

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 avril 2024

Par Corentin GUERIN

Né le 07 juin 1996 à Châteauroux

**Connaissances des médecins généralistes exerçant en libéral
installés en Limousin sur le métier d'infirmier en pratique avancée**

Thèse dirigée par le Professeur Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

M. le Professeur Kim Heang LY

M. le Professeur Gaëtan HOUDARD

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mme la Maitre de Conférences des Universités Pascale BELONI

Mme Nathalie Néollier

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 avril 2024

Par Corentin GUERIN

Né le 07 juin 1996 à Châteauroux

Connaissances des médecins généralistes exerçant en libéral installés en Limousin sur le métier d'infirmier en pratique avancée

Thèse dirigée par le Professeur Gaëtan HOUDARD

Examineurs :

M. le Professeur Kim Heang LY

M. le Professeur Gaëtan HOUDARD

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mme la Maitre de Conférences des Universités Pascale BELONI

Mme Nathalie Néollier

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

KARAM Henri-Hani MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

PASCAL Virginie IMMUNOLOGIE

RIZZO David HEMATOLOGIE

SALLE Henri NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

YERA Hélène PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission
temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoît	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

A ma famille

Remerciements

A mes parents adorés, je n'aurais pas pu rêver avoir de meilleurs parents que vous. Vous êtes d'une générosité incroyable puisque vous êtes toujours prêts à vous sacrifier pour nous. Vous m'avez transmis vos belles valeurs. Je vous dois tout, vous m'avez permis d'en arriver jusque là. Je vous aime de tout mon cœur.

A toi Kirsty, l'amour de ma vie. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée (avec la naissance de notre fils bien entendu). J'ai toujours un peu de mal à exprimer ce que je peux ressentir avec des mots. C'est un immense bonheur de partager ta vie. Tu fais de moi un homme comblé et je t'aime d'un amour infini. J'ai hâte que tu deviennes ma femme le 21 septembre 2024. Nous partageons un rêve commun, celui de fonder notre famille, et nous avons pu le réaliser. Je sais que je te le répète très souvent mais tu es une maman formidable et je sais que j'ai une chance incroyable de pouvoir élever notre fils avec toi.

A toi Léandre, mon fils. Tu as pointé le bout de ton nez ce 1^{er} février 2024. Nous t'attendions avec impatience et tu es arrivé pour notre plus grand bonheur. Tu es le plus beau bébé du monde (je manque peut-être un peu d'objectivité mais bon...). Chaque fois que je te regarde, j'ai les larmes aux yeux parce que tu es, pour moi, la perfection et que je t'aime déjà d'un amour inconditionnel.

A mon frère Théophile, merci d'être toujours aussi présent pour moi. Je suis fier de tout ce que tu as accompli et je sais que tu seras un formidable tonton pour Léandre. Je sais que quoiqu'il arrive, on peut compter l'un sur l'autre.

A mes grands parents, mamie Michèle et papi Maurice. Merci d'être de supers grands parents et depuis peu des arrières grands parents. J'espère pouvoir vous compter dans ma vie le plus longtemps possible.

A papi Jean, ta mort en juin 2023 m'a profondément attristé. Je regrette de ne pas avoir eu le temps de t'annoncer que tu allais devenir arrière grand père. **A mamie Geneviève**, tu nous as quittés il y a bien longtemps et j'aurais aimé mieux te connaître.

A mes oncles, tantes et cousins germains, Ludovic, Vanessa, Christine, Nicolas, Florence, Hugo, Constance, Léonie. Merci d'être présents pour moi, je sais que je peux compter sur vous.

A mon cousin Thomas, que je considère comme un ami, nous partageons la même passion, le sport. Merci de m'avoir accompagné dans nos périples en vélo dans les Pyrénées. J'espère qu'on aura l'occasion d'en refaire !

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli aussi chaleureusement au sein de votre famille. Mention spéciale à Fiona pour avoir gentiment accepté de me corriger la version anglaise du résumé et de faire une relecture de cette thèse afin de corriger les erreurs d'orthographe.

A Océane, je te connais depuis la maternelle et on a fait nos études de médecine ensemble. Tu es une amie fidèle que j'estime beaucoup. **A Cédric**, tu es une personne profondément gentille. Vous formez une adorable petite famille avec votre petit Noah. Je vous souhaite le meilleur.

