obligé de monter à Paris pour ça, mais en tout cas dans mes représentations à moi, Paris c'était un peu le cœur, de l'excellence, [...]. Dans ma tête, les représentations, tout se passait à Paris quoi. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

Dès lors, qu'est-ce qui pousse les infirmières à s'installer en ville ? L'installation en libéral marque une mise à distance de l'hôpital (Douguet et Vilbrod, 2018). Celle-ci se fait de façon plus ou moins précoce selon les infirmières enquêtées. Certaines n'ont jamais envisagé une carrière hospitalière, les stages obligatoires réalisés dans les établissements de soins pendant leurs études engendrant une critique à différents niveaux :

« C'est la hiérarchie et le fait qu'on n'ait pas d'autonomie. Enfin, moi je l'ai vu, pendant mes études, c'était compliqué avec les équipes. C'était compliqué parce que je voyais des choses et je disais : "On pourrait faire ça en plus et améliorer les pratiques", et il y avait de l'immobilisme. [...] Pour moi, le fait de dépersonnaliser les gens, les déshumaniser à leur arrivée à l'hôpital et les mettre en pyjama, ça m'a toujours choquée. Enfin, les dépersonnaliser de ce qu'ils sont et de leur histoire. En fait, ils s'adaptent à l'organisation du service. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

Le manque d'autonomie des infirmières au sein des services hospitaliers, en dépit de la reconnaissance du rôle propre dès 1978, la prégnance de la hiérarchie ou encore la prise en charge des patients rythmée par l'urgence de leur situation constituent ici autant de facteurs limitants quant à la possibilité d'exercer durablement leur métier à l'hôpital. Le choix des soins primaires et, plus spécifiquement l'installation en libéral, vient alors pallier une partie des problèmes soulevés, notamment ceux ayant trait au lien de subordination et à la prise en charge des patients qui s'humanise par la visite au domicile.

Pour d'autres, le rejet de l'hôpital se fait après une expérience durable dans les établissements de soins, expérience au cours de laquelle s'instaure progressivement une forme de lassitude liée aux conditions de travail :

« Et donc je travaillais un week-end sur deux, et c'est vrai que, bah, c'est quelque chose qu'on peut faire dans un premier temps, quand on n'a pas d'enfants, quand on n'a pas de famille, mais ensuite c'est vrai qu'après, j'ai commencé à avoir envie d'avoir un emploi stable en semaine, avec des horaires, et euh... et oui c'est vrai, les conditions de travail étaient pas toujours faciles. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« Enfin, voilà, j'ai adoré le service des urgences, j'ai appris beaucoup, beaucoup de choses et quand on a changé les horaires, moi je venais d'avoir une petite famille et c'était incompatible à travailler en douze heures alors c'est pour ça que j'ai... Je ne me voyais pas d'un autre côté travailler dans un autre service, en service de soins, je ne me sentais pas capable de travailler dans les services de soins. Donc j'ai choisi le libéral. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Après je suis partie en libéral pour une question plus familiale, j'avais des enfants petits, c'était compliqué le soir, donc je me suis mise [en] libéral. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

Cette critique des conditions de travail à l'hôpital arrive souvent à un moment charnière dans la vie des IPA, à savoir la maternité. Pour des femmes sur lesquelles reposent en grande partie le travail domestique au sein des couples hétérosexuels (Champagne *et al.*, 2015), l'arrivée d'un nouveau-né impose bien souvent des changements professionnels, notamment une adaptation des conditions de travail pour mieux concilier leurs contraintes familiales et professionnelles.

Par ailleurs, dans un contexte de contrôle accru des dépenses de santé, les conditions de travail des professionnels de santé tendent actuellement à se dégrader à l'hôpital, notamment sous l'influence de l'introduction croissante des outils du *New Public Management* (Juven *et al.*, 2019). Ces réformes apparaissent particulièrement préjudiciables et les infirmières semblent en être les premières victimes, que ça soit au niveau de leur horaires de travail avec la promotion du travail en douze heures (Vincent, 2016), la faible possibilité de développer certaines compétences liées au *care* (Toffel *et al.*, 2021) ou la flexibilité non souhaitée introduite par constitution des pôles au sein des hôpitaux (Juven, *et al.*, 2019) :

« C'est une raison personnelle, c'était un ras-le-bol de travailler, de devoir travailler de nuit, pouvoir finir aux mêmes heures, de travailler en sous-nombre, d'être pas forcément très bien encadré par la hiérarchie, ni par les collègues, euh bon, au bout d'un moment j'en ai eu marre, et puis voilà j'ai voulu essayer de la liberté [rires], la liberté, voilà. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

« Euh, bah, le travail en équipe, mais voilà après, ce qui m'a fait quitter c'était justement ces projets de pôles où, en fait, on pouvait prendre une infirmière d'un service, la faire travailler dans un autre service sans qu'elle soit forcément formée ou spécialisée... ou qu'elle ait des connaissances sur telle ou telle pathologie, enfin une infirmière qui travaille en pédiatrie générale, l'envoyer travailler en cancérologie, enfin ça n'avait aucun intérêt pour moi, donc c'est pour ça que voilà au bout de quatre ans, j'ai quitté l'hôpital. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

En résulte une détérioration des conditions de travail qui les pousse davantage à *quitter* l'hôpital – souvent choisi initialement pour ce qu'il symbolisait – qu'à *choisir* le libéral, au moins dans un premier temps.

1.1.3. La découverte d'un exercice solitaire

Pour des infirmières habituées à l'exercice hospitalier, l'installation en ville marque une rupture importante à différents niveaux. Celle-ci se fait le plus souvent à la suite d'une opportunité, dans le cadre du réseau d'interconnaissance forgé tout au long de la carrière :

« C'est une collègue infirmière qui m'a dit : "Viens renforcer mon équipe. On a besoin, la clientèle – la patientèle augmente. Tu commences sur un mi-temps ou comme tu veux, tu fais que les soirs et on verra comment ça évolue." Et puis ça

a *matché*, et puis je me suis pas projeté en me disant : "*Il faudrait faire autre chose*". C'est resté. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

« Donc du coup bah j'étais coincée, et du coup j'ai une de mes amies qui m'a dit : "*Bah, écoute, j'ai ma collègue qui part à la retraite bientôt, est-ce que t'as envie de faire du libéral ?*". Moi le libéral c'est pas du tout le truc qui me bottait parce que ça me paraissait nébuleux. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Les réseaux d'interconnaissance facilitent ici le processus d'installation, notamment la recherche de locaux ou les démarches administratives auprès de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam). Une personne interrogée explique quant à elle avoir pu bénéficier de l'aide d'une entreprise spécialisée, soulignant l'existence d'un marché pour répondre aux besoins des professionnels de santé souhaitant s'installer en libéral :

« C'est une entreprise qui propose un accompagnement à l'installation, donc c'était plutôt facile, euh très cher, mais facile, et puis une fois que j'avais déjà organisé ma patientèle et ma tournée, bah je... suis parti et puis j'ai fait ça de mon côté. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Quoi qu'il en soit, devenir travailleuse indépendante ne va pas de soi. Cela suppose au préalable la réalisation d'un ensemble de démarches administratives auprès de la Sécurité sociale et d'autres institutions :

« Alors en tant qu'Idel, ça a été à peu près [...]. J'ai pas souvenir, alors oui alors après c'est vrai que tout était en format papier donc il fallait tout remplir tout envoyer par courrier, donc euh, bah, il faut savoir oui à qui s'adresser, au bon interlocuteur à la Cpam, alors il y avait pas l'ordre encore à l'époque moi quand je me suis installée, donc il y avait pas cette problématique-là, c'était la Ddass [Direction départementale des affaires sanitaires et sociales], euh, après il y avait tout ce qui était Urssaf [Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales], caisse de retraite etc. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

Mais la découverte de l'exercice libéral soulève aussi des questions quant au contenu du travail et à la dispensation des soins en tant que tels. Le domicile constitue un premier apprentissage puisqu'elles se trouvent désormais obligées de prendre en charge les patients chez eux, plutôt que dans des services où elles peuvent s'appuyer sur l'institution pour faire respecter leurs règles :

« Je voulais être sûre que ça me plairait déjà, d'aller chez les gens. Donc je me suis dit qu'avec l'hospitalisation à domicile c'était un premier pas. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

En outre, alors qu'elles étaient habituées à évoluer dans des services où se côtoient quotidiennement des médecins, des infirmières, des aides-soignantes et des agents de service hospitalier, elles se retrouvent confrontées à une forme de solitude qui se traduit par la

difficulté à entrer en contact avec les autres professionnels libéraux, en particulier les médecins traitants, seuls à pouvoir adapter les prescriptions :

« Voilà, quand on a une question à poser, une question sur la thérapeutique, sur est-ce qu'il y a besoin de changer ? Est-ce que c'est grave ? "J'aurai besoin que vous passiez voir le patient parce qu'il y a besoin d'une réévaluation". Les médecins ne sont pas, enfin moi en tout cas, ils n'étaient pas joignables, il n'y avait pas forcément de secrétariat. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Du coup ça perdait d'un peu de sens dans les prises en charge, c'était compliqué, et communiquer avec d'autres personnes en libéral, ça se fait, mais c'était pas tout le monde, pas tout le temps, ça prend beaucoup de temps, c'est pas le bon moment, enfin c'est compliqué des fois. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Les infirmières libérales se retrouvent alors dans un contexte nouveau, source de nombreuses incertitudes sur la bonne attitude à tenir. Néanmoins, elles peuvent alors s'appuyer sur différentes stratégies afin de réduire cette incertitude, à défaut de l'annihiler totalement :

« Donc oui, se retrouver seule c'était un peu bizarre, après, j'étais assez sereine sur le plan de la prise en charge parce que venant des urgences, j'avais un bon bagage – je pense – pour appréhender les situations. Parce qu'on se retrouve devant des situations où on ne sait pas, est-ce que c'est grave, pas grave ? Donc ça, ça allait, je ne me suis pas retrouvée en difficulté. Après on échangeait aussi avec les collègues, on avait beaucoup de temps de transmission. On s'échangeait des informations on se soutenait, on a réussi à pallier un peu le fait de travailler tout... on est seules mais pas vraiment seule. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Bon après, avec d'autres contraintes, parce que ben on est seule, si on a un problème, une urgence avec un patient, bah, on doit le gérer seule. Mais non, non ça a été... Je ne dirais pas que ça a été facile, mais euh... oui j'ai été bien accompagnée. J'ai été bien accompagnée aussi par mes deux collègues, qui m'ont un peu formée justement au libéral et... et puis il y avait des..., enfin je ne me suis pas... comme je travaillais dans des services qui étaient déjà un peu techniques, voilà ça m'a pas fait peur d'avoir des perfusions à domicile, enfin des choses des soins un peu plus techniques au domicile, je savais les gérer donc, donc voilà. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

D'une part, l'acquisition de connaissances permet aux infirmières de prendre en charge bon nombre de situations, quand bien même leur exercice hospitalier les avait parfois amenées à se spécialiser sur certaines pathologies. D'autre part, les deux extraits soulignent le rôle des paires dans la réduction de l'incertitude liée à l'exercice solitaire, à l'instar de ce que l'on observe du côté de la profession médicale (Castel, 2008). En effet, quand bien même, elles se retrouvent seules au domicile du patient, les infirmières libérales peuvent s'appuyer sur leurs collègues, dans le cadre de temps formels ou informels. Enfin, une infir-

mière évoque la nécessité de se faire connaître des autres professionnels de santé du territoire pour lutter contre la solitude :

« Pour le coup, quand je me suis installée, j'ai été démarcher tous les médecins pour dire que je m'installais. J'ai contacté les infirmières libérales, il y avait deux gros cabinets, ça a pas été simple au début, elles m'ont vu comme le chat noir. Mais vu que j'étais la seule à faire des toilettes, je me suis vite imposée parce qu'elles ne voulaient pas en fait, c'est pas qu'elles voulaient pas en faire c'est qu'elles avaient pas le temps. Donc pour le coup j'ai vite, vite trouvé ma place, les médecins m'ont vite connue, à l'époque, il y en avait beaucoup plus que maintenant, et les pharmaciens m'ont vite aussi intégrée, donc il y a pas eu de souci en fait, moi je me suis jamais sentie seule en fait. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

1.2. Les conditions d'entrée dans la pratique avancée

Après s'être intéressé au profil sociologique des IPA exerçant en soins primaires, il convient à présent de se pencher plus précisément sur leur engagement dans la pratique avancée. Le chemin apparaît sinueux jusqu'à l'installation en tant qu'IPA. Pour des personnes déjà actives depuis plusieurs années, la reprise des études à ce stade de leur carrière pose des questions financières et personnelles. Si des aides à la formation existent, celles-ci sont hétérogènes, dépendent du statut avant son début et ne permettent pas de couvrir la perte d'activité. Par ailleurs, les formations ne sont pas parfaitement stabilisées et les universités se sont retrouvées à proposer des enseignements pour un métier qui n'existait pas encore en France. Enfin, certaines expériences en amont de leur installation, avant ou après l'obtention de leur diplôme de master 2, vont faciliter l'entrée dans la pratique avancée en façonnant certaines compétences transversales et mobilisables dès leur installation dans une structure de soins primaires.

1.2.1. Devenir Infirmière en pratique avancée (IPA) : une pluralité de motivations

Qu'est-ce qui pousse des infirmières à se lancer dans la pratique avancée ? Lors des entretiens, les personnes interrogées évoquent différentes raisons pour expliquer leur souhait de reprendre leurs études et se lancer dans la pratique avancée. À un premier niveau, elles expriment une forme de lassitude liée à leur exercice en tant qu'infirmière à travers leur souhait d'« *aller plus loin* ». En reprenant à leur compte le discours des autorités publiques au sujet des « déserts médicaux », elles présentent la pratique avancée comme une solution à un ensemble de problèmes. Par ailleurs, leur exercice en tant qu'infirmière les amène, dans certaines situations, à expérimenter les limites de leur rôle, limites qu'elles souhaitent dépasser grâce à la pratique avancée. Enfin, s'engager dans la pratique avancée constitue aussi un moyen de répondre à l'usure de leurs corps et d'abandonner une partie des soins réalisés dans le cadre de leur activité.

« *Aller plus loin* » : faire face à la lassitude du métier

Si on peut imaginer que les générations futures pourront s'inscrire plus rapidement en master après avoir obtenu leur diplôme d'Etat, les IPA interrogées ont déjà plusieurs années d'exercice derrière elles au moment où la pratique avancée a été reconnue. La possibilité de s'engager dans la pratique avancée arrive ainsi à un moment charnière pour les infirmières enquêtées, dans la mesure où elles commencent à ressentir une forme de lassitude par rapport à l'exercice de leur métier :

« Et au bout d'un certain temps, au bout d'une dizaine d'années, bah, j'ai eu envie d'aller plus loin, de faire autre chose. Et j'ai entendu parler de la pratique avancée, qui m'a beaucoup intéressée et qui en fait correspondait à une évolution souhaitée. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« Et donc moi qui cherchais un peu à renouveler mon activité, sans vouloir aller à l'hôpital, mais faire évoluer un peu mon activité et surtout transformer toutes ces années un peu d'expérience. Je me suis intéressée à la question. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

« Je commençais un peu à m'ennuyer dans mon métier d'Idel, donc je cherchais... autre chose à faire mais, tout en restant voilà dans le même secteur professionnel. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

La dynamique de la profession infirmière offre actuellement différentes possibilités de carrière à celles qui souhaitent bénéficier d'une mobilité. Certaines d'entre elles s'inscrivent plus fondamentalement dans le développement de compétences managériales, comme c'est le cas par exemple pour l'école des cadres (Divay, 2018). Pour d'autres infirmières, il s'agit d'investir des fonctions de coordination en parallèle ou en substitution de leur activité clinique, dans le cadre du développement de nouveaux segments émergents : celui des coordinatrices des maisons de santé (Schweyer, 2022), des assistantes médicales, ou de façon plus informelle, à l'échelle locale, avec le déploiement d'infirmières de parcours ou de coordination. Au même titre que certaines spécialisations possibles en anesthésie ou en chirurgie, la formation en pratique avancée s'inscrit quant à elle dans le développement des compétences cliniques et dans la quête de « capital médical », soit « l'ensemble des ressources acquises par la pratique autant que par la formation, et relatives à la physiopathologie, à la pharmacologie et à la maîtrise de gestes techniques impliquant le plus souvent la manipulation d'instruments ou de machines » (Longchamp *et al.*, 2018) :

« En fait, ça a vraiment coïncidé avec le moment où j'avais envie d'évoluer. J'étais pas intéressée par un poste de cadre de santé, j'étais pas intéressée par être infirmière anesthésiste ni puéricultrice donc je me demandais : "Mince j'aimerais bien faire quelque chose de *fin aller plus loin*." [...] Parce que j'avais un exercice plutôt hospitalier donc ce qui se passait en ville, j'étais pas au courant, mais j'ai découvert tous ces dispositifs, plutôt dans le moment où je me suis inscrite dans le master IPA. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans, IPA en MSP et en Ehpad

« Pas du tout, le management c'est pas du tout un truc qui me plaît. Moi, j'avais déjà une posture transversale, donc j'avais déjà goûté en fait en référent clinique, et du coup, bah, moi c'est ça que j'ai envie de faire, le management non. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Pour ces infirmières, la pratique avancée rejoint ainsi des aspirations profondes concernant l'extension de leur mandat. En effet, la pratique avancée leur permet théoriquement de développer certaines compétences diagnostiques et cliniques, en marge de l'activité médicale.

La pratique avancée comme réponse à des enjeux structurels

À l'instar de certains représentants de la profession médicale (Riou, 2022), les infirmières interrogées reprennent à leur compte les discours des pouvoirs publics au sujet des carences actuelles de l'offre de soins, carences liées à la démographie médicale déclinante et à la demande de soins croissante (Hassenteufel *et al.*, 2020). Dans ce cadre, les IPA peuvent se présenter comme une des solutions *possibles* – voire *essentiels* – à ces problèmes structurels, en absorbant une partie de cette demande de soins en lieu et place des médecins :

« J'ai vu que ça parlait aussi des sciences infirmières, j'ai vu que ça répondait à des besoins aussi, des besoins, par rapport au vieillissement de la population, par rapport à certaines maladies chroniques qui sont de plus en plus présentes

et je me dis : "Bah en fait on a notre rôle à jouer en tant qu'infirmière on a notre rôle à jouer à ce niveau-là". »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« Après l'articulation, comprendre, apporter des solutions, fournir un accompagnement, mais au départ, c'est le besoin. Il y a un besoin criant. Rien que ça, on est un chaînon qui va devenir essentiel demain. C'est-à-dire que rien que ça, on est passé du *cure*, de l'aigu, de l'hôpital très technique à quelque chose où on est dans les maladies chroniques, la qualité de vie, l'accompagnement, et je pense qu'on est les premiers à avoir compris les enjeux de tout ça. [...] Et je pense qu'on est au carrefour, si on arrive à transformer ce système de santé et se rendre compte que tout ça, ça a du sens, ensemble, et que chacun peut potentialiser l'activité des autres, voilà, l'essai sera transformé. Et c'est pour ça que je suis encore là dans le combat, et pionnière et voilà. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

Pour expliquer leur orientation vers cette formation et ce nouvel exercice infirmier, elles peuvent ainsi s'appuyer sur les expériences étrangères, puisqu'elles évoquent spontanément l'histoire de la pratique avancée dans d'autres pays, notamment anglo-saxons, où celle-ci est mise en œuvre depuis plusieurs décennies désormais :

« J'avais entendu parler de la pratique avancée dans d'autres pays, comme au Canada, et donc je me suis dit : "Bon, bah, pas mal, ça va être une opportunité pour moi, bah, d'évoluer". »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« Je connaissais un peu ce qui se passait au Canada, en Angleterre, aux États-Unis. Je voyais un peu le modèle que ça donnait et voilà. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Moi, j'ai déjà entendu parler en premier des infirmiers cliniciens, et c'est de là en fait, en cherchant les infirmiers cliniciens que j'ai vu ce qui se faisait justement, les IPA, au Canada, en Suisse, aux États-Unis, etc. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Cet exercice de la pratique avancée est largement fantasmé dans la mesure où seule une infirmière y a été directement confrontée lors d'un passage dans un service de soins canadiens. Elle a pu observer une autre organisation du travail qui, par comparaison, alimente la thèse du retard français :

« J'ai appris à travailler, à voir la personne différemment, tous les services là-bas sans exception pendant six ans, les services, c'est toutes leurs structures, aussi bien des maisons de retraite que voilà. Ah ! Je vois que les problèmes que nous avons maintenant, donc avec quinze ans de retard, ils existaient déjà là-bas. La situation je pense qu'elle va continuer à se dégrader. »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

Une réponse à des besoins pragmatiques

Pour quelques-unes, l'engagement dans la pratique avancée correspond plus fondamentalement à une réponse pragmatique à des questions directement soulevées par l'exercice libéral. En particulier, l'exercice solitaire les confronte aux difficultés à entrer un contact avec certains médecins traitants pour un changement de traitement ou un renouvellement de prescriptions :

« Vraiment [me lancer dans la pratique avancée] c'était mon constat de ce que je voyais au quotidien à mon travail. Je disais tout à l'heure, les médecins que je n'arrive pas à joindre, des patients chroniques pour qui je me dis : "C'est dommage, je pourrais moi-même renouveler tel ou tel traitement parce que c'est du chronique et parce que ça ne bouge pas beaucoup". Mes patients aussi insuffisants cardiaques, donc entre jouer avec le Lasilix, augmenter, baisser. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

Dans ce cadre particulier, certaines IPA expliquent avoir eu l'opportunité de se retrouver dans une position où elles pouvaient mettre en pratique des raisonnements cliniques, en s'appuyant de façon plus ponctuelle ou à distance avec un médecin, ce qui a pu stimuler leur appétence pour obtenir de telles prérogatives de façon plus systématique, et surtout être légalement autorisées à le faire :

« Et où ça a pris sens pour moi, c'est que en fait je suis toute seule, je suis pas avec un médecin et donc, du coup, tout le raisonnement clinique c'est moi qui le fait et je suis responsable, voilà. Je fais pas du diagnostic hein, mais en fait, c'est un endroit, pourquoi ça a pris du sens pour moi, c'est là où j'ai appris à regarder quelqu'un dans le sens infirmier parce que, du coup, on apprend à le faire sauf que, concrètement, quand on est dans des situations où le médecin est pas loin, on prend les deux, trois renseignements de ce qui va pas de la situation, et le médecin il intervient. Sauf qu'aujourd'hui quand on est infirmier, pompier du coup, il n'y a pas de médecin, le médecin il est au bout du fil, et donc du coup c'est à nous de faire tout notre raisonnement clinique infirmier. Donc, en fait, les raisonnements infirmiers ils sont vraiment poussés, c'est un endroit privilégié pour justement accentuer notre côté clinique en fait. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Devenir IPA constitue pour elles un moyen de légitimer du capital médical acquis en partie par la pratique, et de dominer l'espace infirmier en se présentant comme une profession intermédiaire, à mi-chemin entre les infirmières et les médecins. Cette légitimation passe alors par l'inscription dans un cadre légal de certaines pratiques déjà assumées par les infirmières libérales, amenées à exercer de façon solitaire leur métier au domicile :

« C'est ce qu'on fait déjà en libéral : c'était juste un peu légaliser ce qu'on fait réellement. Voilà, pas toutes, mais voilà mais en libéral quand on voit qu'il y a un patient qui n'est pas bien, on va anticiper, on va lui dire de faire de l'analyse d'urines, on va lui dire : "Allez voir tel médecin, préparez-moi un truc" ou même la donner au labo, lui dire : "Je vais te la ramener". Voilà, ça c'est des trucs qu'on pouvait faire. Et les traitements, baisser ou diminuer les insulines et seulement le dire au médecin, c'est un peu ce qu'on faisait mais c'est pas vraiment médical, mais... »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

Ce discours des infirmières, au même titre que celui des pouvoirs publics, se heurtent aux résistances corporatistes formulées par les médecins. En d'autres termes, si tout le monde s'accorde sur l'existence d'un problème, la solution à lui apporter n'est pas toujours la même selon le point de vue considéré.