A Moncef, tu es un ami très précieux depuis de nombreuses années. Je sais que l'on peut compter l'un sur l'autre.

A Armand, tu es devenu un très bon ami, j'apprécie les moments passés en ta présence. **A Marina**, ta femme, pour sa gentillesse et sa bienveillance.

A Samantha, malgré le fait que tu sois partie faire ton internat à Clermont, on est resté bons amis et tu réponds toujours présente quand on organise des événements.

A Chloé et Fabien, je suis très heureux de vous compter parmi mes très bons amis.

A Maxime et Job, mes co-internes du SSR, j'ai passé de très bons moments avec vous. J'ai hâte de refaire une petite soirée avec vous.

A mes amis de Châteauroux, Emmanuel, Hubert, Jean et Melchior. Notre amitié dure depuis plus de 10 ans. Je me remémore avec nostalgie nos vacances ensemble à l'île de ré.

A Sibylle, Marie, Apolline, qui complètent notre super groupe et à tous vos conjoints. J'apprécie tout particulièrement nos petits week-ends où l'on se retrouve tous ensemble.

A monsieur le Professeur Gaëtan Houdard, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Vous avez été d'un grand soutien et de très bon conseil tout au long de cette aventure.

A madame le Professeur Nathalie Dumoitier, merci d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans mon jury de thèse. Merci pour votre soutien tout au long du DES de médecine générale.

A monsieur le Professeur Kim Ly, merci d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans mon jury de thèse.

A madame Pascale Beloni, merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Merci de m'avoir aidé dans l'avancement de ma thèse, que ce soit dans la rédaction de mon questionnaire ou encore en me communiquant des articles sur les IPA.

A madame Nathalie Néollier, merci d'avoir pris de votre temps afin de m'épauler lors de mes recherches initiales sur le sujet. Vous m'avez été d'une aide précieuse. Merci de m'avoir mis en contact avec des IPA afin que je puisse en savoir plus sur le fonctionnement réel sur le terrain.

Au Docteur Gilles Petit, médecin généraliste à la Souterraine. Tu m'as permis de voir une façon d'exercer que j'ai trouvée géniale. J'ai adoré passé 6 mois à travailler avec toi et Sandrine (ta femme et ton assistante médicale). Je me suis senti accueilli chez vous et vous êtes devenus tous les 2 de très bons amis.

Au Docteur De Staute Claire, médecin généraliste à Saint-Victournien. J'ai eu la chance de faire 2 fois 6 mois de stage avec toi. Tu m'as permis de bien progresser et tu es devenue une amie sur qui je sais que je peux compter.

A mes autres maitres de stage, Docteur André Dubois, médecin généraliste à Bussière-Poitevine, Docteur Delphine Rezola, médecin généraliste à Saint-Junien et Docteur Didier Pfennig, médecin généraliste à Bellac. Vous m'avez offert la possibilité de voir différents types de médecine et ainsi de bien progresser pour mon exercice futur. Vous avez participé au renfort de mon amour pour la médecine générale.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AM : Assistant médical

APN : Advanced Practice Nurse

ARS : Agence régionale de santé

CAIM : Contrat d'aide à l'installation des médecins

CESP : Contrat d'engagement de service public

COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordinations des médecins

COTRAM : Contrat de transition

CQP : Certificat de qualification professionnelle

CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

GP : General Practitioner

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital patient santé territoire

ICS : Infirmière clinicienne spécialisée

IDE : Infirmier diplômé d'état

IP : Infirmière praticienne

IPA : Infirmier en pratique avancée

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NC : Numérus Clausus

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PACA : Provence Alpe Côte d'Azur

Table des matières

Introduction	22
I. Etat des lieux du métier d'Infirmier en pratique avancée.....	24
I.1. Démographie médicale	24
I.1.1. Etat des lieux.....	24
I.1.2. Causes du déficit médical.....	24
I.1.3. Réponses au déficit médical.....	25
I.1.3.1. Aides à l'installation.....	25
I.1.3.2. Le contrat d'engagement de service public (CESP)	26
I.1.3.3. Elargissement des compétences des professionnels de santé.....	26
I.1.3.4. Création de nouveaux métiers	27
I.2. Le métier d'IPA à l'étranger.....	27
I.2.1. Aux Etats-Unis.....	28
I.2.2. Au Canada	29
I.2.3. Au Royaume-Uni	29
I.2.4. En Australie	30
I.2.5. Quelques exemples d'autres pays.....	31
I.2.5.1. Pays Européens.....	31
I.2.5.2. Nouvelle Zélande	31
I.3. Historique en France.....	31
I.3.1. Apparition de la notion de pratique avancée	31
I.3.1.1. 2003.....	31
I.3.1.2. Loi d'orientation en santé publique.....	32
I.3.1.3. Rapport Berland de 2006	32
I.3.2. Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)	32
I.3.3. Rapport Berland de 2011.....	32
I.3.4. Pacte territoire santé de 2012.....	33
I.3.5. Loi de modernisation du système de santé français 2016.....	33
I.3.6. Plan ma santé 2022.....	33
I.3.7. Loi RIST	34
I.4. La profession d'infirmier en pratique avancée	35
I.4.1. Champs d'activité	35
I.4.2. Compétences de l'IPA	35
I.4.3. Formation	35
I.5. L'IPA en médecine générale	36
I.5.1. Organisation	36
I.5.1.1. Généralités	36
I.5.1.2. Le médecin généraliste	36
I.5.2. Cadre légal	37
I.5.2.1. Liste des pathologies chroniques stabilisées.....	37
I.5.2.2. Liste des actes et prescriptions permettant l'exercice IPA.....	37
I.5.3. Rémunération.....	38
II. Matériel et méthode.....	39
II.1. Question de recherche.....	39
II.2. Type d'étude	39
II.3. Population de l'étude	39

II.3.1. Population incluse dans l'étude	39
II.3.2. Population non incluse dans l'étude	39
II.4. Le questionnaire	39
II.5. Recueil des données	40
II.6. Analyse des résultats	40
III. Résultats	41
III.1. Population de l'étude.....	41
III.2. Connaissances du métier d'IPA	41
III.2.1. Avez-vous déjà entendu parler du métier d'IPA ?	41
III.2.2. Quelles sont, selon vous, les différentes tâches professionnelles pouvant être attribuées à un IPA ?	42
III.2.3. Quelles sont les différentes compétences mobilisées par l'IPA ?.....	43
III.2.4. Envisagez-vous à cet instant de collaborer avec un IPA ?.....	43
III.3. Place de l'IPA en médecine générale, avantages et freins	44
III.3.1. Place de l'IPA en médecine générale	44
III.3.2. Avantages	45
III.3.3. Freins	46
III.4. Analyses statistiques.....	48
III.4.1. Objectif principal.....	48
III.4.1.1. Connaissance des tâches professionnelles.....	48
L'analyse des résultats met en évidence plusieurs corrélations statistiquement significatives entre :	50
III.4.1.2. Connaissance des compétences.....	51
L'analyse des résultats met en évidence plusieurs corrélations statistiquement significatives entre :	51
III.4.2. Objectifs secondaires	52
IV. Discussion	54
IV.1. Forces de l'étude	54
IV.1.1. Objectif principal.....	54
IV.1.2. Objectifs secondaires	54
IV.1.3. Recueil des données.....	55
IV.2. Limites de l'étude.....	55
IV.2.1. Population de l'étude.....	55
IV.2.2. Biais	55
IV.2.2.1. Biais de sélection	55
IV.2.2.2. Biais de diffusion.....	56
IV.2.2.3. Biais d'acquiescement	56
IV.2.3. Questionnaire.....	56
IV.2.4. Analyse en sous-groupe.....	57
IV.3. Les connaissances des médecins généralistes sur le sujet	57
IV.3.1. Concernant les tâches professionnelles	57
IV.3.2. Concernant les compétences	60
IV.4. Volonté de collaborer et place de l'IPA en médecine générale	61
IV.5. Avantages et freins à la collaboration avec un IPA	62
IV.5.1. Avantages	62
IV.5.2. Freins.....	63
IV.6. Comparaison avec des thèses sur l'IPA.....	65

IV.7. Perspectives d'évolution et voies d'amélioration	66
Conclusion	68
Références bibliographiques	69
Annexes	73
1. EXAMENS SANGUINS.....	79
2. EXAMENS URINAIRES.....	81
Serment d'Hippocrate.....	84