Renoncer aux « soins » : l'usure des corps liée à l'exercice infirmier

Enfin, deux infirmières soulignent leur volonté de cesser de pratiquer des soins infirmiers en raison de la détérioration de leur état de santé, notamment les toilettes parfois dépréciées par certaines infirmières, là où d'autres les considèrent comme faisant partie intégrante de leur rôle propre. En effet, si la dimension relationnelle du métier d'infirmière est régulièrement mise en avant en raison de sa construction sociale comme un métier féminin, il ne faudrait pas pour autant occulter la dimension physique de leur activité (Cartier et Lechien, 2012). L'usure de leur corps qui en découle conduit ainsi les infirmières à envisager d'exercer leur métier en ne dispensant plus certains soins infirmiers :

« J'avais trop mal dans les bras tout le temps, ça devenait compliqué, mais c'était surtout mieux connaître mon patient, me remettre dans les études, ça faisait quand même plus de dix-huit ans que j'étais diplômée. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

« Quand j'ai été diplômée, je ne voulais pas retourner en soin, je voulais vraiment arrêter d'être infirmière de soin. [...] Donc, enfin c'est pour des raisons de santé aussi que je n'ai pas voulu retourner en infirmière de soin, j'avais une hernie discale, et il n'était pas question que je puisse faire des soins. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

L'incapacité à réaliser certains soins courants, qui nécessitent de porter les patients, contribue ainsi à la volonté des infirmières de diversifier leur activité. L'accent mis sur les risques psychosociaux auxquels font face les infirmières en raison de la dégradation de leurs conditions de travail à l'hôpital laisse place, dans le cadre de l'activité libérale, à des maladies professionnelles liées aux soins réalisés.

1.2.2. Des aides à la formation pour devenir IPA disparates et insuffisantes

Les aides à la formation ont été très variables pour les professionnelles enquêtées selon l'année où elles sont rentrées en master et l'interlocuteur sollicité. En découle une forte hétérogénéité concernant à la fois la source de financement et le montant obtenu. À un premier niveau, certaines IPA n'ont bénéficié d'aucune aide, ou seulement pour une des deux années de master :

« Je me suis auto-financée, donc je travaille à l'hôpital la nuit et puis on avait cours deux semaines par mois. Donc je m'organisais, mais j'ai vraiment eu aucun financement. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« La première année, oui, le Fongecif et la deuxième, non, en autofinancement. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en CDS

Pour les autres, le montant versé était très hétérogène selon le financeur sollicité. Ainsi, certaines infirmières ont fait une demande auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) afin de financer leurs frais de formation :

« Ça a été difficile parce que le financement n'était pas - je crois que là ça a été augmenté mais on avait une aide de l'ARS, qui était déjà très bien, mais qui suffisait à payer les charges plutôt. Parce qu'en tant que libérale on... même si on ne gagne pas beaucoup, il faut quand même payer les charges qui étaient à M-1, M-2. [...] Donc ça c'était assez lourd, il y avait le cabinet. Moi, je faisais ma formation et je travaillais à côté, forcément parce que je n'étais pas rémunérée pendant cette formation, donc j'enchaînais six semaines avec zéro jour de repos. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

D'autres, enfin, mentionnent la possibilité de bénéficier d'une aide, souvent modeste, du **Fond interprofessionnel de formation des professionnels libéraux (Fif-PL)**, couvrant uniquement une partie des frais de formation engagés :

« Donc moi j'ai fait les deux années sur Marseille, et j'ai fait un dossier de financement avec le Fif-PL, où là, ils ont pris en charge une partie de mes frais pédagogiques, donc je descendais à Marseille un jour par mois. Je revenais et je travaillais plein pot. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

Quel que soit le financeur, cette aide apparaît insuffisante à deux niveaux pour les infirmières enquêtées. D'abord, comme cela est souligné dans un des extraits ci-dessus, elles continuent à payer certaines charges mensualisées liées à leur exercice libéral. Ensuite, le temps passé en formation correspond à une perte d'activité équivalente, dans la mesure où elles ne peuvent pas voir de patients. Une telle situation signifie aussi une perte de rémunération sur une période assez longue :

« Il y a le coût de la formation et puis l'absence de salaire pendant pas mal de mois. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en CDS

Pour pallier ce manque, la plupart des infirmières ont maintenu une activité, soit en soirée - une fois la journée de formation terminée sous la forme de gardes -, soit en semaine lorsque l'organisation du master le leur permettait :

« On a reçu une aide [souffle] anecdotique pendant la formation, pendant les deux ans de formation, il me semble que c'était dans les 16 000 euros. Il faut savoir que quand on est infirmier libéral, euh et on est à plein temps, faire une formation à plein temps, c'est très compliqué, donc forcément on a une perte d'activité. Et en plus, on doit recruter des personnes qui nous remplacent, ou il faut les payer, donc il faut quand même pouvoir continuer à payer ses charges parce que ça, ça continue à passer chaque mois, et donc, ces 16 000 euros, [souffle] c'était quand même très insuffisant, sachant qu'en deuxième année on a quatre mois de stage, les quatre mois de stage c'est quatre mois où on travaille que trois jours par semaine, et à ce moment-là, ah oui, bah, ça a été très, très compliqué malgré les aides ».

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Les aides évoquées ci-dessus concernaient uniquement les infirmières libérales. Les infirmières salariées rencontrées ont quant à elles pu bénéficier de dispositifs de formation et de reconversion professionnelle plus traditionnels, notamment ceux offerts par Pôle emploi, *via* le Compte professionnel de formation (CPF) :

« Oui, les aides de l'ARS c'est pour les libéraux, moi je suis pas libérale, donc moi j'ai réussi à avoir aussi des petites aides, je tape à toutes les portes, je crois que j'ai mobilisé un peu mon CPF, et j'ai réussi à avoir des petites aides du CCAS [Centre communal d'actions sociales] (...) C'est ça, j'ai eu quoi 1 500 euros machin, après ça a été deux années qui ont été difficiles, hein, financièrement mais ça a été un choix, en tout cas pour moi, d'avoir l'aspect financier extrêmement compliqué, mais de pouvoir profiter de ma formation. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

Ces extraits permettent de rappeler l'investissement financier, temporel et personnel que fournissent les infirmières pour devenir IPA. La dégradation de leurs conditions de travail, sur laquelle nous reviendrons longuement apparaît alors, de leur point de vue, d'autant plus difficile à vivre qu'elle fait suite à de nombreuses concessions.

1.2.3. La formation : « essayer les plâtres » et légitimer la pratique avancée

Si elles se sont engagées avec enthousiasme dans le master en pratique avancée, les IPA interrogées font toutes partie des premières promotions diplômées et, à ce titre, elles ont souvent « essayé les plâtres » lors de leur formation :

« Alors nous on était la première promotion, donc y avait des petits couacs, des petits réajustements, c'était très qualitatif, on a eu des intervenants très, très intéressants. On a eu de bonnes formations honnêtement, après je pense quand on est dans la première promotion, y a forcément des choses qui sont réajustées par la suite, y a forcément des manques qu'on peut ressentir et qu'on peut réajuster ensuite parce qu'on est les premiers donc... »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« On a essayé les plâtres, mais voilà, c'est inhérent à toute première, j'ai envie de dire. Et du coup, non ça a été très riche, on avait, moi je trouve, des intervenants de qualité, y'avait des choses à améliorer mais sinon, c'était assez diversifié, on avait beaucoup de clinique. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Après je suis critique aujourd'hui et c'est d'ailleurs pour ça qu'en plus, je suis engagée maintenant dans des équipes d'enseignants formateurs à l'université c'est que, clairement, d'avoir été la première promo comme en 2009-2012 sur la première promo infirmière LMD [Licence, master, doctorat]. Bon, c'est pas pour dire qu'on est les promos brouillon mais on va pas se mentir quand même, c'est clairement pas optimal. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

« Elle était vraiment laborieuse hein cette [formation]... on n'était plus que cinq [étudiantes], et il y avait rien qui était prêt, les médecins venaient nous faire cours, ils savaient même pas ce que c'était qu'une IPA les pauvres, mais ils sont venus. »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

En particulier, elles ont été, logiquement, confrontées à l'absence d'intervenants exerçant déjà en tant qu'infirmière de pratique avancée et ce sont donc les médecins qui ont assuré la majorité des enseignements. Si cela leur a permis de développer leurs connaissances médicales, ce qu'elles déclarent avoir particulièrement apprécié, d'autres connaissances et compétences nécessaires à leur installation ne leur ont pas été transmises. Les stages qui ponctuent habituellement ce type de formation et qui permettent aux étudiantes de découvrir les spécificités du métier dans le contexte dans lequel il se réalise ont ainsi été lacunaires, faute d'IPA déjà installées :

« Du coup, on se retrouve après sur nos consultations, ben voilà, on fait un peu comme on peut, même si on a vu en stage parce qu'on n'est pas forcément tous avec des IPA en stage hein, c'est un peu compliqué de faire des stages avec des IPA, puisqu'on n'est pas assez nombreux, donc on fait avec des médecins essentiellement ou des internes. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

Les IPA valorisent toutefois leur formation. Celle-ci a permis une réactualisation bienvenue des connaissances pour des infirmières parfois diplômées depuis une vingtaine d'années :

« - *Quel regard vous portez sur cette formation ? Est-ce que vous avez quand même appris des choses ? Est-ce que ça vous a apporté des choses-là, actuellement, dans votre exercice en tant qu'IPA ?*

- Oui, oui, bien sûr, sur l'examen clinique en soi, l'approche... c'était tout ce qu'on faisait plus ou moins [...]. Et c'est vrai qu'on a déjà cette expérience. Moi je trouve que oui, pour faire l'IPA, il faut avoir une expérience professionnelle. Déjà. »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

« - Ah oui ! Parce que ça légitime l'expérience. Ça légitimise et puis moi, ça a remis en question ma pratique parce que j'ai eu accès à des données auxquelles j'avais pas eu accès jusque-là parce qu'en libéral, c'est compliqué d'avoir des données probantes. J'avais pas le réflexe HAS [Haute Autorité de santé]. Donc tout ça, ça m'a permis de monter en compétence, heureusement. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans, IPA en MSP et Idel

« - C'était peut-être pas très adapté, mais le gros morceau qui est la clinique, oui complètement, je trouvais que c'était qualitatif et que non que c'était bien. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

« - Enfin, tout ce qui était médical, j'avais l'impression que c'était plus de revoir tout ce qui avait déjà été revu en IFSI mais, qu'en même temps, on n'utilisait pas, on ne mettait pas à profit ces connaissances, en fait. Sinon, c'était tout ce qui est la coordination et les sciences infirmières. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en CDS

En pratique, les IPA signalent plutôt les mêmes carences que celles observées du côté des formations médicales, à savoir la faible prise en compte de la dimension relationnelle du travail, souvent occultée au profit des compétences techniques, ainsi que d'autres aspects de la pratique avancée, comme l'intégration d'une activité de recherche :

« Oui, ils allaient sur des trucs vraiment trop poussés, alors c'était pour nous expliquer les choses mais il y avait des choses plus intéressantes maintenant avec le recul à voir, plutôt que ça, plutôt comment justement aborder les entretiens avec les patients, ça on l'a pas du tout vu, comment faire une consultation. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

« Après, il y a eu d'autres connaissances, je pense, qu'on aurait pu approfondir ou aborder de façon différente, notamment la recherche, HMM [*Hidden Markov Model*], on a essayé de nous éveiller aux sciences infirmières, j'ai pas été très convaincue. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

Tout se passe ainsi comme si la prise en charge des patients, la façon de gérer une consultation et l'empathie renvoyaient en grande partie à des compétences « naturelles » du côté des infirmières. Enfin, la formation favorise un retour sur soi et un rapport réflexif à leur métier. Celui-ci est d'autant plus important pour les infirmières qui ont cessé leur activité pendant les deux années de master, les amenant à prendre du recul :

« Alors oui, c'est une formation qui m'a appris des choses clairement, je peux pas dire le contraire, clairement rien que lié au fait de sortir du terrain vraiment, parce que moi, du coup, je suis complètement sortie du terrain pendant deux ans, prendre du recul avec ma pratique. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

Concernant les formations à la pratique avancée, deux remarques peuvent être faites. D'abord, certaines IPA interrogées participent aujourd'hui activement à la formation des futures promotions. En ce sens, elles pourront participer à la refonte du programme en intégrant des éléments plus pragmatiques liés à l'installation des IPA en ville. Ensuite, quand bien même l'activité en pratique avancée s'appuie en partie sur des compétences déjà préexistantes, son développement suppose aussi un changement important pour les personnes qui s'engagent dans cette formation : prise de décision, rapport davantage réflexif à l'action, rapport aux patients et aux autres professionnels. On peut faire l'hypothèse que l'expérience acquise tout au long de la carrière favorise l'engagement dans cette pratique, et contribue à faciliter le processus de transformation de soi qu'elle implique. Néanmoins, cette transformation apparaît plus ou moins aisée à opérer pour les infirmières. Pour des infirmières plus récemment arrivées dans le métier et donc moins façonnées par leurs premières expériences, il est possible que cette transformation soit plus aisée à réaliser, *l'ethos* professionnel étant en cours de construction. Ces hypothèses mériteraient d'être étudiées à partir d'un échantillon d'IPA appartenant à des générations différentes.

1.2.4. Des expériences prédisposantes à la pratique avancée

En parallèle ou à la suite de leur installation en libéral, certaines infirmières ont investi d'autres fonctions. Celles-ci ont pu faciliter le développement ultérieur de la pratique avancée dans la mesure où elles plaçaient les futures IPA dans des conditions d'exercice qui

se rapprochent de celles qui sont les leurs actuellement. Schématiquement, on peut distinguer deux types d'expériences : d'une part, celles ayant trait au développement des compétences cliniques des infirmières liées à leurs conditions d'exercice ; d'autre part, celles qui relèvent davantage des fonctions dites transversales. Cet investissement se fait parfois à la suite de la formation en tant qu'IPA qui vient légitimer certaines compétences transversales des infirmières, en matière de gestion de projet de santé publique notamment :

« Quand j'ai été diplômée [IPA], je ne voulais pas retourner en soin, je voulais vraiment arrêter [d'être] infirmière de soins. Et j'ai répondu à une annonce, donc c'était la période du Covid, hein, 2020, donc j'ai répondu à une annonce pour être infirmière coordinatrice d'un centre de dépistage Covid. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

La crise du Covid, en particulier, a pu favoriser l'investissement d'infirmières dans un rôle de coordination, dans le cadre du déploiement de centres de dépistage ou de vaccination. Pour d'autres, cet investissement se fait dans le cadre de la structure d'exercice ou d'associations :

« Mais en tout cas, le travail c'était ça, c'est que moi j'ai travaillé sur la mise en place d'un outil numérique pour qu'on puisse travailler ensemble, on a travaillé sur la démarche qualité, on a travaillé sur la mise en place de parcours, notamment moi, j'étais référente clinique des parcours plaies cicatrisation, et diabète. Et moi je continue à faire ça, mes missions transversales, je continue à les faire, du coup dans la CPTS [Communauté professionnelle territoriale de santé] aujourd'hui, et toujours dans l'association Espace vie. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

« En 2015, j'ai commencé à travailler bénévolement pour Médecins du monde, pour un Caso – c'est un centre d'accueil de soin et d'orientation – qui est à Saint-Denis, et donc j'ai fait à peu près trois ans de bénévolat à raison de une journée par semaine. Et donc j'étais vraiment, on va dire maintenant avec du recul, presque déjà dans une... alors une posture, c'est un bien grand mot parce que j'avais pas la formation d'IPA, mais en gros, ça correspondait un peu à ce que je fais aujourd'hui. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

1.3. Des conditions de travail précaires en tant qu'IPA

Dès leur installation, les IPA sont confrontées à des conditions de travail précaires qui rendent difficile l'épanouissement de leur activité. S'instaure alors un cercle vicieux, puisqu'elles tendent à se désengager progressivement de la pratique avancée, au risque de freiner son développement. Pour pallier certaines difficultés propres à ce moment clé qu'est l'installation, des aides ont été instaurées à destination de celles qui possèdent un exercice libéral exclusif. Par conséquent, ces aides concernent une fraction minoritaire des IPA. Les infirmières en libéral sont, en outre, confrontées à un modèle économique défaillant. Le mode de rémunération choisi, le forfait, soulève des questions spécifiques. Les difficultés rencontrées en libéral poussent finalement les IPA à se tourner vers le salariat (Asalée, CDS, fonction de coordination) ou bien à cumuler les activités. Pourtant, les salariées ne sont guère mieux loties : si elles parviennent à sécuriser un certain niveau de revenus – actuellement supérieur à celui de leurs homologues installées en libéral –, leur contrat reste le plus souvent précaire. Enfin, on constate une augmentation importante de la charge de travail, et une moindre maîtrise des horaires qui apparaît particulièrement préjudiciable pour des travailleuses habituées à exercer un fort contrôle sur leurs conditions de travail.

1.3.1. Des aides à l'installation qui dépendent des choix d'exercice

L'obtention d'une aide à l'installation est conditionnée par le choix des infirmières concernant leurs conditions d'exercice. En l'occurrence, pour les premières IPA diplômées, seules celles possédant un exercice libéral exclusif peuvent y prétendre :

« Voilà, la Cpm considère que, comme j'ai une activité d'Idel à côté, j'ai pas besoin d'avoir une aide à l'installation pour mon activité d'IPA, deux activités qui sont totalement différentes, et pour lesquelles voilà, il faut, en tant qu'IPA, il faut quand même acheter un peu de matériel, il y a les charges quand même de cabinet etc. donc nan, j'ai pas eu le droit à ça. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

« Il y avait une aide de 23 000 euros mais c'était pour un exercice exclusif, et comme c'était pas viable de mon côté, j'étais en exercice mixte, une semaine Idel et une semaine IPA, eh bah, je rentrais pas dans les cases donc j'ai pas eu l'aide. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Le modèle économique étant source de nombreuses inquiétudes concernant sa viabilité, la plupart ont choisi, par sécurité financière, de lancer leur activité en tant qu'IPA tout en maintenant un exercice libéral en tant qu'infirmière classique. Par conséquent, elles n'ont pas pu bénéficier de cette aide. De la même façon, les infirmières exerçant en CDS ou dans le cadre de l'association Asalée ne peuvent pas prétendre à cette aide. Pourtant, comme on l'a souligné, le temps de formation marque une perte de revenus significative pour les personnes qui s'y engagent. L'aide distribuée par la Cpm est pensée comme un moyen de pallier en partie une difficulté inhérente à l'activité libérale, à savoir la constitution d'une patientèle de laquelle dépendent les revenus, problème auquel ne sont pas exposées les infirmières salariées.

1.3.2. Un modèle économique insatisfaisant pour les infirmières libérales

Unaniment, les IPA critiquent le modèle économique retenu par les autorités publiques pour financer la pratique avancée. Pour celles qui n'étaient pas en libéral avant la formation, elles s'orientent ainsi spontanément vers un exercice salarié, susceptible de leur garantir des revenus suffisants. Cela peut se faire dans le cadre d'un projet article 51, d'un Ehpad ou plus fréquemment d'un CDS :

« Donc j'ai pas tout de suite, le libéral bah en fait ne m'a pas... j'avais quand même des doutes sur le fait de pouvoir avoir une activité viable en libéral. Du coup c'était plus du salariat que je recherchais. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

Cette orientation vers le salariat semble parfois considérée comme un choix par défaut, dans un contexte d'offres limitées :

« La structure, non, mais je pensais plus me diriger vers la cardiologie, une structure qui aurait été spécialisée en cardiologie, type réadaptation cardiaque ou des choses comme cela. Mais clairement, il n'y avait aucune offre d'emplois. Quand j'ai été diplômée, moi, le poste où je suis, là, actuellement, c'était le seul ouvert. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en CDS

Le salariat devient ainsi une option pour certaines infirmières qui exprimaient initialement leur attachement à l'exercice libéral. Les IPA peuvent se tourner vers le dispositif expérimental Asalée, qui recrute de façon croissante des IPA en leur proposant une rémunération légèrement supérieure à celle en vigueur pour les infirmières. Nous reviendrons plus tard sur la façon dont ces deux dispositifs s'articulent ou entrent en concurrence. Pour d'autres, le salariat est envisagé dans le cadre de l'opérationnalisation des fonctions transversales attribuées au IPA. Elles peuvent ainsi investir des missions liées à la coordination de leur structure. Dans l'idéal, les IPA souhaiteraient atteindre un niveau de rémunération situé entre celui des infirmières et des médecins installés en libéral :

« Alors le futur modèle est déjà un peu plus acceptable [elle fait référence à l'avenant 9], disons qu'on va pouvoir remplir le frigo. C'est encore insuffisant parce qu'on n'est pas dans un modèle intermédiaire entre les Idel et les médecins. Et dans les revenus, je considère qu'on est une profession intermédiaire et qu'on doit avoir un revenu intermédiaire entre les infirmiers et les médecins. Et donc ça, c'est ni le cas en libéral, ni le cas à l'hôpital, ni le cas... »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

La mobilité professionnelle espérée à la suite de l'obtention d'un master n'est pas au rendez-vous. Le mode de paiement au forfait, en particulier, semble soulever plusieurs problèmes. Face à des pathologies chroniques, l'objectif est de favoriser l'« autonomie » des personnes qui en sont atteintes. Les IPA sont souvent confrontées à des patients qu'elles ne voient qu'une fois, le taux d'attrition étant particulièrement élevé :

« C'est très compliqué à savoir parce que bon, en deux ans - là j'étais en train de faire les statistiques tout à l'heure parce que j'ai bouclé le mois de septembre - j'ai vu un total de 297 patients sauf que c'est pas une vraie file active, parce que

la plupart des patients de cette liste, je les vois plus, parce que c'était soit des consultations uniques, soit il y a eu des décès, soit il y a eu des gens qui n'ont pas souhaité renouveler. Donc, en gros, je dirais que j'ai une cinquantaine de patients chroniques, voilà. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans, IPA en MSP et mission de coordination

Or, alors que le forfait rémunère les IPA à partir du moment où elles voient un même patient un certain nombre de fois, une prise en charge « réussie » pourrait au contraire amener celui-ci à avoir moins recours à l'institution médicale – ici le médecin traitant et l'infirmière – dans la mesure où il n'en aurait plus besoin :

« Mais je dis une centaine mais c'est pas 100 personnes que je suis tout le temps parce que, du coup, il y a des gens que j'ai vus une seule fois, que j'ai pas revus. Il y a des gens que je vais voir une fois dans l'année, il y a des gens que je vais voir plusieurs fois enfin c'est très, très aléatoire, c'est un petit peu ce qu'on échangeait sur la rémunération des forfaits etc. [...] Il y a des patients qui vont avoir besoin de deux, trois fois au début et qui après, bah en fait, il y aura peut-être plus vraiment besoin. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Le forfait ne prend pas en compte l'incertitude liée au nombre de fois où le patient va effectivement venir consulter une IPA. Certes, les patients chroniques sont dépendants de l'institution médicale pour le renouvellement de leurs prescriptions, mais les IPA possèdent peu de leviers d'action pour agir sur le taux de recours de leurs patients. A l'inverse, les IPA sont aussi confrontées à des situations très complexes, situations pour lesquelles le forfait n'apparaît pas assez rémunérateur. En effet, dans le cadre de patients polyopathologiques, ou dans le cadre de certaines consultations qui intègrent une dimension éducative dans la mesure où elles visent une transformation durable de certains comportements, elles peuvent être amenées à voir le patient de façon plus régulière.