Table des illustrations

Figure 1 : Variation du Numerus Clausus depuis sa création.....	25
Figure 2 : Connaissance de la profession IPA.....	42
Figure 3 : Volonté de collaborer avec un IPA.....	44
Figure 4 : Place de l'IPA.....	45

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques	41
Tableau 2 : Connaissances des répondants sur les tâches professionnelles des IPA	42
Tableau 3 : Connaissances des répondants sur les compétences des IPA	43
Tableau 4 : Avantages des IPA selon les répondants.....	45
Tableau 5 : Freins des IPA selon les répondants.....	46
Tableau 6 : Résultats significatifs concernant les tâches professionnelles.....	48
Tableau 7 : Résultats significatifs concernant les compétences	51
Tableau 8 : résultats significatifs concernant la volonté de collaborer avec un IPA.....	52
Tableau 9 : Place de l'IPA en médecine générale	53

Introduction

Le système de santé français est en danger. Les gouvernements successifs tentent de sauver le système de santé français avec des plans de santé.

Le plan « ma santé 2022 » porté par le gouvernement Macron en 2018 a propulsé sur le devant de la scène la notion d'infirmier en pratique avancée.

L'infirmier en pratique avancée (IPA) est un nouveau métier qui a émergé en France à partir de 2018. La pratique avancée octroie à des professionnels de santé paramédicaux des compétences plus importantes et plus poussées, jusque là réservées aux médecins. Dans le cas des infirmiers en pratique avancée, il s'agit en quelque sorte d'un métier à la frontière entre médecin et infirmier.

Ce nouveau métier est créé dans le but de répondre à des problématiques majeures du système de santé français parmi lesquelles on retrouve en premier lieu le vieillissement de la population et par conséquent l'augmentation des pathologies chroniques. Ensuite, il vient essayer de compenser la pénurie médicale déjà présente et à venir. Enfin, dans la lignée de ce que l'on vient d'évoquer, l'IPA permettrait une réponse à l'augmentation incessante de l'offre de soins.

Le gouvernement français s'est inspiré de ce qui se fait à l'étranger depuis des décennies en matière de transfert de compétences et de pratique avancée afin d'évaluer l'intérêt de le reproduire en France. Il aura fallu attendre 15 ans et plusieurs gouvernements successifs entre les premières études sur le sujet et le lancement de la formation de pratique avancée infirmière en 2018.

La profession est règlementée par des textes de lois depuis 2018. L'IPA ne peut pas exercer seul et a besoin des médecins afin que ces derniers lui adressent des patients rentrant dans le cadre de ses compétences et établissent avec lui des protocoles d'organisation.

Le problème soulevé par ce dernier paragraphe est que le métier d'IPA nécessite d'être connu par les médecins afin qu'ils puissent accepter d'adresser des patients aux IPA. Actuellement, cette profession est méconnue par les médecins avec d'une part un défaut de connaissance des missions de l'IPA et d'autre part beaucoup de préjugés.

Le but de cette thèse est donc de réaliser un travail objectif pour mettre en lumière la profession d'infirmier en pratique avancée telle qu'elle est. Les médecins bien informés auront alors toute latitude pour accepter ou non de collaborer avec un IPA.

Par ce travail, je souhaite évaluer les connaissances des médecins généralistes du Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse) exerçant en libéral sur le métier d'IPA. Ce travail me paraît d'autant plus important que les médecins sont au cœur de ce dispositif et il est nécessaire qu'ils aient toutes les informations sur ce métier afin qu'ils puissent choisir ou non, en connaissance de cause, de faire appel aux services d'un IPA.

L'objectif principal de cette thèse est de mettre en évidence les connaissances sur le métier d'IPA des médecins généralistes exerçant en libéral en Limousin.

Il y a plusieurs objectifs secondaires pour cette thèse :

- Proposer une fiche informative sur le métier d'infirmier en pratique avancée (intégrée dans le questionnaire)

- Décrire la place qui pourrait être réservée aux IPA
- Identifier les avantages et les freins à leur intégration dans l'exercice
- Etablir un lien entre la volonté d'utiliser les services d'un IPA et l'âge, le lieu d'exercice et le mode d'exercice (seul/en groupe/MSP/centre de santé).