1.3.3. Quitter le libéral ou cumuler les activités

A défaut de parvenir à la mobilité professionnelle espérée, les infirmières cherchent à limiter la perte de revenu. Plusieurs options s'offrent à elle. D'une part, elles peuvent choisir le salariat, dans le cadre de l'association Asalée ou d'un CDS. D'autre part, certaines poursuivent leur activité en tant qu'Idel, parfois à temps plein. Enfin, certaines fonctions transversales peuvent être investies, soit dans le cadre d'un exercice libéral, soit sous la forme salariée. Tous ces éléments concourent à une dégradation de leurs conditions de travail : précarité de l'emploi, charge de travail en hausse, faible investissement dans la pratique avancée...

Asalée : un mariage de raison ?

Parmi les infirmières interrogées, plusieurs ont finalement rejoint le dispositif Asalée. Les difficultés rencontrées au moment du lancement de l'activité en pratique avancée les poussent à sécuriser les revenus :

« En libéral, invivable, enfin invivable au point où récemment là je me suis salariée chez Asalée. Parce que, j'ai essayé, j'ai essayé pendant un an et ça ne marchait pas, ça ne prenait pas. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Je suis en réflexion justement, je les ai contactés [Asalée] un petit peu pour savoir comment ça se passait, parce que là, enfin, j'aimerais me dédier qu'à 100 % de IPA, arrêter d'être Idel, mais voilà être IPA libérale exclusive c'est pas viable. Donc, du coup, en discutant avec des anciennes collègues de promo ou autres, ben c'est vrai qu'Asalée est venu sur la table parce que les Sisa [Société interprofessionnelle de soins ambulatoires] sont pas capables de nous salarier, enfin, dans les MSP, c'est compliqué, il faut quand même un certain montant pour nous rémunérer, donc oui, là, je réfléchis, je pense que je vais me diriger vers Asalée. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

A ce titre, on peut noter une relative convergence entre les deux dispositifs, autour de certaines missions, et, plus fondamentalement, du dépassement du rôle traditionnel de l'infirmière. Une différence majeure persiste toutefois entre les deux dispositifs. Tandis qu'Asalée s'appuie sur des protocoles de coopération qui dérogent au droit commun, ça n'est pas le cas des IPA, qui peuvent investir plus facilement certains aspects cliniques. Pour les IPA qui sont entrées dans Asalée se pose toutefois la question de savoir comment leur diplôme sera valorisé au sein de l'Association. Parmi les pionnières, certaines ont voulu d'emblée faire reconnaître leur niveau de diplôme afin de servir d'exemple pour les futures personnes recrutées :

« Il y avait les IDSP [Infirmière déléguée à la santé publique] d'Asalée qui, elles, avaient repris la formation, donc qui étaient devenues IPA au sein d'Asalée, et je savais qu'elles avaient énormément de difficulté à faire modifier leur contrat de travail, la valorisation salariale et tout. Et moi, je me suis dit bon, c'est pas que j'ai une place de choix, mais je sentais que le centre de santé poussait pour que je sois recrutée entre guillemets. Du coup je m'étais dit : "Là, il y a un truc à jouer aussi pour toutes les autres infirmières IPA qui sont dans Asalée". Donc ça a été un peu compliqué, en tout cas le montage comme vous dites au début, parce que ça a été compliqué de négocier mon contrat de travail en tant qu'IPA, le salaire etc. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

En entrant dans Asalée, le risque est de voir le périmètre des tâches réalisées par les IPA se limiter à celles habituellement réalisées par les infirmières de santé publique.

Pour les salariées en centre de santé : sécuriser les revenus, pas l'emploi

Les IPA salariées ne sont guère mieux loties. A un premier niveau, force est de constater que leur rémunération est indiscutablement supérieure à celles des IPA exerçant en libéral. Lorsqu'elles étaient déjà salariées auparavant, elles semblent pouvoir bénéficier d'une augmentation relative de leur rémunération :

« J'attends de voir, mais normalement, d'après mes calculs, c'est forcément mieux que ce que je gagnais avant. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

En surfant sur le caractère nouveau de cette profession, elles peuvent négocier un salaire souvent supérieur, dans l'attente des grilles salariales qui se font parfois désirer. Ici, le flou sert donc plutôt les intérêts des infirmières de pratique avancée :

« Bah, je pense que je dois être une des IPA les mieux payées, alors je vais vous expliquer pourquoi. Parce qu'en fait, du coup, j'ai négocié, comme je suis à la mairie en fait, donc dans la fonction publique territoriale, il y a pas de grille IPA qui est sortie, donc quand je suis allée négocier. Je leur ai dit que j'avais vingt ans d'ancienneté de diplôme, comme ils me prenaient en tant qu'infirmière, que j'avais... dans la fonction publique territoriale, il y a une prime qui existe c'est IFSE [Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise], je sais plus IF ce que ça veut dire mais c'est de service exceptionnel, et du coup je dis : "Je vous rends un service exceptionnel parce que c'est [rire] nouveau la pratique avancée infirmière". ».

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Néanmoins, ce résultat est en trompe l'œil. D'une part, les contrats salariés sont le plus souvent à durée déterminée, instaurant une forme de précarité à laquelle elles ne sont pas habituées. D'autre part, elles se trouvent obligées de cumuler plusieurs positions salariées, voire d'exercer une activité libérale en sus, notamment pour assurer leurs fonctions de coordination :

« Coordinatrice c'est ma partie libérale, ils ne m'ont jamais salariée, je touche des honoraires pour ça. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Aujourd'hui, j'ai un mi-temps mais qui n'est pas pérenne, je fais mes activités où je suis payée 50 euros de l'heure, bah, c'est bien d'être payée 50 euros de l'heure mais je suis payée des fois avec un an de décalage, c'est un peu compliqué. Il y a des trucs que je peux me faire rémunérer des trucs, que je peux pas me faire rémunérer, il y a aussi cette histoire en fait de rémunération, elle... Moi, je vais utiliser le mot insécurité, il y a une sorte d'insécurité en fait quand même dans ma pratique. Je sais pas ce que je ferai : le lendemain, si, l'année prochaine par contre je sais pas. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Poursuivre l'activité d'Infirmière diplômée d'État libérale (Idel)

Parallèlement au développement de leur activité en pratique avancée, plusieurs infirmières ont décidé de poursuivre leur activité Idel, parfois à 100 % :

« Alors bah celle d'Idel, je suis encore à 100 % [souffle], j'aimerais pouvoir la réduire, et IPA, bah j'y suis euh, j'essaye d'y être quatre jours par mois, ce qui n'est pas énorme, parce que du coup, je fais ça sur mes repos, sur mes repos d'Idel, donc j'essaye au maximum d'y être au moins quatre jours par mois. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

« Et comme Idel, comme je vous ai dit, je faisais cinq jours par mois, depuis le mois de janvier. Donc je donne une journée à la maison de santé, où je suis présente, donc soit je fais de la vaccination, je m'occupe de faire tourner la maison de santé et les animations autour du projet de santé. Et puis, dedans, j'intercale les consultations. Alors les consultations IPA, soit je les fais les jours où je travaille aussi comme Idel, ou soit les jours où je suis à la maison de santé. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

« Alors là, pour le moment, parce que j'ai toujours pas de réponse de la Sécu, donc je continue quand même de faire infirmière, une semaine sur deux. »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

Une telle situation pose néanmoins différents problèmes. D'abord, elle marque une augmentation de leur charge de travail puisque le développement de la pratique avancée se fait sur leurs jours de repos et en complément d'autres activités. Ensuite, en jouant sur leur disponibilité, cela complique leur installation pérenne en tant qu'IPA. Comme on le verra par la suite, le développement de la pratique avancée suppose tout un travail à destination des autres groupes professionnels, comme l'avait aussi montré le travail de Louise Luan (2021). Enfin, comme on l'a déjà souligné, elles ne peuvent pas bénéficier de l'aide à l'installation prévue (voir ci-dessus). Pour ces infirmières, leur souhait est de se consacrer à terme à la pratique avancée, à condition toutefois que celle-ci leur garantisse un certain niveau de revenu :

« Bah, non je sais pas, j'attends qu'ils me disent et après moi j'aimerais bien lâcher le côté infirmière et faire qu'IPA, mais ils m'ont pas répondu, donc je sais pas du tout comment faire, je vais pas me lancer comme ça... »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

« On a envie de s'y donner à 100 % mais que c'est difficile et que, bah, soit on est obligées d'avoir une activité mixte comme moi, certains ont complètement arrêté d'être IPA. Parce que voilà, gagner 800 euros par mois, c'est pas possible, ou alors à aller se diriger vers le salariat, soit retourner en structure hospitalière ou en CMS [Centre de santé], sauf que pour l'instant en CMS, les grilles de salaires sont encore pas sorties, ou alors se diriger vers Asalée. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

Investir des fonctions de coordination

Le métier d'IPA favorise aussi le développement de fonctions transversales, auprès des équipes soignantes ou dans le cadre de la coordination des parcours complexes. Ces fonctions de coordination peuvent être investies soit dans le cadre de leur structure d'exercice, soit à l'extérieur :

« Alors, aujourd'hui, je suis en exercice exclusif mais à mi-temps, c'est-à-dire que j'ai un poste à la maison des aînés à mi-temps, dans laquelle je fais la coordination des parcours de soins des patients Covid long. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Cet investissement se fait parfois par défaut, dans la mesure où ils ne parviennent pas à se constituer une file active suffisante pour que le forfait reçu soit suffisamment rémunérateur.

1.3.4. Une augmentation de la charge de travail

En raison d'un modèle économique défaillant, les IPA cumulent souvent plusieurs activités, ce qui se traduit, en pratique, par une augmentation de leur charge de travail. De même, les efforts consentis pour créer une activité qui soit viable occupent une place pré-

pondérante, qu'il s'agisse de les créer pour soi, à l'échelle locale, ou dans le cadre d'un rôle de représentation syndicale, pour faire reconnaître la plus-value des IPA pour le système de santé. En effet, alors que l'installation en ville leur avait permis d'exercer un contrôle accru sur leurs horaires de travail, le fait d'occuper plusieurs emplois en parallèle entraîne une augmentation non-négligeable de leur charge de travail :

« Moi en tant qu'infirmière libérale, après j'avais fait en sorte de créer mon cabinet, quand j'ai créé mon cabinet, de caler avec les horaires pour mes enfants. Donc, moi, je travaillais de 8h30 à 15h30. Et quinze jours par mois parce qu'on était à deux. Donc un week-end sur deux. C'est vrai que là j'ai gagné les week-ends. Je travaille très rarement le week-end, sauf quand on fait des réunions d'équipes. Mais sinon... voilà. Maintenant je ne suis jamais chez moi avant 19h. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Bah, en tant qu'Idel, je travaillais une semaine sur deux, et là j'ai deux jours de repos par mois. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

« Je suis tout le temps débordée alors je sais pas. Entre l'associatif [emploi salarié], entre les pompiers [bénévolat], entre tout ça ben... »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

À cela peut s'ajouter pour certaines IPA, un accroissement notable de la charge mentale liée aux transformations de leur activité professionnelle. La précarité du métier et le caractère « nouveau » de celui-ci, le fait de devoir assumer davantage de responsabilités dans les prises en charge des patients, la substitution aux aidants, voire au patient lui-même dans la gestion de sa maladie apparaissent comme autant d'éléments qui favorisent cet accroissement, comme le souligne ce long extrait :

« -Et puis, une charge mentale beaucoup plus importante. Avant, je terminais mon soin, j'avais fini, je ne pensais plus au travail. Maintenant, j'y pense beaucoup.
- OK. Et sur quoi porte cette charge mentale ?
- Pourquoi ? Ben, pour les patients, en fait, les patients que je porte. Pour beaucoup d'entre eux, enfin certains d'entre eux, je suis ... J'ai l'impression d'être un peu la seule à les porter parce qu'ils ne sont pas ... Il n'y a pas forcément d'aidants ou s'il y en a, ils ne sont pas vraiment aidants. Je suis là, oui, pour leur rappeler leurs rendez-vous, je suis là pour prendre leurs rendez-vous, je suis là pour leur rappeler plein de choses. Et puis, c'est toujours le sentiment d'avoir : "Oui, il faut que je pense à faire ceci ! Il faut que je pense à faire cela ! Il faut que ..." Il y a plein de choses que je ne peux pas faire dans le moment T mais que je dois reporter et ce sont beaucoup de tâches. Et puis, c'est aussi constamment être au courant de... Enfin, je n'ai, par exemple, pas l'impression de maîtriser toutes les thérapeutiques de l'hypertension ou du diabète, par exemple, donc c'est continuer à m'auto-former, c'est essayer de développer des outils pour m'aider, c'est... Je n'ai pas l'impression d'être totalement finie en tant qu'IPA, d'être totalement bien là où je devrais être, enfin de... Être encore dans un processus pour arriver à de meilleurs potentiels mais... Je dirais, améliorer mes connaissances. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en CDS

« Ah mais complètement, ça n'a rien à voir alors que justement je m'étais dit, je vais faire des horaires de bureaux [rires], je vais finir à 17 heures le soir... Alors non, parce que, en fait, l'hôpital, les horaires sont, euh, circonscrits ? Oui, donc c'est un début une fin, et puis on rentre à la maison et puis c'est terminé, on enlève sa blouse blanche. Là, non, parce que, je pense c'est principalement la raison. Après, je pense que pareil, ça dépend du profil des personnes, moi je pense que j'ai un côté très engagé, très passionné. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

1.3.5. Le syndicat : un engagement de nécessité

Les infirmières interrogées ne possédaient pas de culture militante ou politique forte avant leur entrée dans la formation en pratique avancée. Leur engagement syndical s'impose comme une nécessité, pour défendre leur profession qu'elles jugent malmenée :

« Par nécessité : moi j'étais pas du tout investie dans les syndicats. En libéral, c'était pas trop... Je lisais de loin, mais je suis pas syndiquée à la base. Faut pas trop le dire, parce que... (rires). »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

« Ouais, bah, c'est mon côté, pas militant, je suis pas du tout militante, au contraire je suis... mais d'un côté, la profession d'infirmière, elle est importante, et il faut à un moment donné qu'on essaie de l'aider, que dans l'historique de la construction de la profession en France, bah, on s'est toujours construits sous une demande médicale, ça continue encore aujourd'hui, mais l'idée c'est d'avoir quand même des gens qui se disent que, peut-être qu'on peut avoir un peu d'autonomie et de faire des choses un peu voilà. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

Le syndicat et les organisations représentatives constituent alors un appui pour échanger sur la pratique avancée, à travers des groupes de travail, des rencontres, des webinaires ou encore des colloques. En créant de nouveaux espaces d'échange, ces organes de représentation collective apportent des réponses concrètes aux problèmes rencontrés par les IPA. La découverte de la raison d'être de l'activité syndicale, à savoir l'action politique pour obtenir des changements structurels, peut toutefois rebuter certaines personnes au moment où elles la découvrent :

« Au début j'avais participé à la création du syndicat de Unipa [Union nationale des infirmiers en pratique avancée], le syndicat voilà, mais après, bon, quand j'ai vu que ça commençait à être un peu politique, politisé, et ça commençait à ressembler aux autres syndicats, alors qu'au début c'était un projet assez romantique [rires] et donc voilà j'ai laissé ça, ils travaillent très bien mais, c'est pas fait pour moi. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

1.4. Les relations avec les autres professionnels

Si les conditions de travail des IPA sont particulièrement précaires, cette situation est aussi le produit des relations qu'elles entretiennent avec les autres groupes professionnels intervenant en soins primaires. En effet, leur activité dépend à un premier niveau de leurs relations avec des médecins, dans la mesure où ces derniers constituent la seule voie d'accès pour les patients. Or, les médecins investissent inégalement cette nouvelle profession, freinant leur développement. Certains expriment des réticences marquées qui les poussent à ne pas collaborer avec des IPA. Les relations avec les infirmières libérales constituent une source d'incertitude : alors que leur souhait de reprendre leurs études peut alimenter une certaine défiance, les IPA maintiennent un niveau de revenu largement supérieur. Les IPA doivent donc désamorcer en amont les craintes liées à l'arrivée d'une nouvelle concurrente. Enfin, les droits des IPA en matière de prescription sont parfois méconnus, ce qui contribue à leur manque de légitimité auprès des pharmaciens en officine ou des laborantins.

1.4.1. Un groupe professionnel inégalement mobilisé par les médecins

Les médecins constituent le premier groupe professionnel avec lequel les IPA sont censées travailler. Leur activité, tant du point de vue de son intensité que de la définition de celle-ci, dépend largement du travail opéré en amont par les médecins. Au sein de la profession médicale, certains se réjouissent de l'arrivée de ces professionnelles dans la mesure où ils perçoivent leur intégration comme un moyen parmi d'autres de regagner ce qu'ils estiment perdu : du temps médical. Néanmoins, des réticences marquées, déjà évoquées en introduction, sont aussi exprimées par les médecins conduisant parfois à des refus explicites. En cela, un travail supplémentaire s'avère nécessaire pour les IPA afin de montrer aux yeux de tous, et des médecins en particulier, le rôle qu'elles peuvent jouer dans la prise en charge des malades.

Des médecins enthousiasmés par l'arrivée d'une IPA...

À un premier niveau, les infirmières rapportent que certains médecins se sont montrés enthousiastes à l'idée de travailler avec une IPA, dans la mesure où cette nouvelle organisation du travail est perçue comme un moyen d'accueillir de nouveaux patients, dans un contexte de pression croissante sur leur activité :

« Après, c'est vrai que moi en arrivant, le Docteur, il m'a imprimé sa liste de patientèle euh diabétique. Il m'a dit : "Voici le, voici leurs noms, contacte-les pour leur proposer, bah de venir te voir". »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« Il y a un des médecins qui a tout de suite dit : "Mais c'est génial ! On va pouvoir augmenter notre file active de patients chroniques et puis on sera moins réticents à les prendre en charge". »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

En pratique, ces situations concernent principalement des médecins qui sont en demande de travailler avec une IPA. L'une des personnes interrogées rapporte ainsi qu'elle

a commencé à travailler avec un médecin exerçant dans un cabinet isolé, à la suite d'une annonce passée sur les réseaux sociaux, afin de réduire la pression sur son activité :

« Alors il a posté en fait, c'était il y a l'association nationale enfin l'Anfipa [Association nationale française des infirmier-e-s en pratique avancée], qui a une page Facebook, et il y a eu une annonce pour ce cabinet. Donc du coup, je l'ai contacté comme il était à 15 km de chez moi, et j'ai rencontré le médecin, j'ai fait des demi-journées pour voir un petit peu comment il exerçait, voir si c'était... Enfin, parce qu'en fait, la difficulté c'est d'avoir à peu près le même mode d'exercice, que lui applique les mêmes recommandations. Enfin voilà qu'on soit à peu près sur la même longueur d'onde, ce qui était le cas, donc du coup, il m'a proposé de travailler avec lui, et donc voilà, ça s'est fait comme ça. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

Pour ce médecin, le travail avec l'IPA s'impose de lui-même pour répondre à une demande de soin croissante. Exerçant seul, il ne peut pas s'appuyer sur ses collègues pour assumer une partie des prises en charge :

« Il est débordé, vraiment débordé, et je sais que voilà, en fait, je pense que la différence c'est qu'il est débordé et c'est pas une option, l'IPA, c'est une nécessité en fait. Il a vraiment besoin de s'alléger de certaines prises en charge, et qu'en fait voilà, en fait il y a vraiment un gros besoin, et [au contraire] à la MSP, il y a besoin aussi pour prendre des nouveaux patients mais comme ils sont déjà cinq [médecins], je pense que déjà il y a moins de pressions quand on partage la pression à cinq, déjà c'est moins... »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

Néanmoins, quand bien même certains médecins sont à l'initiative de la collaboration avec une IPA, cela pose la question de la collégialité de cette décision. En l'occurrence, dans les MSP comme dans les CDS, certains médecins sont parfois à l'initiative de projets qui impliquent l'ensemble des professionnels, sans que le degré de connaissance du dispositif ne soit nécessairement le même pour tous :

« Je me suis rendue compte très rapidement que c'était plutôt un souhait de la gouvernance d'avoir une IPA, et que les médecins n'avaient pas forcément réfléchi à l'IPA, ils avaient commencé avec une infirmière Asalée, je pense qu'au début c'est plutôt ce qu'ils imaginaient, orienter des patients sur de l'ETP [Éducation thérapeutique du patient], etc. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

Le risque est alors de se retrouver, au sein d'une même structure, avec des visions différentes du rôle de l'IPA et un investissement très inégal selon les médecins. Enfin, le travail avec les médecins est facilité par l'existence de relations antérieures. C'est le cas d'une IPA qui travaille principalement avec son mari, médecin :

« Et puis le décret est passé en juillet 2018, donc on a tout de suite fait la demande, et j'ai été prise, à Paris-Diderot, donc le but c'était de travailler avec mon mari, et puis après bien sûr avec d'autres médecins, et puis d'avoir une qualité de vie un peu différente. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

Des réticences marquées

A l'opposé, certains médecins expriment des réticences marquées concernant le travail avec une IPA et refusent explicitement de leur adresser des patients, au point parfois de les renvoyer à leurs nouvelles responsabilités afin de les mettre en porte à faux :

« Voilà, ceux-là m'envoient pas de patients, et il y a un médecin qui est remplaçant de tous les médecins, qui elle est très proche de la retraite, qui m'a dit : "Moi, je veux même pas en entendre parler" (rires), mais parce que ça la met en difficulté, elle. C'est pas le travail en lui-même, mais elle m'avait dit de toute façon : "Si tu vaccines, j'interviendrai pas si les patients ont un problème dans la salle d'attente".

« Alors ils sont trois médecins, il y en a un qui est maître de stage, un jeune médecin qui va devenir maître de stage peut-être après, et elle, déjà de base, n'a jamais voulu faire ça, et elle ne veut que personne ne rentre dans son bureau en fait, mais que ce soit un étudiant en médecine ou une IPA ou un étudiant infirmier, enfin personne. Voilà, donc c'est une façon de pratiquer qu'elle veut, que ce soit IPA ou autre, elle veut pas de toute façon. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

« Certains médecins, j'ai vraiment l'impression qu'ils pensent qu'on va leur prendre leur travail. Les autres ont compris que non, mais voilà, il faut le temps, [alors que ça n'est pas le cas] avec des spécialistes, diabéto... »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

Cette crainte semble dépendre dans certaines circonstances d'un effet de génération : les jeunes médecins peuvent refuser l'exercice d'un regard critique sur leurs pratiques, *a fortiori* lorsque celui-ci provient d'une profession paramédicale. Chez les médecins les plus âgés, dont la carrière ne s'est pas toujours construite dans des structures pluriprofessionnelles, leur réticence semble plutôt concerner la délégation d'une partie de leur activité médicale. Dans tous les cas, comme l'illustre la dernière citation, les médecins peuvent craindre une perte d'activité – et donc par-là, de revenus –, la médecine libérale restant largement payée à l'acte. De fait, les IPA sont placées en concurrence avec les jeunes internes accueillis en stage, qui maintiennent un niveau d'activité identique pour le médecin généraliste :

« Il y a aussi beaucoup d'internes sur la maison de santé donc en gros, de ce que j'ai pu comprendre, elle veut, elle préfère envoyer ses patients auprès des internes. Je lui dis : "D'accord, mais du coup, tes patients, si déjà tu les vois pas beaucoup, que tu les envoies vers l'interne, je suis pas sûre que la prise en charge soit la meilleure, enfin ils voient un interne qui change tous les six mois alors que voilà, moi, si tu me les envoies à moi, je peux..." "Oui, mais bon". »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

Néanmoins, ils peuvent avancer d'autres arguments pour justifier leur choix de ne pas adresser davantage de patients aux IPA avec lesquelles ils pourraient pourtant travailler, arguments qui participent d'une rhétorique visant à protéger le rôle médical :

« Après, ils me disent aussi que, bah, après une consultation de quinze minutes où ils ont déjà donné beaucoup d'informations, leur redonner une information en plus, euh, ça sera pas forcément entendu. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

« Et y'a des médecins qui n'ont pas du tout envoyé de patients, qui n'étaient pas contre le fait que je sois là mais qui ne percevaient pas encore comment... qui avaient du mal à déléguer, je pense. Voilà. C'est des médecins qui faisaient déjà je trouve, tout très bien, parce qu'ils trouvent du temps, ils appelaient eux-mêmes l'assistante sociale ou le cardiologue, ou voilà. Et, du coup, ils avaient un peu plus de mal... Mais ils étaient restreints sur le nombre, enfin ils avaient arrêté de voir par exemple de nouveaux patients. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

Au lieu de percevoir la complémentarité qui peut exister entre les deux groupes professionnels, aussi bien sur les aspects curatifs que sur d'autres aspects du travail médical (coordination des soins, actions de prévention et de dépistage), certains médecins perçoivent une forme de redondance qui serait préjudiciable pour les patients. Ces médecins risquent toutefois, comme le souligne le second extrait, de se retrouver dans une impasse, et de refuser l'accueil de nouveaux patients.

Un travail supplémentaire : l'entretien des relations avec les médecins

Les IPA sont donc contraintes de rappeler de façon régulière le rôle qu'elles peuvent être amenées à jouer et la façon dont elles peuvent, contrairement à ce que pensent certains médecins, les soulager en leur présentant les avantages de la profession :

« Eh bah, j'ai fait un joli Powerpoint ! (rire) Et je suis venue à la maison de santé, je leur ai présenté et ils ont dit : "Bon bah pourquoi pas". »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

Néanmoins, ce travail d'information continue des médecins constitue une charge de travail supplémentaire pour les IPA, qu'elles sont contraintes de réaliser sous peine de ne pas pouvoir exercer en tant que praticienne avancée, sans pour autant avoir des garanties sur le succès de cette entreprise :

« Ce que j'aime le moins, c'est vraiment de devoir être derrière les médecins tout le temps, de devoir... marcher sur un fil, euh, on doit être derrière eux mais pas trop les brusquer [...]. Voilà, donc on doit pas être ni omniprésents parce que ça, ils aiment pas parce que eux aussi ils sont quand même bien, bien chargés. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Les IPA redoublent alors d'inventivité pour échanger avec les médecins. L'un d'entre eux évoque le fait d'envoyer une blague en début de semaine à certains médecins qui exercent en dehors de la MSP dans laquelle il est installé et avec lesquels il a signé un protocole d'organisation pour se rappeler à leur bon souvenir. D'autres évoquent la nécessité de produire des dépliants – projet aussi envisagé par la Fémasif – afin de rappeler le rôle des IPA et leur plus-value aux yeux des médecins. De façon plus générale, les IPA soulignent l'importance des temps d'échange, qu'ils intègrent d'autres professionnels dans un cadre formalisé, ou qu'ils s'opèrent en bilatéral uniquement avec les médecins :

« Une fois par mois, on se réunit, donc on peut staffer les dossiers. Sinon, après, dans l'ensemble, ils se rendent disponibles. Je descends les voir dans leur cabinet, je prends le café avec eux ou j'arrive à la maison de santé, avant qu'ils commencent leurs consultations, dans les cinq premières minutes... »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

De tels échanges présentent plusieurs vertus. Pour les médecins, ils les replacent comme les référents du parcours de soins de leurs patients, quand bien même les IPA peuvent assurer la coordination de celui-ci. Du côté des IPA, ces temps collectifs constituent un appui médical dans le cadre des prises en charge qu'elles proposent, mais aussi, encore une fois, pour souligner leur plus-value dans le parcours des patients. La fréquence de ces échanges institués entre médecin et IPA semblent ainsi légitimer la place occupée par cette dernière dans les prises en charge, tout en confortant la nouvelle division du travail :

« Avec le médecin unique, tous les soirs après ma journée de travail, soit il est sur place et on se voit, et on reparle de chaque patient, ce que j'ai fait, ce que j'ai vu, si tout allait bien et voilà, et soit au téléphone s'il n'est pas sur place ou s'il n'avait pas fini ses consult' et que je suis rentrée chez moi. Et entre-temps, évidemment, si j'ai un besoin je l'appelle, même des fois, je l'ai déjà fait monter pour lire un ECG [Electrocardiogramme] avec moi. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

« Alors pour mon mari [médecin], oui, on se fait des vrais entretiens au cabinet. [...] Mais quand on a fini tous les deux et qu'on n'a pas fini trop tard, on le fait une fois par semaine, on fait un point, il me dit ceux qu'il a vus. Bon, alors ça, il me le dit au fur et à mesure quand même : "J'ai vu untel pour ça nin nin nin", puis moi, je les repère en salle d'attente de toute façon, mais il renouvelle pas les ordonnances, il ne fait que le problème aigu. Comme ça, je les revoie de toute façon après, pour pas non plus qu'il y ait d'ambiguïté avec les patients. Donc on se fait un point, tout ce que je ne peux pas faire : les bons de transport, les achats de machin, les trucs, je lui fais des petites listes, on en discute ensemble et il me les fait au fur et à mesure. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

1.4.2. Entre concurrence et coopération avec les autres infirmières libérales

Alors que les IPA tendent à se rapprocher des médecins, qu'en est-il des relations avec le groupe professionnel dont elles cherchent à s'émanciper progressivement, les infirmières libérales ? Leurs relations apparaissent teintées, au moins initialement, d'un soupçon de défiance, liée notamment à la volonté d'ascension sociale et professionnelle des IPA :

« Clairement, on m'a dit : "Tu fais ça pour toi". Ça a été maltraitant pour certains, (elle se corrige) certaines. Mais bon, c'est le problème du changement, quand vous changez de posture, quand vous proposez des choses, ça provoque des réactions chez les autres qui sont pas forcément, voilà. Donc ça a été difficile... »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

Là encore, les IPA doivent fournir un travail supplémentaire visant à rassurer les Idel sur leur positionnement. Dans un contexte de concurrence entre les infirmières libérales, ces dernières peuvent craindre de perdre une partie de leur patientèle. La volonté des IPA de s'éloigner des soins infirmiers classiques amorce finalement une transformation des relations :

« Il a fallu, pareil, que je refasse une mise au point au début, une fois que ma collaboration a été votée par tout le monde, que j'explique ce que c'était qu'une

IPA, qu'elles n'avaient rien à craindre, que je ne leur prendrai pas leur travail, et on partage le même local maintenant, toutes les trois dans le même local et ça se passe très bien. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

« Je tenais à ce que ce soit clair sur le fait que je fais plus de soins, je suis pas, parce que bon, ce serait une concurrence, enfin voilà, que justement, qu'on soit pas dans ces relations-là, et donc oui, elles l'ont bien compris, elles l'ont bien cerné, ça, il y a pas de souci. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

1.4.3. Asalée : quelle articulation des dispositifs ?

Comme on l'a souligné en introduction, la dynamique de la profession infirmière a conduit ces dernières années à l'émergence de nouveaux segments. Si certains restent largement informels et leur existence négociée à l'échelle locale sous réserve de financements, le dispositif Asalée apparaît comme une exception dans ce paysage. Son articulation avec les infirmières de pratique avancée reste néanmoins à penser. Dans un premier temps, on montrera qu'il existe une superposition relative des tâches entre les deux dispositifs. Asalée offre, en outre, une protection supplémentaire *via* le salariat, tout en prenant en compte, même de façon modeste, le diplôme de pratique avancée. Dans un second temps, on posera plus fondamentalement la question de l'articulation des deux dispositifs.

Une superposition relative des tâches

En soulignant les difficultés rencontrées par les IPA en soins primaires, on a montré comment le dispositif Asalée permet l'épanouissement de certaines IPA grâce au salariat. En effet, il existe une convergence des dispositifs autour de certaines missions (Fournier *et al.*, 2018) : la coordination des parcours de soins, la réalisation d'actes techniques, ou encore la prise en charge globale des patients. Pourtant, il convient de rappeler que les infirmières Asalée exercent dans le cadre de protocoles, ce qui leur permet de réaliser certains actes techniques habituellement réservés aux médecins :

« Ben, c'est-à-dire que maintenant, Asalée embauche des IPA, donc avant c'était des infirmières qui, avec des protocoles, pouvaient, ils faisaient beaucoup d'éducation thérapeutique, mais avec des protocoles, ils pouvaient faire certains actes délégués. Et donc ça, ça continue, mais les IPA on est un peu euh... au-dessus de tout ça parce qu'on n'a pas besoin des protocoles pour intervenir, et donc c'est un autre métier, finalement. Ça ressemble parce qu'on a quand même des trucs très, très similaires mais c'est différent quand même, il y a beaucoup plus de coordination peut-être dans l'Asalée, et un peu plus de clinique dans l'IPA, voilà. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Néanmoins, la superposition des tâches n'est pas parfaite, dans la mesure où Asalée s'appuie sur un protocole de coopération établi au niveau national. De plus, l'association

Asalée n'a pas encore pleinement intégré les IPA : les grilles de salaire font encore l'objet de négociation :

« Et je savais que si je négociais pour avoir mon contrat avec vraiment écrit "Recrutée en tant qu'infirmière en pratique avancée", ils seraient obligés de le faire pour toutes les autres IPA, donc voilà ça a duré un mois où... Sinon pas de problème avec ce montage où je suis, oui, salariée de l'association Asalée et que j'y travaille. »

Avec les infirmières Asalée : une ambivalence autour de l'éducation du patient

Si on a souligné une convergence entre les infirmières Asalée et celles de pratique avancée, qu'en est-il de leur collaboration ? Alors qu'on a insisté sur la convergence des deux dispositifs, la présence d'une infirmière Asalée dans la structure d'exercice est perçue sous l'angle de la complémentarité des interventions, y compris quand l'IPA est-elle-même salariée de l'association Asalée :

« On s'est fait un rendez-vous toutes les deux où moi je lui ai demandé de m'expliquer ce qu'elle faisait et comment elle travaillait. Moi, je lui ai expliqué comment je voyais mon travail et ce que c'était qu'une IPA. Et on a été rapidement d'accord sur le fait qu'on était plutôt complémentaire et qu'on allait travailler ensemble. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

En pratique, il semble que leur présence conjointe pousse à un recentrement de leurs missions respectives. En particulier, les infirmières Asalée vont être amenées à se focaliser sur l'éducation du patient, délaissée par les IPA :

« Moi, je ne fais pas du tout d'éducation thérapeutique. Moi, je vois mon patient, moi, j'estime que ce que je fais n'est pas de l'éducation thérapeutique. Je fais de l'information, j'explique à mon patient comment on prend son traitement, pourquoi on le prend. Mais pour moi, les infirmières d'éducation thérapeutique vont beaucoup plus loin, elles cherchent à comprendre un peu les mécaniques, pourquoi le patient n'est pas observant, ou [bien] elles le font parler. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Alors du coup, on s'était vues [avec l'infirmière Asalée] en amont, mais elle est claire, c'est-à-dire que, moi l'éducation thérapeutique, oui, je l'aborde un petit peu, mais faire une séance que d'éducation thérapeutique ça c'est ma collègue infirmière Asalée, et voilà donc du coup elle, elle est vraiment ciblée éducation thérapeutique, et elle fait pas, enfin c'est 90 % de sa mission, et moi du coup je fais le reste. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

En creux, on retrouve ici le souhait des IPA de se rapprocher professionnellement des médecins. Cela s'opère ici en délaissant une activité largement abandonnée par les médecins, et majoritairement assumée par les professionnelles paramédicales. Toutes les IPA ne partagent pas cet avis. Au contraire, certaines vont valoriser cette activité éducative, et ce, d'autant plus que les médecins vont considérer que cette tâche fait partie intégrante de leur périmètre d'intervention et donc leur envoyer des patients en ce sens :

« Et j'adore aussi tout ce qui touche l'éducation thérapeutique euh, pour les diabétiques, nutritionnelle pour les problèmes cardiovasculaires, j'adore ça. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

La posture d'accompagnement défendue par les IPA inclut ainsi un rapport différent aux patients et la nécessité plus ou moins affirmée de développer une activité éducative.

1.4.4. Les pharmaciens, les laborantins et le droit à la prescription des IPA

Parmi les nouvelles possibilités offertes aux IPA en matière de prise en charge, la prescription cristallise un certain nombre d'enjeux. Compétence médicale par excellence, au même titre que le diagnostic, les IPA ont la possibilité de prescrire certains examens biologiques et de renouveler des prescriptions.

« Et les pharmaciens aussi, ça peut arriver qu'ils comprennent pas, qu'ils voient mon nom et qu'ils comprennent pas : "*Mais normalement c'est le docteur, qui vous suit, là c'est...*". Donc oui, parfois, il faut constamment en fait, rappeler, réexpliquer. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

« La pharmacie, ils attendent beaucoup de ce métier parce qu'elle se questionne sur ce que j'ai le droit de prescrire, donc il y a un travail qui s'élabore. »

Entretien n° 1, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en Ehpad

Dans ce cadre, les patients peuvent avoir un rôle à jouer auprès de leur pharmacien en présentant par eux-mêmes le rôle des IPA et leur droit de prescrire certains médicaments dans le cadre du renouvellement des ordonnances déjà écrites par les médecins :

« Après, il y a des patients qui n'ont pas forcément un bon niveau de littératie [...], qui arrivent par exemple à se défendre en pharmacie [...]. Vous devez le savoir mais, qui ne veulent pas délivrer les traitements à des patients, voilà, ça fait partie des freins. (Les patients) arrivent à se défendre en disant : "*Nan mais mon infirmière, elle a repris ses études, elle a le droit de prescrire*", donc c'est une infirmière spécialisée, c'est une infirmière donc... »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

« En fait, il n'y a aucun souci, je leur explique, j'ai fait le tour hein, je me suis déplacée, j'ai plastifié, je leur ai donné les trucs, les pharmacies où j'ai des problèmes c'était celles où les patients allaient ailleurs, genre dans une grosse pharmacie de Carrefour. Et en fait, la chance que j'ai eue, déjà, c'est que mon patient leur a dit : "*Si vous acceptez pas, je change de pharmacie*", gros patient, avec des traitements bien lourds, donc là, ils auraient perdu, avec l'insuline ça aurait fait un... »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

À l'instar du travail déjà effectué au moment de l'installation en ville, les IPA ont cherché à désamorcer ces problèmes, en allant à la rencontre des pharmaciens pour s'assu-

rer que ces derniers délivreront bien les médicaments prescrits. Le même problème se pose aussi pour les laboratoires :

« Alors ouais, les pharmaciens, il y en a beaucoup auxquels je me suis présentée en leur disant : "Je serai IPA, donc vous risquez d'avoir des ordonnances, c'est normal, c'est logique". Là, je m'étais présentée à deux laboratoires, la dernière fois, j'ai fait un... j'ai fait une demande de bilan pour un patient, personne m'a appelée, personne m'a rien dit. Donc, je suppose qu'ils ont compris et que c'est passé, qu'ils vont... »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

1.5. Le travail des IPA auprès des patients

Cette dernière partie s'intéresse au contenu du travail des IPA. Plus spécifiquement, elle revient sur le profil des patients qu'elles prennent en charge, en reconstruisant les logiques d'adressage des médecins avec lesquels elles travaillent. En sus des consultations, les IPA sont amenées à intervenir de façon transversale, notamment en assumant des fonctions de coordination. Elles entretiennent toutefois un rapport ambivalent à ces missions. Si le tableau brossé jusqu'à présent apparaît relativement pessimiste concernant l'implémentation des IPA en soins primaires, cette dernière partie vise à nuancer ce constat en mettant en avant certains éléments positifs concernant le début de leur activité.

1.5.1. Quels patients pour quelles IPA ?

Le travail des IPA est conditionné par celui réalisé en amont par les médecins. Or, les médecins interprètent le rôle des IPA au regard de leurs propres besoins, adoptant le plus souvent une vision réductrice de leurs missions et de leurs compétences. Dans ce cadre, il leur arrive aussi de déléguer uniquement les « patients complexes », patients pour lesquels le forfait apparaît potentiellement peu rémunérateurs. Quand bien même il peut être perçu comme du « sale boulot » en raison de l'intrication des problèmes médicaux et sociaux, les IPA parviennent à le réinscrire dans un bon rôle, contribuant à légitimer leur participation aux prises en charge.

Une évaluation du rôle de l'IPA selon les besoins des médecins

En regardant les missions théoriquement confiées aux IPA, ces dernières sont censées prendre en charge un grand nombre de pathologies. En pratique, pourtant, elles constatent souvent un tri opéré en amont par les médecins. Ces derniers ont tendance à orienter des IPA en se délestant des tâches qu'ils ne souhaitent pas réaliser, ou pour lesquels ils n'ont pas suffisamment de temps dans le cadre d'une consultation classique. Les médecins vont ainsi solliciter les IPA pour réaliser une éducation nutritionnelle, proposer des consultations de tabacologie, ou suivre des patients complexes :

« En fait, et ça c'est très clairement les adressages, c'est-à-dire les orientations qu'on me confie, ils ont pour chaque médecin un but différent. C'est-à-dire que ça dépend de l'utilité du médecin. Et comme je disais l'autre jour à ton collègue, hmm, je peux savoir en amont quel médecin m'a adressé un patient quand je vois le motif de consultation, c'est-à-dire que, j'ai des patients "tabaco", c'est un des médecins qui me les adresse, quasi exclusivement. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

« Je me suis rendu compte très vite que j'avais des orientations, déjà, très infirmière du coup, Asalée IDSP [Infirmière déléguée à la santé publique], donc éducation thérapeutique, ce qui n'est pas un problème en soi mais, où c'était pas clair pour eux, l'orientation, qu'est-ce que je faisais et tout. Donc, c'est petit à petit où j'ai eu un petit coup dur, je crois au mois de janvier, où j'ai pris du recul, je me suis dit : "Ben, en fait, je pense qu'ils n'étaient pas du tout au clair et ce n'était pas leur souhait à eux d'avoir une IPA". »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

De telles orientations contribuent à une réduction du périmètre d'intervention des IPA, quand bien même elles peuvent apprécier les prises en charge demandées par les médecins. Par ailleurs, comme le souligne le second entretien, cela indique aussi que la décision de travailler avec une IPA n'est pas toujours partagée par l'ensemble de l'équipe médicale (voir ci-dessus). Leur activité étant dictée par les médecins, les IPA sont peu autonomes dans l'exercice de leur métier. En limitant les orientations, les médecins contribuent aussi à exercer un contrôle très fort sur la croissance de la file active des IPA, diminuant ainsi leur niveau de rémunération.