I. Etat des lieux du métier d'Infirmier en pratique avancée

I.1. Démographie médicale

I.1.1. Etat des lieux

En France, on constate depuis plus d'une décennie, une augmentation croissante de médecins inscrits à l'ordre des médecins. En effet, en 2022, une hausse de 1,7% soit 5382 médecins inscrits a été recensée par rapport à l'année 2021. La comparaison par rapport à 2010 est impressionnante puisque le nombre d'inscrits a augmenté de 21,5% ce qui correspond à 56176 médecins supplémentaires en 12 ans.

Malgré cet accroissement important, des disparités régionales persistent toujours. On peut parler par exemple de l'Île de France qui représente à elle seule 20,2% de la densité médicale française. A contrario, en région Centre Val de Loire, on ne compte que 2,9% de la densité médicale française.

De plus, la répartition des médecins en fonction de l'âge est également un problème puisqu'on a actuellement un âge moyen de 57,3 ans et que 48,7% des médecins ont plus de 60 ans. Ce qui inquiète aussi, concerne la proportion des jeunes médecins (<40 ans) car ils ne représentent que 20,4% de l'effectif total. Ces chiffres soulignent un vieillissement de la population de médecins et un défaut de renouvellement par les jeunes médecins, ce qui risque de poser un réel problème dans les années à venir.

On se rend mieux compte de ce problème à venir en étudiant de plus près la répartition de l'activité générale des médecins. En effet, on remarque une diminution régulière des médecins ayant une activité régulière. En 2010, ils représentaient encore 76,5% alors qu'en 2021 et 2022, on recensait respectivement 63,5% et 62,3% de médecins ayant une activité régulière.

Cette hausse de l'effectif total d'inscrits à l'ordre corrélée à la baisse importante des médecins avec une activité régulière s'explique par la hausse majeure des médecins retraités sans activité et des médecins retraités ayant conservé une activité médicale.

Au 1^{er} janvier 2022, on compte 84133 médecins généralistes (tous modes d'exercices confondus). Cela représente une diminution de 11% depuis 2010 soit 10128 médecins. Par rapport à 2021, on enregistre une baisse de 0,9%.

Les projections de l'évolution de la densité médicale des médecins généralistes prévoient une baisse jusqu'en 2025.

Entre les années 2021 et 2022, la quasi-totalité des régions françaises ont enregistré une variation négative de leurs effectifs de médecins généralistes ayant une activité régulière. (1)

I.1.2. Causes du déficit médical

Une des causes majeures de ce déficit médical est en rapport avec le Numérus Clausus (NC). Il s'agit d'une limitation du nombre de postes de médecine à l'issue de la première année de concours. Il est apparu en 1971 suite à une concertation entre assurance maladie et médecins généralistes afin de limiter le nombre de médecins.

Malgré un *numerus clausus* suffisant les premières années, le gouvernement a décidé de drastiquement diminuer le NC au début des années 1980 et cela a engendré des répercussions que l'on retrouve encore aujourd'hui.

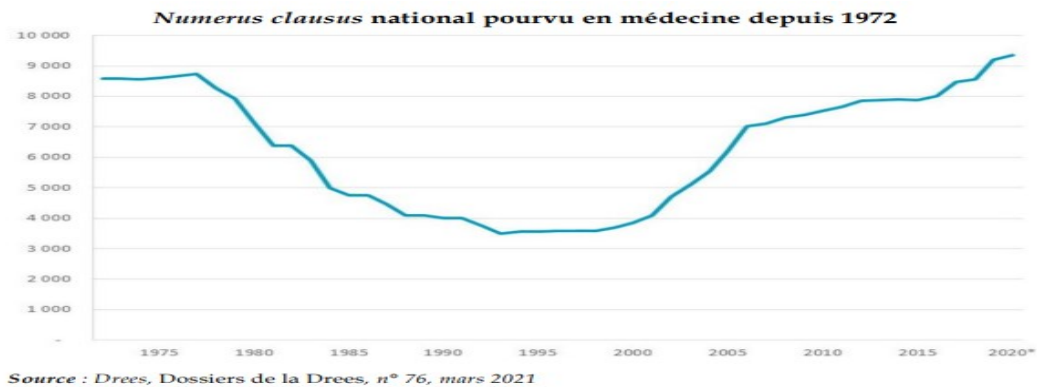


Figure 1 : Variation du Numerus Clausus depuis sa création

Le *numerus clausus* a été largement augmenté à partir de la 2ème partie des années 2000 puis supprimé en 2019. Malgré tout cela, les effets de ces mesures ne devraient pas se faire ressentir avant 2030. (2)

Une autre cause concerne l'augmentation de la population française liée à l'augmentation de l'espérance de vie. Ainsi, la stagnation voire la régression des effectifs médicaux dans certaines régions ne contrebalance pas cette augmentation de la population. Cela est à l'origine d'une diminution globale de la densité médicale. Le vieillissement de la population accentue encore plus la demande médicale.