Ce qui revient souvent dans le discours des IPA c'est l'orientation de façon préférentielle des patients complexes, soit des patients sur lesquels les médecins se trouvent en difficulté en raison de la combinaison des problématiques médicales et sociales :

« Pour l'instant, c'est pas le tout-venant, c'est plutôt là où eux ils sont en difficulté. Ou alors, sur des nouveaux diagnostics où je vais faire de l'accompagnement dans le nouveau parcours de soins ou sur des temps un peu intermédiaires, mais parce que j'ai pas souhaité investir le reste pour l'instant. »

Entretien n° 2, Femme, 45-50 ans,
IPA en MSP et Idel

À l'inverse, les pathologies chroniques stabilisées constituent une exception plutôt que la norme, sauf pour deux IPA interrogées qui sont aussi celles qui possèdent la file active la plus importante :

« Les patients stabilisés, il me les envoie, il me les envoie rapidement c'est-à-dire que (...). S'il les voit sur son planning, il les appelle en amont, deux trois jours en avance, en leur expliquant que, du coup, il travaille avec une infirmière de pratique avancée, et qu'ils vont voir en fait que le rendez-vous est placé avec moi, et du coup, il me les place carrément sur mon planning en les appelant, en les prévenant. »

Ces deux IPA travaillent ainsi avec des médecins qui cherchent à se délester d'un maximum de consultations pour pouvoir répondre aux demandes de nouveaux patients. Le travail d'adressage réalisé par ce médecin permet ainsi de légitimer sa place dans la prise en charge.

Les cas complexes : une délégation du sale boulot ?

La gestion des cas complexes suppose un investissement important qui va au-delà des consultations classiques et impose une charge de travail supplémentaire : pour les médecins, il s'agit parfois du « sale boulot » (Hughes 1996), qu'ils peuvent déléguer à d'autres professionnelles, notamment aux IPA. En particulier, ces patients imposent souvent, au-delà de la problématique médicale, un effort supplémentaire lié à différents facteurs sociaux

et culturels chez leurs patients, tels que la précarité de leurs conditions de vie, leur inégale maîtrise de la langue française ou encore leur faible autonomie en termes de déplacement :

« En principe, le médecin, il cherche une utilité à côté avec un IPA, donc : "Voilà moi j'aime pas"... c'est surtout dans les cas complexes, c'est-à-dire : "Bon, je m'en sors pas" ou "Ça va être très chronophage chez le patient, je vais quand même faire appel à l'IPA". "J'aime pas faire le domicile, bah, je fais appel à l'IPA", "J'ai pas le temps de lui parler à ce patient qui est gros, et comment manger, je l'adresse à l'IPA, il aura le temps", voilà. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Dans l'extrait ci-dessus, on perçoit très nettement la façon dont les médecins peuvent se délester de certaines tâches qu'ils jugent fastidieuses. Or, pour les IPA, la gestion des cas complexes peut être valorisée dans la mesure où celle-ci permet de réunir le meilleur des mondes de leur point de vue, le *care* et le *cure*, les connaissances acquises lors de leur master et les soins infirmiers, la technique et le relationnel, tout en leur donnant du temps pour permettre à ce travail de s'épanouir. La prise en charge de tels patients peut dès lors s'inscrire dans un bon rôle,

« Parce que moi, la façon dont je l'ai présenté, ce qui m'intéressait c'est de prendre en soin, en binôme avec le médecin, les patients plutôt complexes. Donc qui ont des maladies chroniques, qui sont en polyopathologies, qui en plus sont âgés ou pas, qui a des problèmes sociaux... »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

« Mais si ça me semble clairement être mon job parce qu'en plus, et ça je m'en rends compte de plus en plus, c'est que, parfois, c'est le fait de prendre le temps et d'envisager, bon ça paraît très bateau, mais la situation de façon très globale, qui déçoit des situations de soins. »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

« Ben, si on veut montrer la plus-value de l'IPA, c'est justement sur ces patients complexes qu'on n'arrive pas à stabiliser, les empêcher de monter, ben regardez, au bout d'un an, on a baissé son hémoglobine glyquée d'un point, un point et demi, ou d'un demi-point c'est déjà pas mal. Voilà, et dire, ah bah oui, ces patients sont complexes, que le médecin n'a pas le temps de lui expliquer tout, même ne serait-ce que l'alimentation, pourquoi pas. »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

Le dernier extrait cité souligne aussi que les prises en charge « réussies » – ici la diminution à la baisse d'un indicateur clinique – peut constituer un levier de valorisation de la profession, grâce au temps que les IPA peuvent accorder à de tels patients.

La prise de rendez-vous : démarcher ou imposer

Les difficultés rencontrées par les IPA dans la constitution de leur file active concernent aussi la gestion de leur rendez-vous. Non seulement il est nécessaire que les patients acceptent de venir consulter une infirmière de pratique avancée, mais aussi que cette dernière revoie régulièrement les patients. La façon dont s'organise la prise de rendez-vous

est donc cruciale. L'expérience des IPA montre que lorsque ce travail repose sur les épaules des patients, leur file active augmente faiblement :

« Alors maintenant, justement, donc la prise de... c'était ça le problème, c'est qu'ils savaient pas, euh, au début ils m'ont dit : "*Donne-nous des cartes, on va leur dire de t'appeler*", et c'est vraiment ça la mise [en relation]. Donc du coup, là, on a un logiciel qui est, qui n'est plus Doctolib mais qui est Maiia, voilà, et donc là, je vais, donc demain rentrer, et ils vont pouvoir, je vais mettre mes plages et ils vont mettre les patients là-dedans ce qui va faciliter. C'est ça aussi que je vais mettre en place. »

Entretien n° 8, Femme, 55-60 ans,
IPA en MSP et Idel

Pour des patients habitués à recourir à l'institution médicale uniquement lorsqu'ils sont confrontés à un problème, il ne va pas de soi de prendre contact de manière proactive avec une IPA juste après que celle-ci leur a été présentée par le médecin. Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne semblent toutefois favoriser leurs démarches, mais celles-ci possèdent un coût relativement élevé pour les professionnels de santé libéraux. De même, les IPA intègrent parfois ce travail de secrétariat dans leur activité avec une inégale réussite :

« A la MSP, en fait, on était parti au début sur une organisation où, en fait, ils faisaient un listing des patients qu'ils pensaient qui étaient potentiellement euh, qui pouvaient potentiellement être suivis par une IPA, et moi je rappelais les gens. Mais alors, il y avait des gens qui avaient oublié l'information, donc du coup, c'était un peu... qui me prenaient un peu pour une publicitaire. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

« Alors mon mari [médecin, avec lequel elle travaille], il me donne directement la fiche vu qu'on a le même logiciel, donc il me dit : "*Tu verras tel patient, je l'ai prévenu, je lui ai expliqué qui tu étais, appelle-le*", donc j'appelle et je prends rendez-vous ». »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

« C'est moi qui gère, les premiers rendez-vous c'est moi qui les gère, c'est moi qui appelle les patients, voilà, pour leur réexpliquer un petit peu les choses. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

Ce travail de secrétariat est généralement déprécié comme l'illustre le premier extrait : en se retrouvant à faire la promotion de leur activité auprès de patients qui sont prévenus tout au mieux de façon succincte de leur appel par leur médecin, elles ont le sentiment de se rapprocher de certains salariés d'exécution. Finalement, la solution qui fonctionne le mieux semble être l'inscription directe par le médecin (ou par l'intermédiaire de sa secrétaire) lors de leurs consultations :

« Mais voilà, là maintenant, j'ai même dit aux médecins : "*Bah, quand vous voyez que vous avez un patient qui est motivé pour venir me voir, prenez un rendez-vous tout de suite, vous avez accès à mes rendez-vous maintenant, prenez un rendez-vous tout de suite, sur mon planning vous le calez direct, et comme ça il y a pas cette attente de mon appel où le patient peut oublier*". »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

« Des fois, c'est le médecin qui va directement prendre le rendez-vous, c'est déjà arrivé quelques fois pour quelques patients, j'ai déjà vu que c'était le médecin qui avait pris le rendez-vous parce que, du coup, je pense que, s'il lui dit d'aller au secrétariat, des fois le patient il le fait pas, et sinon après, le médecin lui il a plutôt tendance à envoyer, dire au patient quand il sort de la consultation d'aller voir au secrétariat pour prendre le rendez-vous. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

« C'est deux organisations différentes, chez le médecin unique [cabinet isolé], c'est lui qui m'adresse les patients, qui les met directement sur mon planning. Il a un secrétariat qui m'adresse aussi directement les patients, et qui les met sur mon planning. »

Entretien n° 9, Femme, 30-35 ans,
IPA en MSP et en cabinet

L'intervention directe du médecin permet d'intégrer l'IPA au plan de soins et de pallier les difficultés présentées ci-dessus. L'autorité forte dont les médecins sont dotés leur permet de construire la prise en charge par une infirmière de pratique avancée comme une composante essentielle des soins. Enfin, face à la forte attrition des patients à la suite des premiers rendez-vous, les IPA mettent en place des stratégies visant à fidéliser leur patientèle, en plaçant d'emblée le prochain rendez-vous lors des premières consultations :

« Enfin moi, ce que j'essaie de faire à chaque fois, c'est de donner les rendez-vous pour la fois d'après, directement avec le patient. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

« Ben, je donne, en fait avant, ils me rappelaient et en fait c'était une galère, j'avais l'impression d'être une vraie secrétaire, donc maintenant quand ils partent, ils ont leur rendez-vous pour la fois d'après. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

« Souvent, quand c'est le premier rendez-vous, oui, c'est le médecin qui donne le rendez-vous et puis après, moi, quand ils sortent de mon entretien, je redonne, j'essaie de redonner systématiquement un rendez-vous pour une prochaine fois, dans un délai plus ou moins long en fonction du patient. »

Entretien n° 11, Femme, 45-50 ans,
IPA en CDS

1.5.2. Un rapport socialement différencié aux activités transversales

Parmi les missions attribuées aux IPA se trouvent des activités dites « transversales ». Celles-ci se situent souvent en amont ou en aval des soins, sans contact direct avec le patient. Elles portent moins sur la prise en charge de certains patients et la coordination de leurs parcours que sur le soutien aux équipes, notamment *via* la formation continue, la mise en œuvre de projets collectifs ou la participation aux tâches administratives liées à la MSP ou à la CPTS :

« J'interviens auprès des équipes, ou dans les groupes plaies cicatrisation diabéto', moi, j'anime les groupes de travail sur les... l'idée c'est de faire augmenter les compétences des soignants, donc j'ai deux trois référents de chaque groupe dans chaque CPTS, et du coup, nous on travaille sur l'écriture des protocoles, la mise en place des documents des outils cliniques qu'on a besoin, j'anime des

soirées d'étude de cas cliniques, je suis vraiment dans l'accompagnement des professionnels de santé. Ça c'est vraiment mon rôle transversal d'IPA. »

Entretien n° 6, Femme, 40-45 ans,
IPA en CDS et mission de coordination

La plupart du temps, ces fonctions sont investies dans le cadre d'un emploi salarié. En effet, les IPA perçoivent le risque de se voir assigner des tâches de coordination – notamment au sein des MSP – sans être rémunérées pour le faire et alors que les structures d'exercice coordonné peuvent recevoir des financements dédiés pour assumer ces fonctions. Refuser ces missions de coordination apparaît comme un privilège réservé aux IPA qui parviennent à développer suffisamment leur activité libérale pour leur garantir un certain niveau de revenus, qui sans être celui espéré, permet néanmoins de refuser ce type de contrat lorsqu'il est proposé :

« Ils voulaient que je fasse de la coordination, que je prenne un poste à mi-temps [au sein de la CPTS] parce que je connais beaucoup, beaucoup de monde, et c'est ça qui les intéresse, c'est que je fais beaucoup les liens entre tout le monde. Mais j'ai refusé parce que j'ai pas le temps et, encore une fois, j'ai pas du tout envie d'être loin de mes patients, ça m'intéresse pas, et d'écrire des mails toute la journée, ça me plaît pas non plus. »

Entretien n° 10, Femme, 40-45 ans,
IPA en cabinet

Pour les IPA, l'investissement dans des fonctions transversales nécessite une appétence pour certaines tâches qui ne sont pas directement liées aux soins et qui font appel à d'autres compétences, peu ou pas mobilisées par elles dans le cadre de leur activité en tant qu'infirmière libérale. Ce goût semble se construire par l'expérience. En particulier, certaines IPA se sont retrouvées au front au moment de la pandémie, les amenant à participer à l'organisation à grande échelle du dépistage, puis de la vaccination :

« Alors avant de faire de la coordination pour le centre, je n'aurais jamais imaginé faire autre chose qu'IPA et des consultations cliniques. C'est vraiment parce que j'ai découvert... voilà, mon parcours a fait que j'ai fait de la coordination et qu'en fin de compte j'aime bien. »

Entretien n° 3, Femme, 40-45 ans,
IPA Asalée en MSP et mission de coordination

Si certaines IPA considèrent ces activités comme parties intégrantes de leur métier, elles restent parfois investies par défaut, dans la mesure où l'activité libérale n'apporte pas les gains espérés :

« Là, je débute les consultations ou les domiciles, en principe, je sais déjà comment organiser ma tournée pour que le temps soit quand même bien calibré. Vu que je réussis pas à combler mes journées, donc ce que je fais, c'est je me laisse des heures dans lesquelles je travaille un peu les projets transversaux, des trucs qu'on fait à côté, les actions de santé. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

1.5.3. Un rapport au temps plus épanouissant

Les consultations constituent l'espace le plus valorisé par les IPA. En particulier, elles mettent en avant le fait de pouvoir prendre le temps, leurs consultations durant généralement entre trente minutes et une heure :

« Ce qui me plaît le plus et ce qui me conforte, c'est que, bah, le peu de patients que j'ai pu voir ou revoir, c'est qu'en fait ils sont rassurés d'avoir quelqu'un qui a du temps pour eux, qu'ils peuvent voir [...] plus facilement, que le médecin, qui passe du temps avec eux, parce que le médecin c'est vrai qu'il a quinze minutes de consultation, voilà c'est les premiers retours que j'ai. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

« Exactement en fait, la temporalité, et c'est pour ça que je vous parle de ma réticente aussi à faire des consults d'une demi-heure, c'est qu'en fait pour moi, la plus-value elle est vraiment dans cette temporalité différente aussi, où les patients quand ils s'assoient aussi, ils sentent qu'il y a pas de stress, il y a pas de : "Allez vite, mettez-vous sur la table d'examen, donnez-moi les résultats de vos examens etc.". »

Entretien n° 7, Femme, 30-35 ans,
IPA Asalée en CDS

Les IPA intègrent ainsi dans leurs consultations des aspects ayant trait à la prévention, au dépistage et plus généralement à l'éducation pour la santé. Là où les consultations assurées par les médecins durent généralement quinze minutes – avec toutefois une variabilité importante selon les professionnels et les patients accueillis –, les IPA peuvent accorder un temps supplémentaire aux patients et leur proposer une prise en charge globale, reposant sur une vision extensive de la santé. Aux dires des IPA, les patients semblent se réjouir de ce type de consultations. Néanmoins, ils expriment certaines craintes :

« Après, eux [les médecins] me disent que, bah, c'est les patients qui sont plutôt réticents à être suivis par moi parce qu'ils ont peur d'être abandonnés par leur médecin traitant. »

Entretien n° 4, Femme, 40-45 ans,
IPA en MSP et Idel

« En principe, le patient il arrive chez moi un peu méfiant pour deux choses, méfiant parce qu'il sait pas ce qu'il fait là, ou des fois, il pense qu'il va voir un médecin, donc on m'appelle Docteur alors que voilà... Donc après, j'explique ce que je fais et c'est pas tout à fait bien compris au début, mais une fois qu'on a débuté la consultation, ils comprennent en fait, voilà. Et d'un autre côté, ils ont peur de payer. Donc voilà, mais moi je fais le tiers payant pour les rassurer dès le début. »

Entretien n° 5, Homme, 45-50 ans,
IPA en MSP et mission de coordination

Ces craintes portent à la fois sur le coût de cette prise en charge par rapport à des consultations médicales pour lesquelles ils bénéficient d'un remboursement partiel ou intégral selon leur couverture santé et leur mutuelle, et sur le statut de l'IPA par rapport à celui du médecin. Lorsque les patients saisissent la différence entre l'IPA et le médecin, ce qui n'est pas toujours le cas, ils peuvent aussi exprimer une crainte qui traduit leur attachement à leur médecin traitant.

PARTIE 2
La pratique avancée
au sein d'une maison de santé :
vers une nouvelle organisation
et division du travail

2.1. Une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) modèle ?

La MSP, qui a ouvert ses portes peu de temps avant l'épidémie du Covid en 2020, dispose au total de 28 professionnels de santé, dont 9 médecins généralistes. De nombreuses professions sont représentées au sein de la structure, puisqu'on retrouve des infirmières libérales, une infirmière déléguée à la santé publique, une IPA, des médiateurs en santé et une assistante sociale. Deux accueillantes sont placées à l'entrée et assurent une fonction de secrétariat. L'IPA joue aussi le rôle de coordinatrice de la structure. Si la situation sanitaire a contraint son déploiement initial, elle a aussi renforcé certaines dynamiques pluriprofessionnelles, en mettant en contact certains professionnels du territoire réunis dans une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) récemment créée. La MSP se situe dans une zone urbaine où l'offre de soins est insuffisante pour répondre aux besoins de la population. A l'instar d'autres territoires franciliens, le contexte démographique se trouve être particulièrement tendu avec une demande croissante liée à une population vieillissante et touchée par de nombreuses pathologies chroniques :

« [J] y a eu beaucoup de – et ça va continuer – de médecins qui vont être à la retraite là dans le quartier, qui ne sont pas remplacés. [...] Il y a quelques mois, il y a eu un afflux de patientèle à gérer, donc ils se sont dispatchés entre médecins, et l'IPA en a pris aussi en charge. »

Idel, femme

Sur le plan sociologique, la population accueillie au sein de la MSP apparaît très hétérogène, tant en termes d'âge que de classe sociale d'appartenance. Si une fraction non négligeable de la population apparaît socialement favorisée en raison des dynamiques d'installation au sein du quartier où est installée la MSP, une partie des patients pris en charge se trouve en situation de précarité :

« On va de l'artiste [...] au migrant, en passant par la femme isolée avec quatre enfants, le petit papi dans son... »

MG, n° 1, femme

« Ma patientèle est très mixte. Et il y a aussi un bouche-à-oreille qui fait que l'on va se créer une patientèle avec peut-être... Enfin, j'ai l'impression que par le bouche-à-oreille, j'ai pas mal de patients qui sont d'origine srilankaise ou indienne, et aussi une population que l'on voit beaucoup dans le XVIII^e, les mamans célibataires qui sont hébergées en foyer social, souvent originaires d'Afrique subsaharienne. Mais à côté de cela, je vais suivre des... Là, les petits que je suis actuellement sont essentiellement des petits de parents CSP+. »

MG, n° 2, femme

La plupart des médecins exercent à temps partiel au sein de la MSP, ce qui signifie qu'ils ne sont pas présents tous les jours entre les murs. Cette situation correspond aux dynamiques observées à plus large échelle en ce qui concerne l'exercice de la médecine générale, en lien avec les changements démographiques au sein de la spécialité et le développement de l'exercice pluriprofessionnel (Biais *et al.*, 2022). Cette pratique du temps partiel constitue parfois un obstacle au développement du travail pluriprofessionnel, en rendant plus difficile la possibilité de réunir l'ensemble des membres de la MSP :

« Donc, après tout le monde en général, pour être tous ensemble autour de la table, c'est une fois par mois, on essaye. Mais après, normalement, on essaye d'être une fois par semaine. Après, on était confrontés au temps partiel de chacun, qui est une culture... Moi, un truc nouveau pour moi, parce que quand on est dans une boîte, on est dans une boîte. Et en fait, dans le médical, non. Il y

a beaucoup de gens, dont [l'infirmière] Asalée, [l'IPA] elle-même, elles sont à temps partiel dans les structures. »

Médiateur en santé, homme

Cette question du temps partiel des professionnels de santé – notamment des médecins – pose aussi la question de la capacité de la maison de santé à absorber la demande de soins sur le territoire, sans imposer des délais particulièrement longs pour obtenir un rendez-vous. Alors que de nombreux médecins généralistes partent à la retraite engendrant un afflux de patientèle vers la MSP, les médecins qui y exercent ont temporairement décidé de ne plus prendre de nouveaux patients. En pratique, pourtant, certains médecins expliquent continuer à accepter ces demandes, afin d'éviter des ruptures de parcours :

« - Est-ce que vous prenez encore des nouveaux patients médecins traitants ?

- Oui, j'en accepte encore (elle sourit, gênée).

- Vous dites cela avec un sourire...

- Parce que, là, actuellement, on a décidé de fermer un peu le robinet – on va dire cela comme cela – mais j'accepte toujours quand on me demande. J'ai du mal à... Enfin voilà !

- À dire non ?

- A dire non, parce [sinon] les patients n'ont pas de solution. Après, je suis assez claire sur le fait qu'il y a du délai de prise de rendez-vous, plus j'aurai de patients, moins je serai disponible. »

MG, n° 2, femme

Pour faire face au déficit de soignants – omnipraticiens comme spécialistes – sur l'arrondissement, la MSP a choisi d'apporter des réponses organisationnelles. La division du travail vise en grande partie à libérer du temps médical en déléstant les médecins d'un certain nombre de tâches : organisation des prises de rendez-vous avec les patients, coordination avec les autres professionnels de santé, notamment les structures hospitalières, mise en place de l'éducation thérapeutique du patient en dehors des consultations, ou encore délégation de certains renouvellements selon des logiques sur lesquelles nous reviendrons plus loin. *A fortiori*, de nouvelles tâches se sont développées au sein de MSP dans le cadre de la participation à l'expérimentation Structure d'exercice coordonnée participatives (SecPa) autour de la médiation en santé. Tous ces éléments laissent entrevoir la possibilité d'accueillir, ponctuellement, les demandes de nouveaux patients :

« Alors, il y a cette grosse problématique de médecins traitants. Ce que l'on a fait là, c'est que l'on a fait une pause sur les demandes de médecins traitants, puisque l'on a des délais qui sont de trois semaines, qui ne sont pas tolérables pour un médecin généraliste. Donc, on absorbe si je puis dire les nouveaux patients, voilà, on stabilise les choses, et ensuite, quand ces délais seront plus raisonnables, on va rouvrir et je pense que l'on va faire ce genre de système. C'est-à-dire ouvrir, fermer, ouvrir, fermer, pour que cela soit convenable pour tout le monde. »

MG, n°1, femme

Néanmoins, l'arrivée de l'IPA au sein de la MSP est susceptible de changer la donne. En effet, elle semble avoir joué un rôle décisif dans ce processus puisqu'elle a déjà permis aux médecins de prendre de nouveaux patients, leur permettant de récupérer du « temps médical » en les déléstant de certaines prises en charge :

« Dans un premier temps, cela soulage, je dirais. Cela soulage parce que... Cela soulage, cela soutient, parce qu'elle est présente et je sais que je peux m'ap-

puyer sur elle s'il y a une problématique. Donc cela me dégage du temps moi pour recevoir et accepter de nouveaux patients. »

MG, n° 1, femme

Les demandes peuvent être hiérarchisées par les médecins, ces derniers opérant alors un tri parmi les patients en fonction des besoins exprimés par ces derniers ou appréhendés par les médecins lors de leur première rencontre. Les médecins vont alors privilégier les prises en charge où l'IPA peut intervenir :

« Pour moi, oui, essentiellement. Essentiellement de la gériatrie. Mais c'est ce qui me permet aussi d'accepter des nouveaux patients à domicile. Parce que je me sens plus apte à pouvoir les suivre sereinement et à, oui, à sécuriser le suivi en fait. Alors, que j'ai plus de patients, complexes. Que j'ai plus de patients complexes, parce que je me dis que l'on y arrivera quand même mieux. J'ai moins de craintes. »

MG n° 2, femme

En particulier, les médecins mettent ici en avant la réduction de l'incertitude inhérente aux situations complexes permise par l'intervention conjointe de différents professionnels.

2.1.1. Le travail pluriprofessionnel et le projet de santé

Les professionnels de santé exerçant au sein de la structure mettent en avant des relations de travail horizontales. Cette façon de travailler ensemble s'oppose aux normes hiérarchiques auxquelles les professionnels ont parfois été confrontés dans d'autres contextes de travail, à l'hôpital ou en soins primaires, ou à la façon dont ils se les représentent :

« C'est particulièrement plaisant de travailler ici parce qu'en fait, c'est très horizontal, il n'y a pas de hiérarchie, et à chaque fois qu'on doit prendre une décision pour la vie de la maison de santé, tout le monde s'exprime. Il n'y en a pas un qui veut prendre le pied sur l'autre, vous voyez, et ça se ressent aussi sur les prises en charge, c'est très fluide. Bon, ça fait un peu bisounours de dire ça ! Mais je trouve ça important de le souligner parce que ça n'est pas partout pareil et qu'il y a des égos et que c'est très, très plaisant, tout est très fluide. »

Idel, femme

« Alors, moi, je vois sur un truc, il n'y a pas de distance entre les pros, là, ici, c'est très à plat. Donc en fait, les questions techniques, en fait, on pourrait les poser aussi aux médecins. »

Médiateur en santé

Le travail collectif et pluriprofessionnel est ainsi très développé au sein de la MSP et tous les professionnels sont impliqués dans le projet de la santé porté par la structure depuis sa création. La mise en œuvre du projet de santé repose sur l'investissement de chacun, et la participation à certaines tâches, notamment celles de nature administrative, constitue un levier d'intégration possible pour les nouveaux arrivants :

« À l'époque, on était que huit médecins et une infirmière qui était installée, plus des infirmiers collaborateurs. L'équipe était moins grande ; et j'avais envie de prendre le poste de gérance pour pouvoir me... Comment dire ? M'intégrer plus à l'équipe. J'avais le sentiment que chacun avait sa mission propre pour faire tourner la MSP, et donc du coup, je me suis dit que cela pouvait être un bon biais de prendre cette responsabilité-là, et de comprendre un petit peu comment fonctionnaient les Sisa, les MSP... »

MG, n° 2, femme

Depuis sa création, la MSP accueille une Infirmière déléguée à la santé publique (IDSP), salariée de l'association Asalée. Celle-ci exerce à mi-temps au sein de la structure. En raison de ce temps-partiel, elle n'est plus en mesure de prendre en charge de nouveaux patients depuis plusieurs mois, alors que la demande d'éducation thérapeutique n'a pas diminué :

« - Est-ce que vous prenez encore des nouveaux patients ?

- Alors ici non, parce que je suis à mi-temps et qu'ils sont nombreux les médecins, comme vous avez pu le voir. Du coup, on est en train de recruter un autre poste, parce que moi je ne peux plus absorber, surtout si on veut s'investir parce qu'il y a effectivement l'accompagnement individuel mais quand on veut aussi s'investir plus largement sur le collectif avec l'équipe *et alimenter* aussi les projets de la MSP, c'est clairement pas suffisant d'être à mi-temps, donc là, on cherche, on agrandit. »

IDSP, femme

Afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre du projet de santé porté par la MSP, plusieurs tentatives ont eu lieu pour recruter une autre infirmière Asalée, mais les deux dernières embauches se sont soldées par un départ rapide des personnes recrutées. L'infirmière Asalée porte une vision extensive de la santé qui ne repose pas uniquement sur le soin, mais incorpore une démarche de promotion et d'éducation pour la santé. La mise en pratique d'une telle vision repose à la fois sur des séances individuelles et collectives :

« L'idée c'est d'accompagner les patients en soins primaires, secondaires et même tertiaires – alors initialement tertiaires avec l'éducation thérapeutique – donc je les accompagne en individuel, dans l'idée de les autonomiser sur leurs pathologies, sur leur parcours de soins, d'être plus efficient en santé, et aussi par des activités et des séances collectives, autour de divers sujets de santé. Du coup, je travaille beaucoup autour des patients diabétiques de type II, tout ce qui va être risques cardiovasculaires, le sevrage tabac, l'accompagnement au surpoids de l'enfant, et aussi beaucoup des dépistages type troubles cognitifs, voilà entre autres mon travail. »

IDSP, femme

Enfin, précisons que la MSP enquêtée cherche à se positionner à la pointe de la nouveauté en soins primaires. Ainsi, l'ensemble de l'équipe a participé aux dernières rencontres organisées par la Fédération des maisons de santé (AvecSanté), soit un événement susceptible de renforcer la culture pluriprofessionnelle des membres de la structure, mais aussi de les informer au sujet des réformes récentes. Celles-ci prennent de plus en plus la forme d'expérimentations s'appuyant sur des structures capables d'assumer certaines prises de risque :

« Là c'est plus de la partie coordo' [de l'IPA] mais, par exemple, on revient d'un congrès sur les maisons de santé [...]. Du coup il est probable que nous, les infirmières, allons participer à une expérimentation en paiement à l'heure et pas en paiement à l'acte. On en a parlé hier, elle a pris rendez-vous avec l'infirmière qui s'occupe de ce déploiement pour avoir une date de rencontre, donc elle peut nous aider aussi là-dessus. »

Idel, femme

Dans le même ordre d'idée, la MSP s'est lancée dans l'expérimentation Structure d'exercice coordonné participative (Secpa), ce qui s'est accompagnée du recrutement de nouveaux professionnels, notamment une assistante sociale et deux médiateurs en santé.

« Et donc, cela, il y a quand même des choses à faire. Notamment vulgariser | certains documents que l'on doit remettre aux patients, créer des ateliers à dé-

marches participatives, construire un réseau, et tout ce qui est réunions pour justement en discuter en coordination du soin pur. Et cela, c'est un temps qui n'est pas négligeable. »

MG, n° 1, femme

En pratique, l'expérimentation impose un changement de pratiques visant à favoriser la participation des usagers et à répondre à leurs besoins, au-delà de leur demande de soins, en intégrant d'autres professionnels à la prise en charge.

2.1.2. La place centrale de l'IPA au sein de la MSP

L'entretien avec l'IPA s'est déroulé lors de la première phase de l'enquête. A la suite de l'obtention de son diplôme en pratique avancée, elle s'implique en pleine pandémie dans la coordination d'un centre de dépistage du Covid, puis de vaccination, ce qui lui permet de tisser des liens avec les professionnels de l'arrondissement :

« Alors [l'IPA], on l'a connue – mais je pense que c'est ressorti des autres entretiens – *via* le centre de vaccination [de l'arrondissement], puisqu'elle en était coordinatrice. Et elle n'a pas qu'un rôle d'IPA au sein de [la MSP], elle est aussi coordinatrice. Donc elle a deux casquettes. »

MG, n° 2, femme

Recrutée pour devenir coordinatrice, elle a souhaité aussi exercer en complément une activité clinique, alors qu'elle venait d'obtenir son diplôme en pratique avancée :

« Moi, je me voyais intégrer une maison de santé pour pouvoir travailler comme je l'entendais et comme je voyais mon métier d'IPA. Donc je n'avais pas encore les contacts, donc j'ai commencé par être coordinatrice d'un centre de dépistage, donc au début à domicile, puis on a ouvert un centre de dépistage physique. Donc je travaillais pour la CPTS [...]. On a ouvert ensuite un centre de vaccination que j'ai coordonné aussi. Donc c'était deux grosses structures dans Paris et j'ai tissé des liens et beaucoup de connexions dans le XVIII^e et à Paris.

Ipa, femme

« - Et comment la décision a-t-elle été prise au sein de la MSP d'accueillir justement cette nouvelle profession etc. ? Est-ce que c'est une décision collective ?

- C'est une décision collective. Initialement, en fait, on voulait ... En fait, elle a deux casquettes [l'IPA], elle est coordinatrice et infirmière en pratique avancée. Donc c'était vraiment sur cette coordination qu'on la sollicitait. Mais elle, elle voulait faire aussi – alors je ne veux pas vous dire de bêtise – mais il me semble qu'elle voulait faire aussi un exercice d'être proche des patients. Et donc, elle avait cette casquette-là, et en fait, on a pris [l'IPA] avec ses deux casquettes. Donc avec sa casquette de coordination, ou là, c'est quand même, c'est simple ; et cette casquette là où il fallait l'intégrer dans le projet de santé. »

MG, n° 1, femme

L'IPA possède ainsi une double mission au sein de la structure qui lui permet d'occuper une place centrale. Initialement, elle lance son activité en pratique avancée en libéral, dans la continuité de son exercice antérieur, mais elle peine à atteindre des revenus suffisants. Face à ce constat, elle a rejoint l'association Asalée, mais elle prévoit finalement de retenter sa chance en libéral prochainement, considérant que l'avenant 9 de la nouvelle convention signée avec l'Assurance maladie pourrait changer la donne, d'autant plus qu'elle travaille désormais avec l'ensemble des médecins de la MSP, ce qui lui garantit un flux de patients.

Son arrivée semble avoir été poussée par un des médecins de la MSP avec laquelle elle travaillait de façon rapprochée au centre de dépistage et de vaccination du Covid. Néanmoins, la décision de l'accueillir a été prise de façon collégiale, même si son arrivée a pu susciter des interrogations du côté des médecins (voir ci-dessous) :

« Non, je pense que cela s'est fait par le biais d'une des médecins qui travaillait aussi pour le centre de vaccination [...]. Voilà, la décision s'est faite sur un été, assez rapidement. Je pense que l'on avait compris, on avait conscience du potentiel de [l'IPA] et de ce qu'elle pouvait apporter à la structure. »

MG, n° 2, femme

Son rôle de coordinatrice lui confère du pouvoir tant au sein de la structure, en étant l'une des garantes de la dynamique collective, qu'à l'extérieur, en gérant notamment les relations avec les autorités sanitaires.

2.2. Le binôme médecin-IPA : des craintes initiales rapidement dissipées

Comme l'a souligné le premier volet de l'enquête, une grande partie du travail réalisé par les IPA dépend de celui opéré par les médecins en amont. Le travail en MSP façonne chez les médecins généralistes une propension des médecins généralistes à déléguer une partie de leur activité à d'autres professionnels installés au sein de la structure, soit en fonction de leur expertise propre, soit car ils sont capables d'assurer des tâches techniques autrefois réalisés par des médecins. Ce processus de socialisation en poste reste largement informel et procède par entraînement et répétition, voire par observations du travail de leurs collègues. Si cette façon d'envisager l'organisation du travail existe déjà chez les médecins de la structure et les prédispose *a priori* à déléguer certaines tâches à l'IPA, l'arrivée d'une nouvelle professionnelle ne va pas nécessairement de soi, et suscite des questions sur la bonne manière de l'intégrer. Ces craintes se trouvent toutefois rapidement dissipées dans la mesure où les médecins s'appuient sur la pratique avancée selon leurs besoins.

2.2.1. Une inclination à déléguer déjà existante chez les médecins qui se renforce

Chez les deux médecins interrogés, l'arrivée d'une IPA a suscité des questions au sujet de son intégration, quand bien même celle-ci avait été préalablement acceptée, voire encouragée. Dans le contexte d'une MSP au sein de laquelle la répartition des tâches a déjà été repensée, le travail avec une IPA ne va pourtant pas de soi dans la mesure où elle perturbe une organisation déjà bien huilée :

« Alors au départ, c'était très flou. C'était très incertain, c'était... Je ne savais pas quel était son rôle et ce qu'elle allait m'apporter, et ce qu'elle allait apporter aux patients, usagers – je ne sais pas comment vous voulez qu'on les appelle – citoyens. Donc c'est comme quand l'infirmière Asalée a débuté, c'est-à-dire que l'on ne savait pas à quel moment on pouvait orienter, comment on l'orientait. »

MG, n° 1, femme

« J'en avais entendu parler effectivement avant, et la manière dont j'en avais entendu parler avant, j'ai eu du mal à savoir comment elle pouvait s'intégrer dans une équipe. Mais finalement... Mais parce qu'aussi, à ce moment-là, je n'exerçais pas en maison de santé pluriprofessionnelle, je remplaçais des médecins qui exerçaient en cabinet seuls. »

MG, n° 2, femme

Ces deux extraits laissent transparaître la rupture indispensable avec le rôle auquel ont été socialisés les médecins généralistes lors de leurs études puis dans leurs premières années d'exercice. Exerçant de manière isolée, la délégation d'une partie de leur activité à d'autres professionnels leur semble loin d'être évidente. Cette situation d'appréhension n'est pas propre à la pratique avancée, mais caractérise aussi d'autres segments de la profession infirmière, notamment celles qui sont déléguées à la santé publique (Fournier *et al.*, 2018), comme le souligne le premier entretien. À ce titre, cette façon d'exercer la médecine générale en s'appuyant sur d'autres groupes professionnels suppose une transformation chez les médecins, que l'on peut imaginer plus ou moins facile à réaliser selon le professionnel concerné et ses propriétés sociales :

« C'est comment faire pour qu'elle intègre le projet et qu'elle soit en continuité avec nous. Parce que nous, on a – alors je ne suis pas vieille pourtant – mais

on a eu cet exercice de... Le médecin en consultation, il est tout seul ou il gère ce qu'il peut gérer, et il se dépatouille comme il peut. Et en fait, on a appris à dégainer notre téléphone pour nos rendez-vous pour le patient si besoin, on a appris à avoir une heure de retard parce que l'on essaye d'expliquer une ordonnance ou la priorité d'un examen sur un autre, et en fait, cela peut être fait par quelqu'un d'autre. »

MG, n° 1, femme

Dans le cadre des deux médecins interrogés, la transformation de *l'ethos* professionnel semble permise en premier lieu par l'installation en MSP. Celle-ci façonne chez les médecins généralistes une culture de la délégation dans la mesure où ils côtoient quotidiennement d'autres groupes professionnels. Cet apprentissage passe à la fois par l'observation de ce que font leurs collègues médecins, puis par essai direct, et enfin par la répétition dans le temps de ces situations. En pratique, les médecins ont déjà pris l'habitude de déléguer un certain nombre de tâches concernant la gestion des rendez-vous, la coordination des soins ou encore l'éducation thérapeutique du patient :

« Alors c'est vrai que l'on – en tout cas pour ma part –, je délègue cela parce que tout ce qui est environnement, activité physique... Même si je l'évoque, mais je ne vais pas m'attarder puisqu'il y a justement ces professionnels qui peuvent m'aider, et que voilà, je préfère déléguer et m'attarder vraiment sur du médical. Enfin, sur quelque chose que je sais faire moi et que les autres ne savent pas faire. [...] Donc cela, je me souviens très bien de ce moment là où c'était un gros flottement, où c'était houla, qu'est-ce que c'est ? Il y a encore quelqu'un qui va s'intégrer, enfin qui va rentrer dans la chaîne, donc cela fait des correspondants multiples. »

MG, n° 1, femme

Ces craintes initiales se trouvent toutefois rapidement dépassées par ces médecins prédisposés à travailler avec une IPA, à partir du moment où ils se rendent compte de l'aide que peut leur fournir l'IPA dans le cadre de certaines prises en charge.

2.2.2. Des avantages multiples au travail avec une IPA constatés par les médecins

Les médecins interrogés trouvent finalement de nombreux avantages au travail avec une IPA. Le plus évident réside dans la possibilité d'accueillir de nouveaux patients, comme on l'a déjà souligné mais, plus globalement, de se recentrer sur les aspects les plus curatifs du travail médical, à savoir le diagnostic et la prescription, qui sont aussi les activités les plus valorisées symboliquement :

« - Vous y trouvez, du coup, beaucoup de positif ? [à travailler avec une IPA]

- Oui parce que cela nous délègue du temps, on peut prendre d'autres patients en consultation, on peut vraiment axer nous, notre exercice sur la médecine, enfin ce sur quoi on est formés. »

MG, n° 1, femme

Néanmoins, ces bénéfices s'étendent aussi à d'autres aspects du travail médical et contribuent, de leur point de vue, à une amélioration des prises en charge dispensées tout en apportant des éléments positifs aux patients. On peut penser ici à la ponctualité des rendez-vous, grâce à la délégation de tâches de coordination, ou plus globalement à la coordination des soins, en évitant les ruptures dans les parcours :

« Ah oui, oui ! Cela me permet aussi d'être à l'heure dans mes rendez-vous, de respecter cela, et donc d'avoir un certain confort psychique. Dans ma pratique... Et cela donne un autre regard en fait, et cela permet justement d'améliorer le parcours de soins. Donc, à la fois pour moi, c'est un plus, à la fois pour l'usager patient, c'est un plus. Donc c'est un plus pour tout le monde. »

MG, n° 1, femme

Enfin, à l'instar d'autres professionnels, la prise en charge partagée avec d'autres collègues constitue un moyen de réduire l'incertitude inhérente à celles qui sont particulièrement complexes, comme nous le verrons plus tard.

2.2.3. Des échanges formels et informels qui dépendent de chaque médecin

Les médecins gardent toutefois un certain contrôle sur les prises en charge selon deux logiques complémentaires. D'abord, ils continuent de voir les patients suivis par l'IPA, bien que les rendez-vous soient plus ponctuels. En cela, il garde un rôle de « pivot » des parcours de soins (Morize et Schlegel, 2023) :

« Cette responsabilité, la responsabilité que j'ai en tant que médecin référent, il faut que je la garde. Et je ne peux pas tout déléguer à [l'IPA] parce que déjà, ce n'est pas son travail, ce n'est pas son métier, et c'est indispensable. »

MG, n° 1, femme

Ensuite, ils organisent des temps d'échange réguliers avec l'IPA au sujet des patients qui sont suivis à la fois par un médecin et par l'IPA, dans l'optique d'échanger des informations et de sécuriser les parcours de soins. Ces derniers peuvent être balisés et avoir lieu de façon récurrente, comme c'est le cas pour l'une des médecins rencontrés :

« - Par contre, ce qui est indispensable, c'est notre rendez-vous hebdomadaire où on débriefe les patients [en] binôme.
- En bilatéral avec chaque médecin du coup ?
- Oui, elle et moi, oui. Alors non, je ne sais pas comment elle fait avec les autres. Mais je sais qu'avec, toutes les deux on le fait, et il est indispensable ce temps-là. »

MG, n° 1, femme

D'autres médecins privilégient des temps informels, en complément de ceux prévus dans le cadre de l'expérimentation Structures d'exercice coordonné participatives (Secpa) dans laquelle des « listes » de patients sont discutées par l'ensemble des professionnels de façon régulière :

« Je suis un peu plus bordélique peut-être que mes autres confrères. Donc on a quand même un temps de liste patients pour les... Vraiment un temps dédié, mais cela c'est pour les patients qui rentrent dans l'expérimentation Secpa. Donc en fait, en théorie, ce sont les patients les plus compliqués. Enfin, compliqués en médico-psychosocial, dans toutes les dimensions. Sinon, pour l'instant, on est surtout sur du temps informel, je n'ai pas de... »

MG, n° 2, femme

Ces temps apparaissent surtout importants pour la coordination des parcours de soins et rassurer les médecins sur le suivi de leurs patients.

2.2.4. Un changement de logique : une patientèle partagée avec l'IPA

En creux, ce qui transparait dans le discours des deux médecins c'est un changement de logique profond, changement qui se trouve davantage accompagné par l'IPA et non sus-cité. En effet, au sein des MSP, les patients dépendent de moins en moins d'un médecin en particulier que de l'équipe médicale, voire de l'ensemble des professionnels de la structure, dans le cadre de la redéfinition des tâches de chacun, comme le souligne cette infirmière généraliste qui évoque les effets organisationnels de l'arrivée de nouveaux professionnels en termes de gain de temps :

« Maintenant, on a recruté aussi une assistante sociale en temps plein, des médiateurs en santé et tout ça fluidifie énormément nos prises en charge, ça raccourcit tout ce qu'il y a à faire chez des gens qui sont polyopathologiques isolés, âgés, troubles cognitifs, tout est beaucoup plus fluide depuis l'arrivée de tout le monde. »

Idel, femme

L'IPA est ainsi présentée aux patients par les médecins comme une « super infirmière » pour reprendre l'expression employée par l'un d'entre eux – entretenant ainsi un flou dans la mesure où ses compétences sont mises en avant, sans toutefois faire référence à son nouveau statut et à la formation reçue – qui participera à la prise en charge, sans pour autant se substituer au médecin généraliste :

« Je dis que [l'IPA] qui est une infirmière en pratique avancée, cela veut dire que c'est une super infirmière, qui m'aide dans la prise en charge et dans le parcours de soins. Alors après, j'adapte en fonction des niveaux de compréhension, mais qu'elle est mon bras droit et que là, on a besoin d'elle pour avancer, et pour que sa santé soit au mieux. Alors c'est à 90 % des patients, c'est bien accepté. Il y en a qui refusent parce qu'ils veulent rester avec moi et que c'est que moi, et que... Bon. Mais parfois, j'insiste. »

MG, n° 1, femme

Comme le souligne cette médecin, le suivi par l'IPA semble globalement bien accepté par les patients. Néanmoins, cette évolution de la profession infirmière étant particulièrement récente, les patients ne saisissent pas toujours d'emblée à qui ils ont à faire lorsque les médecins les envoient vers une infirmière de pratique avancée :

« - Et vous avez l'impression que c'est bien accepté ?

- Oui, jusqu'à présent, oui. Honnêtement, mes patients que j'ai pu adresser, qui ne parlent pas très bien le français, je ne suis pas sûre qu'ils aient tout à fait compris le concept de l'IPA quand je leur présente. Les personnes à domicile un peu plus âgées, je pense aussi que c'est un peu compliqué de faire le distinguo entre une infirmière de soins libérale et une infirmière de pratique avancée. C'est plus à l'usage qu'ils se rendent compte des différences que cela apporte. »

MG n° 2, femme

C'est finalement l'expérience des différents groupes professionnels par les patients qui leur permet effectivement de savoir quelles sont les tâches réalisées par chacun des professionnels auxquels ils sont confrontés.