Le vieillissement de la population générale touche également les médecins qui sont nombreux à arriver à l'âge de la retraite. Le nombre de nouveaux médecins est insuffisant pour pallier les nombreux départs à la retraite.

De plus, comme mentionné dans la première partie, le manque d'attractivité de certains territoires entraîne une répartition très inégale des médecins sur le territoire français.

Enfin, la disponibilité des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins est pointée du doigt comme une cause d'aggravation du déficit médical. En effet, qu'il s'agisse des spécialistes ou des généralistes, les médecins de la nouvelle génération font des volumes horaires moins élevés que leurs prédécesseurs et travaillent rarement le week-end (hors système de garde). (3)

I.1.3. Réponses au déficit médical

Les différents gouvernements successifs tentent de trouver d'autres solutions à cette pénurie médicale et plus particulièrement aux disparités régionales que l'on peut constater. Outre le fait d'avoir supprimé le *numerus clausus* (NC), d'autres solutions ont été mises en place.

I.1.3.1. Aides à l'installation

Tout d'abord, les aides à l'installation sont des mesures incitatives ayant pour but de convaincre les médecins généralistes à s'installer dans des régions avec une faible densité de médecins.

La convention médicale de 2016 prévoit la mise en place de 4 nouveaux contrats pour lutter contre la désertification médicale. (4)

Le CAIM (contrat d'aide à l'installation des médecins). L'objectif est d'apporter une aide financière significative aux médecins dès leur installation en libéral en zone sous dense pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité. Le montant de cette aide s'élève à 50000 euros. Il s'agit d'une aide financière accordée une seule fois et versée en 2 fois : 50% à l'installation en zone fragile et 50% au bout d'un an. Pour en bénéficier, il faut s'installer dans une zone sous-dense définie par l'ARS pendant 5 ans, travailler au moins 2,5 jours par semaine et participer à la permanence des soins.

Le COSCOM (contrat de stabilisation et de coordination des médecins). Les objectifs sont d'encourager les médecins qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients sur un territoire donné ; dans l'activité de formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme leur installation et leur maintien, en exercice libéral, dans ces territoires ; dans la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité. Le montant de cette aide s'élève à 5000 euros par an et le contrat est d'une durée de 3 ans avec reconduction possible. Pour en bénéficier, il faut être installé en zone sous dense, être maître de stage universitaire et accueillir des étudiants.

Le COTRAM (contrat de transition pour les médecins). L'objectif est de soutenir les médecins exerçant dans des zones sous denses préparant leur cessation d'activité et prêts à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Le CSTM (contrat de solidarité territoriale médecin). Ce contrat favorise l'exercice ponctuel de médecins dans les zones identifiées comme sous-denses par les ARS. Le contrat est d'une durée de 3 ans. Pour en bénéficier, le médecin ne doit pas être déjà installé dans une zone sous-dense et doit s'engager à exercer en libéral au minimum 10 jours par an en zone sous-dense. (5)

I.1.3.2. Le contrat d'engagement de service public (CESP)

Le CESP est une aide financière de 1200 euros brut par mois à destination des étudiants en médecine. Il est possible de la souscrire à partir de la 2ème année de médecine pendant une durée minimale de 2 ans. En contrepartie, l'étudiant s'engage à travailler dans une zone sous-dotée pendant la durée de perception de cette aide financière.