2.3. Pour les paramédicaux : une plus grande proximité symbolique facilite les échanges

En MSP, l'intervention de l'IPA ne se limite pas au seul travail avec les médecins. En effet, elle est amenée à exercer avec l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la MSP. On se focalise ici sur quatre professionnels interrogés : une infirmière généraliste, une infirmière Asalée et deux médiateurs en santé.

2.3.1. Entre disponibilité et proximité : un recours facilité à l'IPA

Les professionnels paramédicaux partagent un sentiment proche à l'égard de leur travail avec l'IPA. En particulier, ils soulignent sa disponibilité, dans la mesure où elle passe moins de temps en consultation :

« En fait, je pense qu'on ose plus, on va dire déranger [l'IPA] que les médecins qui sont en consultation. Parce que [l'IPA] a toute une partie coordo, elle fait souvent des tâches administratives, elle n'est pas toute la semaine en entretien, je sais qu'elle a des plages dédiées à ça, des plages d'entretiens avec ses patients, mais moi j'ai plus de facilité à transmettre des infos sur des patients, sur une patientèle commune à [l'IPA] qu'aux médecins. »

Idel, femme

Au-delà de la disponibilité temporelle de l'IPA en comparaison de celle des médecins, la proximité symbolique permet aussi aux professionnels paramédicaux de la « déranger » plus facilement, les relations professionnelles se doublant de sentiments amicaux. A ce titre, sans nier la pacification des relations de travail et l'absence d'une hiérarchie explicite entre les membres de la MSP, les médecins sont moins susceptibles d'être dérangés, dans la mesure où leur temps est désormais considéré par tous comme une denrée rare. L'expertise de l'IPA reste toutefois particulièrement valorisée, notamment sur le plan médical, car elle possède de nombreuses connaissances tirées de sa formation et de son expérience. Elle peut ainsi devenir l'interlocutrice privilégiée grâce à sa disponibilité perçue :

« Et du coup, elle est souvent – en tout cas, moi – c'est souvent mon interlocutrice sur le plan médical. Quand j'ai des questions ou des choses, c'est souvent plutôt elle que je vais voir. Alors les médecins aussi, mais du coup, c'est vrai que c'est intéressant parce qu'on l'a tout le temps sous le bras, quand elle est là. »

Médiatrice en santé

Cette sollicitation de l'IPA peut ensuite se matérialiser sous la forme d'une ordonnance, nécessaire pour l'obtention et le remboursement de certains traitements du côté des patients. Solliciter l'IPA plutôt que le médecin permet *alors* de gagner du temps pour les professionnels paramédicaux dont l'action reste déterminée en amont par des décrets de compétences qui définissent précisément ce qu'il est possible de faire ou non :

« Et après, ce qui est plutôt pratique aussi c'est que, dans le quotidien, on est devant une situation qui nécessite on va dire une ordonnance médicale qu'on n'a pas, elle nous fait des... elle nous dit au téléphone ce qu'il faut faire, et on réactualise, le lendemain on a l'ordonnance qu'il faut. Ça permet par exemple sur de l'insuline rapide, pour un diabétique, qui est trop élevé, son taux de glycémie est trop élevé, on a juste besoin d'un accord en fait on sait quoi faire. On a juste besoin d'un accord au lieu de passer par le médecin traitant qui sera peut-être injoignable, elle est là, elle s'occupe aussi du même patient donc voilà. »

Idel, femme

Néanmoins, l'IPA reste contrainte dans ses prescriptions par le cadre réglementaire. Par exemple, elle ne peut pas prescrire de soins infirmiers à domicile, ce qui détermine aussi en partie la nature et le sens de ses relations avec les infirmières libérales.

2.3.2. Une relation de confiance qui permet de réduire l'incertitude des prises en charge

En devenant une interlocutrice privilégiée sur le versant médical, l'IPA contribue à réduire l'incertitude qui se dégage de certaines prises en charge du point de vue des acteurs paramédicaux. L'idée d'une prise en charge « partagée » entre plusieurs professionnels permet ainsi d'instaurer une relation de confiance réciproque entre les différentes parties prenantes et de valorisation des expertises :

« Et c'est vrai que là, le fait d'être dans une MSP avec des médecins qui sont effectivement très accessibles, mais aussi avec l'IPA, cela permet quand même d'avoir – je ne sais pas comment expliquer... Moi, cela me rassure, parce que je sais que quand il y a un suivi avec [l'IPA], je peux toujours m'appuyer sur elle sur des questions qui sont plus [médicales] »

| Médiatrice en santé

« J'ai confiance, oui, ça ne m'est jamais arrivé, c'est bien d'en discuter avec vous aujourd'hui mais ça ne m'est jamais arrivé par exemple de me dire, elle introduit un médoc' ou on change une posologie, j'ai peur pour les iatrogénies ou j'ai peur des effets secondaires. Non, ça ne m'a jamais traversé l'esprit avec [l'IPA], j'ai absolument confiance en ce qu'elle fait. »

| Idel, femme

Les compétences et les connaissances de l'IPA sont pleinement reconnues par les paramédicaux, ce qui leur permet de s'appuyer sur elle dans un grand nombre de situations et de mobiliser son expérience.

2.4. Une nouvelle division du travail : ne plus faire, faire moins, faire autrement

La MSP donne ainsi à voir une nouvelle organisation du travail qui présente différentes caractéristiques remarquables. D'abord, on observe une division croissante du travail. Là où les tâches ont longtemps été concentrées entre les mains d'une personne – le médecin –, elles sont aujourd'hui réparties entre différents groupes professionnels ainsi placés en situation d'interdépendance. Ensuite, cette division du travail est le produit d'une négociation menée à l'échelle locale. En d'autres termes, rien ne dit que le faisceau de tâches des IPA est le même d'une MSP à l'autre, comme le laisse entrevoir la première phase de l'enquête. Enfin, sans contredire cette dernière affirmation, cette nouvelle organisation du travail vient matérialiser certaines tendances de fond observées dans d'autres structures libérales : le recentrement des médecins généralistes sur des tâches curatives et le développement des missions de santé publique et leur appropriation par des professionnels paramédicaux (Morize et Schlegel, 2023).

2.4.1. Une nouvelle répartition des tâches spontanée

Un premier résultat tiré de l'enquête réside dans le caractère spontané de la nouvelle division du travail mise en place. Celle-ci a été entérinée sans susciter de débats :

« - Comment est-ce que vous avez décidé cette répartition des tâches ?
- Ça s'est fait comme ça, très naturellement. »
Idel, femme

Le caractère « naturel » de cette réorganisation mérite toutefois d'être relativisé. En pratique, l'IPA est d'abord venue informer les professionnels de santé au sujet de son rôle au moyen d'une présentation PowerPoint, ce qui a pu faciliter son intégration, quand bien même celle-ci a suscité des questions du côté des médecins (voir ci-dessus). Selon une des médecins interrogés, la répartition des tâches serait variable selon leur nature et le moment où elles doivent être réalisés, garantissant une grande souplesse :

« Mais en fait, je sais que je peux compter sur elle, j'ai confiance en son exercice – ce qui est quand même primordial – on arrive, on communique de manière fluide. Même si on n'a pas mis des bases avant, enfin même si on ne s'adapte. Parfois c'est elle qui me dit : "Tu fais cela, cela serait cool de faire cela". Parfois, je lui dis : "Cela serait bien". Parfois on dit : "Peut-être qu'il faut que l'on sollicite une autre personne". Ce n'est pas un schéma fixe en fait. »
MG, n° 1, femme

En pratique, la façon dont se structurent les échanges entre ces deux groupes professionnels souligne toutefois que la nouvelle répartition des tâches se fait davantage selon les besoins des médecins qu'en fonction de ceux des IPA et pour pallier les difficultés rencontrées par une extension croissante du faisceau de tâches des paramédicaux, comme nous le verrons par la suite.

La question de la division du travail entre l'IDSP et l'IPA soulève davantage de questions, d'autant plus qu'elles se trouvent être toutes les deux salariées de l'association Asalée au sein de la MSP enquêtée. La division du travail a ainsi fait l'objet d'une véritable négociation. Rappelons que Asalée est un dispositif expérimental qui existe depuis 2004. Or, comme on l'a souligné dans la première partie de ce rapport, il peut exister une relative superposi-

tion des tâches entre les deux professionnels. Ces débats existent au sein de l'association, dans la mesure où de nombreuses IPA se forment auprès d'une IDSP, en raison de l'absence d'un nombre de lieux de stage suffisant, d'une part, et qu'elles se dirigent vers Asalée une fois leur formation terminée, faute de revenus suffisants en libéral, d'autre part :

« Est-ce que vous vous aviez entendu parler de la pratique avancée avant [l'IPA] ?
- Oui puisque, du coup, ce sujet est un long sujet enfin d'Asalée, mais en fait, nous, avant qu'il y ait les premières promos, on recevait justement les élèves IPA puisqu'il n'y avait rien qui s'apparentait en stage en ville. Donc, oui, c'est un sujet qu'on connaît depuis longtemps, et il y a toujours ce fameux débat de : est-ce que l'infirmière Asalée est une infirmière de pratique avancée ou est-ce que l'infirmière Asalée a avancé ses pratiques mais ne fait pas de la pratique avancée, l'éternelle question [rires] ».

IDSP, femme

Si l'IDSP pose ici la question de la superposition des deux dispositifs de manière claire, elle y répond d'une façon tout aussi tranchée : chacune possède sa propre expertise et surtout une appétence pour certaines dimensions du travail infirmier. Ainsi, la division du travail repose sur la complémentarité entre les deux professions :

« Après, quand elle est arrivée au sein de la MSP, l'idée c'est qu'on a pris un moment pour échanger sur comment on visualisait l'accompagnement des patients ensemble, comment on allait articuler nos pratiques, et en fait, il s'avère qu'on est totalement complémentaires sur ce qu'on propose et nos centres d'intérêt professionnels donc du coup. »

IDSP, femme

Leurs aspirations respectives apparaissent comme le produit de leurs expériences passées. En l'occurrence, l'IPA souhaite s'investir tout particulièrement sur le registre médical et mettre à profit sa formation en pratique avancée, centrée sur les aspects cliniques.

2.4.2. Des actes progressivement délaissés par les médecins recentrés

Du côté des médecins, on observe un serrement du faisceau de tâches autour de leur rôle curatif, comme on l'a déjà montré dans d'autres MSP (Morize et Schlegel, 2023). En pratique, le travail avec l'IPA conduit à l'abandon de nombreuses tâches :

« Alors, je fais moins les renouvellements de traitement chez les patients qui sont stables. Cela, je le dis au patient : "Là, on ne va pas se revoir tous les trois mois, vous allez voir [l'IPA]". Je reste disponible, je laisse la porte ouverte mais... Je ne fais plus tout ce qui est administratif, tout ce qui est remplissage d'Apa [Allocation personnalisée d'autonomie], gestion des personnes âgées au domicile, évaluer les risques de fragilité etc. Je ne fais plus... Alors, les ordonnances, je les explique mais je les explique une fois. Si je vois que cela beugue, c'est [l'IPA]. Sur l'explication des dépistages, c'est [l'IPA]. Je le fais une fois, et si je vois que c'est compliqué à intégrer, c'est [l'IPA] qui prend le relais ».

MG, n° 1, femme

« Par exemple, je ne vais plus faire les évaluations neurocognitives, les MMS [Mini-Mental state examination], les tests de l'horloge. Parce que du coup, cela va me faire aussi gagner du temps, et cela va me permettre de faire d'autres choses, de voir d'autres patients. Qu'est-ce que je ne ferai plus ? Plus du tout ? Non, à part cela, je ne vois pas. Comme cela, je ne vois pas. »

MG n° 2, femme

Les médecins n'abandonnent pas n'importe quelles tâches comme l'illustre ces deux citations. On retrouve de prime abord ce qui est prévu d'un point de vue réglementaire, à savoir le renouvellement d'ordonnance pour des patients stabilisés.

Dans ce cadre, les médecins se considèrent eux-mêmes comme partiellement substituables dans ces situations. La plus-value de leur intervention leur apparaît moindre au regard de ce que pourraient faire d'autres professionnels dont les consultations durent habituellement plus longtemps, leur conférant du temps pour « *expliquer l'ordonnance* ». Les formes de délégation des tâches qui s'opèrent concernent aussi d'autres aspects du travail de soins. Les exemples cités ci-dessus montrent que sont concernées certaines procédures administratives, la réalisation de différents dépistages ou encore d'explications liées à l'ordonnance. Sans être dépréciées par les médecins, ces différentes tâches sont considérées comme chronophages et s'éloignent de ce que les médecins considèrent comme le cœur de leur activité, à savoir le diagnostic et les prescriptions.

Néanmoins, les médecins gardent la main sur les parcours de soins : ces délégations restent ponctuelles et n'impliquent pas nécessairement un suivi sur le long terme de l'IPA :

« Après, pas forcément des patients qui nécessiteront un suivi. Quand c'est ponctuel pour une évaluation, cela va peut-être être une ou deux fois, et puis elle me fait un retour, et moi cela me permet après en consultation d'adapter les traitements, ou de prévoir des aides à domicile qu'il n'y avait pas avant. »

MG, n° 2, femme

Quand bien même certaines prises en charge s'inscrivent dans la durée, les médecins continuent de voir leurs patients lorsque des épisodes aigus surviennent, puis pour faire le point une fois le suivi IPA entamé.

2.4.3. Pour les Idel : un retour à la normale après une extension croissante de leur périmètre de tâche ?

La situation apparaît quelque peu différente lorsqu'on se penche sur la nouvelle répartition des tâches entre les IPA et les paramédicaux de la MSP. Ces derniers ont constaté, avant l'arrivée de l'IPA, une extension croissante de leur périmètre de tâches sur différents plans. L'intégration d'une IPA, mais aussi d'autres professionnels du secteur social, permettent alors de réinstaurer de l'ordre dans l'organisation du travail de soins :

« Mais nous, les infirmières en soins généraux, au contraire, on a besoin d'être suppléées parce qu'en fait il y a plein de tâches qu'on fait à domicile qu'on ne devrait pas, parce qu'il n'y a pas de référent administratif dans la famille, il n'y a pas de famille. Donc le fait d'avoir et des médiateurs, et des assistantes sociales, et une IPA, c'est une plus-value énorme. »

Idel, femme

D'un point de vue organisationnel, cela se traduit par une délégation à l'IPA des fonctions de coordination qui leur sont habituellement dévolues pour les patients en perte d'autonomie. Ces dernières, par leur nouveau statut, mais aussi leur expérience et leur réseau d'interconnaissance, constituent une ressource précieuse pour les autres professionnels afin d'accélérer certains processus :

« Oui, la gestion des rendez-vous, prendre des rendez-vous pour des patients, elle s'en occupe. Par exemple, s'il y a un patient qui a besoin d'avoir une radio, un examen, elle s'en occupe. Ce sont des choses qu'on pouvait faire avant, donc

oui, elle nous a soulagés de nos tâches où avant on faisait tout. Et c'est complémentaire aussi avec les médiateurs en santé qui peuvent aussi accompagner des patients à des rendez-vous, à l'extérieur voir des spécialistes, prendre des rendez-vous, aller à la pharmacie, tout ça est très, très complémentaire. »

Idel, femme

« Ah bah oui, je ne fais pas de coordination de rendez-vous, ça c'est clair. Avant, dans mes anciens boulots, j'ai travaillé sur des centres d'hébergement, j'étais en grande précarité en addicto'. Là, j'étais amenée à le faire, avant, j'étais en appartement de coordination thérapeutique, j'ai été amenée à le faire, là, je ne le fais plus »

Assistante sociale, femme

2.5. La structuration des logiques d'adressage entre l'IPA et les autres professionnels de la MSP

Regardons à présent comment s'organisent les relations entre l'IPA et les autres professionnels à partir des adressages de patients. De ce processus dépend l'activité des IPA, tant son contenu – quelles sont les situations à prendre charge – que le volume, ces deux éléments conditionnant la rémunération de l'IPA exerçant en libéral.

2.5.1. Du médecin vers l'IPA : une délégation selon les besoins des médecins

Comme le veut le cadre réglementaire, ce sont les médecins qui sont censés envoyer des patients aux infirmières de pratique avancée pour leur permettre de constituer une patientèle qu'elles seront amenées à rencontrer un certain nombre de fois, afin que le forfait soit suffisamment rémunérateur. Cette norme se trouve actuellement discutée dans le cadre des débats autour de l'accès direct de certains professionnels paramédicaux, notamment les IPA. Elle apparaît particulièrement structurante dans la mesure où les médecins déterminent en grande partie le travail fourni par les IPA en amont, en définissant les patients qui auront la possibilité d'accéder un suivi et donc le type d'activités que l'IPA sera amenée à réaliser. Par ailleurs, la présence de nombreux groupes professionnels au sein de la MSP contribue à accentuer la division du travail entre des professionnels possédant chacun leur expertise. Ce faisant, les médecins ont aussi la possibilité d'adresser des patients à d'autres professionnels, ce qui suggère, dans le cadre de notre étude cas, la nécessité de comprendre comment, au sein de la maison de santé, se structurent les logiques d'adressage.

Des « pathologies chroniques stabilisées » aux « patients complexes »

La mention « pathologies chroniques stabilisées » définit un ensemble de situations et de pathologies sur lesquelles les IPA sont susceptibles d'intervenir en lieu et place du médecin. Une partie des consultations dédiées au renouvellement des prescriptions est ainsi déléguée à l'IPA. En pratique, toutefois, les médecins s'éloignent explicitement de cette logique pour solliciter les IPA selon leurs propres besoins. Ces derniers varient à la fois selon les caractéristiques de leur patientèle, leur appétence pour certaines prises en charges ou au contraire leur absence pour celles-ci, et leur perception du rôle des IPA :

« Mais le patient diabétique qui gère ses traitements, qui comprend ce qui se passe, qui fait ses bio' en temps et en heure, non, je ne vais pas solliciter [l'IPA]. »
MG, n° 1, femme

Dans ce cadre, les médecins vont davantage solliciter l'IPA sur des situations « complexes », situations que chaque médecin va définir selon les problématiques auxquelles il est confronté. L'une des médecins interrogées explique ainsi avoir recours à l'IPA pour les patients âgés, en perte d'autonomie, souvent polypathologiques, et pour lesquels il est nécessaire d'organiser de façon régulière des visites à domicile :

« Alors, les patients que l'on a en commun avec [l'IPA], ce sont surtout des personnes âgées, notamment qui sont à domicile, que je vois à domicile. Ce qui permet d'avoir aussi un autre œil que le mien, parce qu'elle va avoir une vision, notamment du *nursing*, qui peut être différente de la mienne, de par son activité antérieure à l'hôpital. Donc cela, c'est très enrichissant, parce que du

coup, les réflexes qu'elle a – par exemple sur l'aménagement du domicile, sur le *nursing*, les aides qui peuvent être mises à la maison – moi je suis aussi plus vigilante là-dessus, et elle me fait partager son expérience si vous voulez. »

MG, n° 2, femme

La complémentarité entre les deux professionnelles est ici mise en avant. L'IPA, par son expérience du libéral et par ses visites à domicile, permet aux médecins d'obtenir des informations qui s'avèrent précieuses. En cela, cette dernière exprime sa satisfaction à prendre en charge des patient complexes dans de telles conditions qui permettent de réduire fortement l'incertitude :

« Alors, que [...] j'ai plus de patients complexes, parce que je me dis que l'on y arrivera quand même mieux. J'ai moins de craintes. »

MG, n° 2, femme

En pratique, il s'agit de poursuivre des visites à domicile pour des patients en perte d'autonomie, soit un format de consultations souvent peu apprécié par les médecins, dans la mesure où les déplacements prennent du temps que les médecins n'estiment pas avoir. L'arrivée de l'IPA permet ainsi de poursuivre ces consultations qui sont essentielles pour maintenir des personnes âgées au domicile.

Les médecins peuvent ainsi s'éloigner du cadre réglementaire pour solliciter l'IPA sur des situations aiguës. Là encore, le rôle de l'IPA et son périmètre d'intervention sont définis en miroir des besoins des médecins :

« Et là, en fait, je commence à ouvrir sur des choses qui sortent un petit peu du terrain si je puis dire. Notamment, cette maman avec le petit garçon asthmatique. Donc voilà, je pense que je teste, on teste aussi je pense les limites, jusqu'où cela peut aller. »

MG, n° 1, femme

Une deuxième grande logique d'adressage concerne ainsi les situations dans lesquelles les médecins se trouvent mis en difficulté. La complexité des prises en charge s'apprécie alors au regard des comportements du patient, comportements qui s'éloignent de ceux qui sont attendus de sa part. L'une des médecins évoque ainsi le fait de s'appuyer l'IPA lorsqu'un « *nuage* » se forme :

« Dès qu'en fait, j'ai vu qu'il y avait un petit nuage qui arrivait et qui assombrissait le parcours, je l'appelle. »

MG, n° 1, femme

« C'est quand le fameux nuage arrive. Et donc ce nuage, c'est quoi ? C'est quand je vois que la situation devient complexe parce qu'isolement, parce que ne comprend pas, parce que n'arrive pas à prendre les rendez-vous, ne gère pas bien ses traitements. Quand il y a une difficulté et une fragilité. »

MG, n° 1, femme

En l'occurrence, elle évoque un certain nombre de situations dans lesquelles le malade ne correspond pas à la figure du « bon patient » : absence de gestion autonome des rendez-vous, non-observance thérapeutique, manque de compréhension de la situation, etc. Recourir à l'IPA peut ainsi constituer un levier pour reprendre le fil de la prise en charge et faire respecter ces normes. Quant à l'autre médecin interrogée, elle explique, outre les personnes âgées en perte d'autonomie, orienter vers l'IPA les personnes qui ne parlent pas couramment le français :

« Ah oui, alors d'autres patients qu'elle voit ici en consultation, ce sont des patients diabétiques. Patients diabétiques, allophones. Enfin, clairement, il y a souvent une barrière de la langue ou une barrière de compréhension qui nécessite qu'il y ait un relais, une seconde personne, pour être sûre que les informations soient comprises, les ordonnances soient comprises, voilà. »

MG n° 2, femme

Cela ne signifie pas nécessairement que le médecin ne pourrait pas affronter seul cette difficulté, mais il peut estimer que faire face à ce problème lui prendrait trop de temps, dans un contexte où il en manque, ou que la prise en charge serait meilleure si plusieurs professionnels y participaient. Ainsi, les médecins généralistes tendent à délaissé progressivement certaines dimensions de leur travail pour se recentrer sur les aspects curatifs des prises en charge. Un tel constat se retrouve dans d'autres maisons de santé et apparaît comme le résultat des réformes des soins primaires (Morize et Schlegel, 2023).

Une gestion des rendez-vous facilitée par les médecins

Si l'IPA définit de façon autonome ses plages de consultations, les médecins ont par ailleurs la possibilité d'inscrire directement leurs patients sur l'agenda de l'IPA, dans la mesure où celle-ci fonctionne avec la plateforme Doctolib :

« Je prends même directement le rendez-vous sur son agenda, comme cela, elle va prendre contact avec le patient qui est bien sûr d'accord en amont. Ceux qui sont réticents, elle vient physiquement et on organise un truc pour qu'elle vienne physiquement et qu'elle se présente. Et en fait, c'est trop bien. C'est vraiment, c'est top quoi. »

MG, n° 1, femme

« Alors je peux inscrire moi-même le patient sur son emploi du temps, par contre pour certains patients, j'aime bien lui parler de la situation avant, pour être sûre qu'elle puisse le voir, que la prise en charge est indiquée en fait. »

MG n° 2, femme

Un tel processus semble faciliter la prise de rendez-vous pour l'IPA, comme nous l'avons vu dans la première partie de l'enquête, puisque cela lui évite de devoir réaliser une tâche supplémentaire, à savoir rappeler les patients pour organiser un rendez-vous. Cela n'exclut pas des échanges avec l'IPA avant l'inscription sur son agenda, comme l'illustre les deux citations ci-dessus. Alors que certains patients peuvent ainsi se montrer réticents initialement, les médecins peuvent proposer à l'IPA de venir se présenter, voire de réaliser une première consultation en binôme dans l'optique de rassurer les personnes suivies. De plus, des échanges en amont de la consultation peuvent aussi avoir lieu entre les professionnels de santé afin de transmettre les informations jugées pertinentes au sujet du malade, ou de s'assurer que l'IPA puisse intervenir, comme le montre la seconde citation.

Les problématiques médico-sociales et l'éducation thérapeutique : deux cas d'exclusion

Si l'organisation en MSP permet, aux dires des professionnels qui y exercent, de pacifier les relations de travail entre les groupes professionnels, la répartition des tâches entre les IDSP et l'IPA, d'une part, et entre l'assistante sociale et l'IPA, d'autre part, soulève des enjeux de territoire professionnel. En particulier, deux situations méritent qu'on s'y attarde. La première concerne les situations relevant du social, voire du médico-social. La présence d'une assistante sociale au sein de la structure permet de centraliser les demandes de prise en

charge et les situations complexes en raison des conditions de vie des patients qui relèvent de sa juridiction :

« Cela va être en fonction de la problématique qui ressort. Si c'est un patient qui n'a pas de logement, qui n'a pas de cuisine pour se faire à manger, cela va être assistante sociale pour déjà stabiliser le logement. »
MG, n° 1, femme

Si la répartition des tâches apparaît relativement claire sur le versant social, les questions autour de l'éducation du patient soulèvent des enjeux autour du périmètre de cette activité et son format. D'une part, les médecins revendiquent assurer une partie des tâches éducatives lors de leur consultation lorsqu'ils se trouvent face aux malades dans le cadre du colloque singulier. Le processus est alors moins formalisé et réduit à des aspects précis. D'autre part, l'IDSP est formée à l'éducation thérapeutique et peut accompagner les patients sur le temps long afin d'amorcer une transformation profonde et si possible durable de son mode de vie. Enfin, certaines IPA revendiquent un accompagnement qui se rapproche de celui proposé dans le cadre d'une éducation thérapeutique. Au sein de la MSP enquêtée, la division du travail est claire et les médecins orientent de façon privilégiée les patients pour lesquels ils identifient un besoin éducatif latent :

« Et pour Asalée, en fait, l'orientation Asalée, moi je le fais sur un patient diabétique qui a besoin d'aide sur tout ce qui gravite autour de lui. Donc cela va être l'activité physique, l'alimentation, la motivation dans ce sens-là et comprendre sa maladie. »
MG, n° 1, femme

Tout porte à croire que le degré de la complexité évalué par les médecins détermine l'orientation : les situations les plus « difficiles » sont confiées à l'IPA, tandis que les autres sont orientées vers l'IDSP. Cela ne signifie pas que cette dernière gère uniquement des cas simples, mais son périmètre d'intervention semble plus restreint :

« Honnêtement, c'est en fonction de l'autonomie du patient. Quand il y a un problème d'autonomie, de compréhension, de barrière de la langue, j'oriente vers [l'IPA]. Et par contre, enfin voilà, les patients qui ont des problématiques d'hypertension artérielle, de surpoids, de diabète, mais qui finalement ont... Oui, pour qui c'est plus simple [je les envoie vers Asalée]. »
MG, n° 2, femme

Cela se traduit, au sein de la patientèle suivie par l'IPA, par une surreprésentation des personnes âgées. En pratique, les choses semblent plus compliquées dans la mesure où l'IDSP ne prend plus de nouveaux patients, et ce depuis un long moment :

« On en fait quand même parce que, malheureusement, on n'a pas suffisamment d'infirmiers Asalée dans la structure. Actuellement, [l'IDSP] ne peut pas prendre de nouveaux patients. Et cela a été le cas pratiquement depuis l'ouverture en fait ».
MG, n° 2, femme

Cette organisation du travail se négocie localement entre les différents protagonistes impliqués, ce qui signifie que ces logiques d'adressage pourraient prendre une tout autre forme dans une autre MSP.

2.5.2. De l'Idel vers l'IPA : chercher un appui quand il n'y en a plus

Comme on l'a souligné auparavant, la proximité symbolique et l'existence de relations antérieures entre les Idel et l'IPA facilitent le travail mené ensemble, en évitant l'écueil de la concurrence entre les professionnels. L'Idel peut ainsi chercher un appui auprès de l'IPA dans des situations où, précisément, il n'y en a plus d'autre. C'est particulièrement le cas pour les personnes qu'elles rencontrent lors de leur tournée de soins, à la suite d'un épisode aigu, et qui n'ont pas – ou plus – de médecin traitant parfois depuis plusieurs mois. Dans ce cadre, elles peuvent mobiliser l'IPA, cette dernière se tournant alors vers les médecins de la maison de santé :

« Donc nous, ça arrive, heureusement pas souvent, mais quand on a une personne âgée qui est en rupture médicale, on appelle [l'IPA] en premier qui fait une première visite à domicile et, après, on en discute en équipe pour savoir quel médecin va être rattaché en binôme avec [l'IPA] sur ce patient. »

Idel, femme

L'IPA vient ici pallier l'absence de médecins sur le territoire et permet de réinscrire les patients qui ont des besoins médicaux importants et non couverts dans des parcours de soins. L'IPA se trouve néanmoins confrontée à un obstacle réglementaire puisqu'elle n'est pas autorisée à prescrire des soins infirmiers à domicile :

« Et ce qui est ridicule, c'est qu'elles ne peuvent pas – si je ne me trompe pas – prescrire des soins infirmiers à domicile, ça c'est ridicule, pourquoi ? Enfin je veux dire, j'aimerais bien savoir qui s'y oppose et qu'on m'explique pourquoi. Mais oui je suis complètement... enfin j'ai confiance en fait, voilà. »

Idel, femme

2.5.3. De l'IPA vers l'Infirmière déléguée à la santé publique (IDSP) mais non l'inverse

Les liens entre l'IPA et l'IDSP apparaissent plus ténus. En pratique, ce sont ici les médecins qui orientent vers l'une ou l'autre des professionnels selon la problématique identifiée et le degré de complexité du cas. Ainsi l'infirmière Asalée ne s'appuie pas directement sur l'IPA :

« Après, moi, spontanément, je n'oriente pas vers [l'IPA] puisque c'est vraiment les médecins avec [l'IPA]. »

IDSP, femme

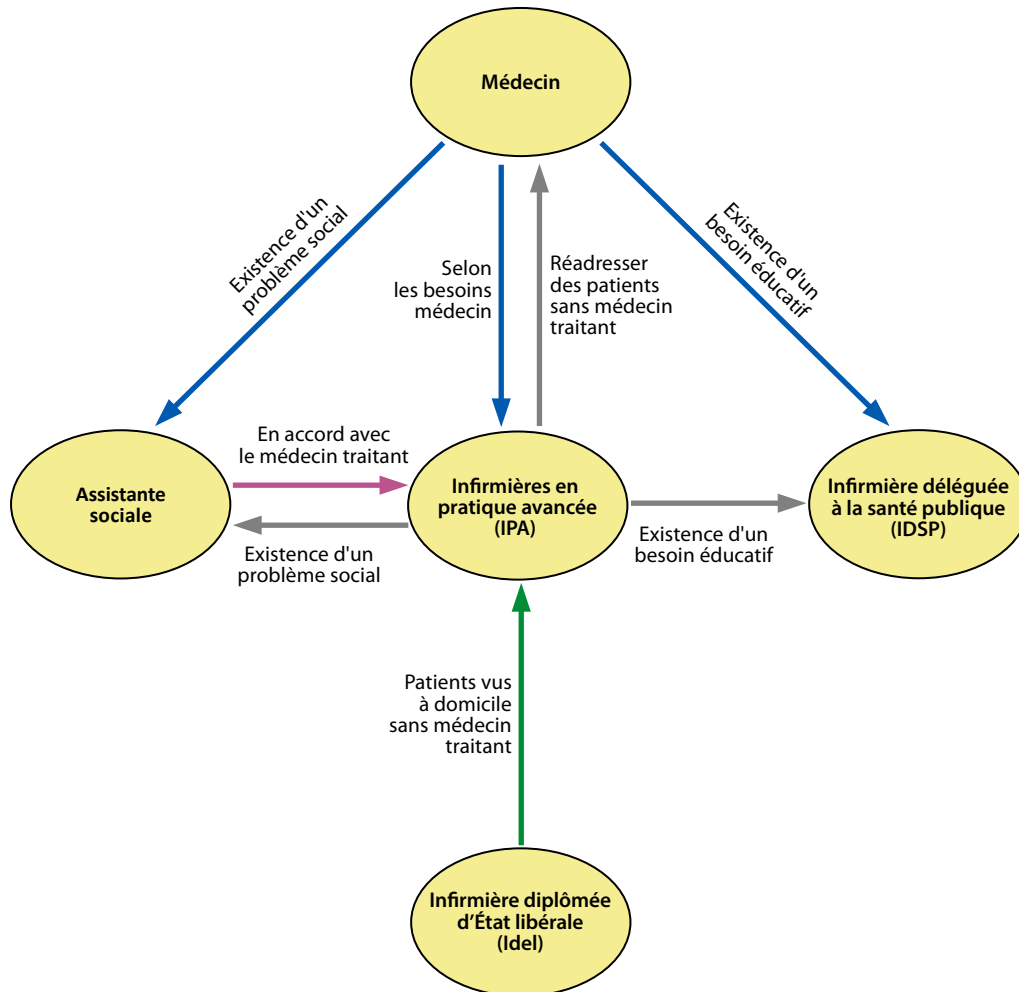
Néanmoins, l'IPA peut, quant à elle, avoir recours à l'infirmière Asalée dans le cadre des suivis qu'elle propose lorsqu'elle identifie un besoin éducatif :

« [l'IPA] elle n'était pas très ETP centrée, et moi je ne suis pas très médico-centrée, donc le complément est là. Il s'est fait naturellement et, après, moi j'anime pas mal de collectifs, donc c'est vraiment naturellement, ça s'est positionné. En fait, l'idée c'était qu'elle accompagne les patients d'un point de vue médical. Donc c'est vraiment une orientation du médecin à [l'IPA], et après [l'IPA], des fois, elle m'en oriente du coup quand elle voit qu'il y aurait des besoins d'ETP, donc ça s'articule assez bien. »

IDSP, femme

Etant donné qu'elle ne souhaite pas réaliser cette activité et qu'elle préfère se focaliser sur d'autres dimensions de la pratique avancée, elle se tourne vers l'IDSP pour tout ce qui relève de l'éducation du patient.

Synthèse des relations au sein de la MSP entre l'IPA et les autres professionnels



Conclusion

Le développement des IPA en soins primaires est actuellement ralenti par différents obstacles. Alors que la reprise des études traduit un investissement personnel, temporel et financier particulièrement important, les IPA constatent au début de leur exercice une dégradation de leurs conditions de travail. Celle-ci justifie bien souvent l'engagement des personnes interrogées dans une activité syndicale, quand bien même elles ne possèdent pas de culture militante. Au-delà du modèle économique qui pose des questions en tant que tel, les relations avec les autres groupes professionnels supposent, pour les IPA, un travail supplémentaire visant à construire leur périmètre d'activité sans empiéter sur celui des autres, tout en faisant reconnaître leurs droits, notamment en matière de prescription. Le cas de certaines infirmières laisse entrevoir quelques raisons d'espérer une amélioration, sous réserve de la réunion de certaines conditions. En particulier, il semble nécessaire de construire une collaboration poussée avec un ou plusieurs médecins, de manière à ce que celui-ci adresse, sans opérer un tri préalable, ses patients à l'IPA. Doté d'une autorité forte, le médecin possède la capacité d'accroître la légitimité de l'IPA en inscrivant lui-même les premiers rendez-vous avec l'IPA.

Bibliographie

- AUMARÉCHAL L., LEBEAU J.-P., LEBLEU M.** (2022). « Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 150, p. 66-78.
- AVRIL C., CARTIER M., SERRE D.** (2010). *Enquêter sur le travail : concepts, méthodes, récits*. Paris : La Découverte.
- BLOY G., RIGAL L.** (2012). « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique ». *Sociologie du travail*, n° 54 (4), p. 433-456.
- BOURGEOIS I., FOURNIER C.** (2020). « Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 167-193.
- BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUÈS J.** (2005). « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. » Irdes, *Questions d'économie de la Santé*, n° 96.
- BIAS M., CASSOU M., FRANC C.** (2022). « Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe ». Drees, *Études et Résultats*, n°1 229.
- CARTIER M., LECHIEN M.-H.** (2012). « Vous avez dit "relationnel" ? Comparer des métiers de service peu qualifiés féminins et masculins ». *Nouvelles questions féministes*, n° 31 (2), p. 32-48.
- CASTEL P.** (2008). « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie ». *Sciences sociales et santé*, n° 26 (1) p. 9-32.
- CASTERAN-SACRESTE B.** (2016). « Profil des infirmiers en formation en 2014 ». Drees, *Études & Résultats*, n° 982.
- CHAMPAGNE C., PAILHÉ A., SOLAZ A.** (2015). « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolution en 25 ans ? ». Insee, *Economie et statistique*, n° 478-479-480: 209-42.
- CHEVANDIER C.** (1997). *Les métiers de l'hôpital*. Paris : La Découverte.
- DÉPLAUDE M.-O.** (2019). « Le concours qui ne disait pas son nom. L'invention du *numerus clausus* de médecine (1968-1979) ». *Sociologie* n° 10 (2), p. 179-86.
- DEVICTOR J., BURNET E., HENRIOT T., LECLERCQ A., GANNE-CARRIE N., KILPATRICK K., JOVIC L.** (2022). "Implementing Advanced Practice Nursing in France: A Country-Wide Survey 2 Years after Its Introduction". *Nursing Open*, septembre. <https://doi.org/10.1002/nop2.1394>
- DIVAY S.** (2018). « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation ». *Sciences sociales et santé* n° 36 (1), p. 39-64.
- DOUGUET F., VILBROD A.** (2018). *Les infirmières libérales : une profession face au défi des soins à domicile*. Paris : Seli Arslan.

- EVERETT CHERRINGTON H.** (1996). *Le regard sociologique*. Essais choisis. Paris : Éd. de l'EHESS.
- FAUVET L., JAKOUBOVITCH S., MIKOL F.** (2015). « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé ». Drees, *Etudes et résultats*, n° 927.
- 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.
- 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, p. 11-31.
- JUVEN P.-A., PIERRU F., VINCENT F.** (2019). *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*. Paris : Raison d'agir.
- LAURENS S., SERRE D.** (2016). « Des agents de l'État interchangeables ? ». *Politix* n° 115 (3), p. 155-177.
- LONGCHAMP P., TOFFEL K., BÜHLMANN F., TAWFIK A.** (2018). « L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande ». *Revue française de sociologie* n° 59 (2), p. 219-258.
- LUAN L.** (2021). « 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.
- MONNERAUD L.** (2011). « Les médecins "promoteurs" dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce ». *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 276-298.
- MORIZE N., SCHLEGEL V.** (2023). « Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soins ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 275.
- RIOU B.** (2022). « Qui a peur des infirmier(ère)s en pratique avancée ? ». *Les Tribunes de la santé* n° 73 (3), p. 55-62.
- SCHLEGEL V.** (2022). « Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 273.
- SCHWEYER F.-X.** (2022) « La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier ». In *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, coordonné par Thomas Denise, Sophie Divay, Marie Dos Santos, Cécile Fournier, Lucile Girard, et Aymeric Luneau. Paris : Irdes, (collection Ouvrages, série Sociologie), p. 195-206.
- SCHWEYER F.-X.** (2019). « Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation ». *Journal de gestion et d'économie de la santé* n° 37 (1), p. 33-53.
- SUCHIER M., MICHEL L.** (2021). « Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires ». Irdes, *Questions d'économie de la Santé*, n° 263.
- TOFFEL K., BRAIZAZ M., SCHWEIZER A.** (2021). « Mais où est donc passée l'éthique du care ? Les infirmier-e-s et la question de l'abord de la sexualité en oncologie ». *Travail et Emploi*, n° 164-165, p. 7-31.

VINCENT F. (2016). « Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail "en 12 heures" à l'hôpital public ». Thèse de doctorat Université Paris-Dauphine.

Annexe

Présentation des personnes enquêtées lors de la première phase de l'enquête (n=11)

N°	Age	Genre	Statut avant Infirmière en pratique avancée (IPA)	Statut d'exercice Infirmière en pratique avancée (IPA)	Autre activité	Syndicat
1	30-35	Femme	Salariée	Salariée (article 51 et Ephad)		
2	45-50	Femme	Idel	Libéral	Idel	Unipa
3	40-45	Femme	Idel	Salariée Asalée	Coordinatrice MSP (libéral)	Unipa
4	40-45	Femme	Idel	Libéral	Idel	IPAssociation IDF
5	45-50	Homme	Idel	Libéral	Coordinateur M2A	Unipa
6	40-45	Femme	Idel	Salariée CMS	Coordinatrice	Anfipa
7	30-35	Femme	Clinique	Salariée Asalée CDS co		Unipa
8	55-60	Femme	Idel	Libéral	Idel	Anfipa
9	30-35	Femme	Idel	Libéral		
10	40-45	Femme	Idel	Libéral		
11	45-50	Femme	Dialyse	Salariée CDS		

Présentation des personnes enquêtées lors de l'étude de cas (n=7)

N°	Profession exercée	Genre
1	Médecin généraliste	Femme
2	Infirmière généraliste	Femme
3	Médecin généraliste	Femme
4	Infirmière déléguée à la santé publique (Asalée)	Femme
5	Médiateur en santé	Homme
6	Médiatrice en santé	Femme
7	Assistante sociale	Femme

Achevé d'imprimer le 21 juillet 2023

Imprimerie Peau

ZI La Paillerie

61340 Berd'huis

Dépôt légal : juillet 2023

Les dernières publications de l'Irdes



- **Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État**
Marsaudon A., Jusot F., Dourgnon P.
Questions d'économie de la santé numéro n° 280. Juillet-août 2023
- **Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?**
Penneau A., Or Z.
Questions d'économie de la santé numéro n° 279. Mai 2023



- **Is the Public-Private Mix in French Health System Sustainable?**
Pierre A., Or Z.
Document de travail n° 91. Juillet 2023
- **Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : une approche par les systèmes de protection sociale**
Augé E.
Document de travail n° 90. Février 2023



- **The Environmental Sustainability of Health Care Systems**
A literature review on the environmental footprint of health care system and interventions aiming to reduce it: for a framework for action for France
Espagnacq M., Sermet C., Regaert C., avec la collaboration de Daniel F. et Podevin M.
Rapports Irdes n° 587, Avril 2023
- **The Environmental Sustainability of Health Care Systems**
A literature review on the environmental footprint of health care system and interventions aiming to reduce it: for a framework for action for France
Seppanen A.-V., Or Z.
Rapports Irdes n° 586, Avril 2023

Abonnements-Diffusion : Irdes 21-23 rue des Ardennes 75019 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 06/17 – Fax : 01 53 93 43 07
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon

Documentaliste : Véronique Suhard

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
Elle est également disponible dans une version anglaise semestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques...

Une analyse du déploiement des infirmières de pratique avancée en soins primaires sur le territoire francilien

Dans un contexte de réorganisation du système de santé soutenue par les pouvoirs publics afin de lutter contre la désertification médicale, ce rapport présente les résultats de l'enquête sociologique qualitative Infirmières en pratique avancée (IPA) en soins primaires (Ipa-sop). Cette nouvelle profession, IPA, inscrite dans le cadre la loi de modernisation du système de santé en janvier 2016, a vu ses textes d'application paraître en 2018. Le rôle de l'IPA y est conçu comme un des leviers essentiels de la nouvelle organisation du travail pour faire face aux déserts médicaux, en déléguant les médecins de certaines tâches et en participant, voire en organisant les parcours de soins.

Ce rapport se décompose en deux parties : la première se centre sur le point de vue des premières promotions d'IPA exerçant en ville et sur les conditions d'entrée dans la pratique avancée. On y analyse les conditions de travail précaires des IPA en soins primaires, qu'elles soient libérales ou salariées, et la dégradation de leurs conditions d'exercice, due notamment au cumul d'activité et à l'augmentation de leur temps de travail. Cette dégradation apparaît aussi comme le produit de leurs relations de travail avec les autres professionnels de soins primaires : faiblement investies par la profession médicale, parfois perçues comme des concurrentes par les infirmières libérales et constatant que leur droit de prescrire est faiblement reconnu, les IPA sont constamment obligées de prouver le bienfondé de leur activité auprès des autres professionnels. Pour autant, elles disent trouver un épanouissement professionnel à exercer leurs nouvelles tâches.

La seconde partie vise à documenter l'intégration des IPA en maison de santé à partir d'une étude de cas réalisée dans une MSP parisienne. En adoptant le point de vue des professionnels avec lesquels l'IPA travaille, il s'agit de comprendre comment son intégration au sein d'une équipe de soins primaires modifie les relations de travail, la répartition des tâches et comment s'organisent les flux de patients entre les différents professionnels.

Les résultats des deux volets de l'enquête permettent d'envisager les conditions qui doivent être réunies pour favoriser l'implémentation durable des IPA en ville.