Après plus de 10 ans de recul, ce dispositif n'est pas une réussite puisque seulement 3300 étudiants ont opté pour le CESP. Les raisons avancées pour expliquer cet échec sont la complexité du dispositif ou encore une méconnaissance du CESP par beaucoup d'étudiants. (6)

I.1.3.3. Elargissement des compétences des professionnels de santé

De plus, on observe depuis plusieurs années une extension des compétences des pharmaciens d'officine. Elle concerne plusieurs champs dont celui de la vaccination. Le décret du 21 avril 2022 prévoit l'élargissement des compétences vaccinales des pharmaciens d'officine à 14 nouvelles maladies en plus de la grippe saisonnière. (7)

L'élargissement des compétences vaccinales concerne également les infirmiers et les sages-femmes. (8)

Pour les pharmaciens, une nouveauté est apparue : la dispensation de médicaments normalement soumis à prescription médicale obligatoire. Cette possibilité est ouverte par le biais de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné (équipe de soins primaires ou secondaires, communauté professionnelle territoriale de santé, centre ou maison de santé). Les premiers protocoles ont été publiés par arrêtés parus en mars 2020. (9)

I.1.3.4. Création de nouveaux métiers

Parmi les mesures importantes du plan « ma santé 2022 », on retrouve la mise en place des assistants médicaux et des infirmiers en pratique avancée.

L'assistant médical (AM) est un nouveau métier qui n'est pas une profession de santé mais qui a pour vocation d'aider les médecins libéraux à retrouver du temps médical. Ce dispositif est souple et modulable et le médecin dispose d'un large éventail de missions à confier à son assistant médical. Les missions peuvent être administratives, préparation à la consultation (prises de constantes par exemple) ou encore de coordination avec d'autres acteurs de santé prenant en charge le patient. Il existe une aide financière si le médecin décide d'employer un assistant médical mais en contrepartie il doit augmenter sa patientèle. (10) (11)

Le métier est accessible aux titulaires d'un diplôme d'état dans la santé qui doit être complété par le certificat de qualification professionnelle (CQP) assistant médical (au plus tard dans les 3 ans après la prise de poste). Pour ceux n'étant pas issus de la santé, il est possible de faire la formation CQP assistant médical d'une durée de 1 an pour pouvoir prétendre à un poste d'AM. (12)

En juin 2022, le nombre de contrats d'aide à l'embauche d'assistant médical s'élève à 3258.

Les infirmiers en pratique avancée seront développés plus longuement ensuite. En juin 2022, on compte 935 IPA diplômés. (11)

I.2. Le métier d'IPA à l'étranger

La France n'est pas un précurseur en ce qui concerne le métier d'infirmier en pratique avancée. En effet, ce métier existe sous différentes formes dans de nombreux pays à travers le monde. Ainsi, le gouvernement français n'a rien inventé et s'est d'ailleurs inspiré des modèles étrangers.

Les raisons ayant motivé les différents pays à envisager un élargissement des compétences paramédicales dont les infirmiers, sont d'améliorer la prestation des soins. Il s'agit également d'augmenter l'offre de soins dans un contexte mondial de pénurie médicale.

En 2010, l'OCDE a publié un rapport sur le développement des pratiques avancées infirmières au sein de 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, Etats-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque et Royaume-Uni). Il en ressort une problématique commune, à savoir que l'offre médicale est limitée et même en diminution. Ainsi, le développement des pratiques avancées infirmières vise à compenser cette pénurie

pour améliorer l'accès aux soins et par conséquent de diminuer le coût des soins avec une main d'œuvre moins onéreuse. (13)

Nous n'allons pas développer tous les pays car il y aurait beaucoup de redondances. Nous allons détailler les cas des Etats Unis et Canada, Royaume-Uni et Australie.

I.2.1. Aux Etats-Unis

Les Etats Unis d'Amérique apparaissent comme des précurseurs dans ce domaine. En effet, il faut remonter à la fin du 19eme siècle pour voir des pratiques infirmières expertes se développer en réponse à des besoins locaux spécifiques.

Le terme de « pratique avancée » est introduit en 1954 par Hildegarde Peplau. Elle crée le premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques et est à l'origine du concept d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS).

En 1965, Loretta Ford et le Dr Silver créent la première formation d'infirmière praticienne (IP). Il s'agit d'étendre le rôle de l'infirmière et de faire un transfert d'activités le plus souvent médicales. Leur pratique doit intégrer le « prendre soin », le curatif et le conseil.(14)

Il existe actuellement 4 groupes de professionnels regroupés sous le terme d'infirmières de pratique avancée :

- L'infirmière clinicienne spécialisée (ICS)
- L'infirmière praticienne (IP)
- L'infirmière anesthésiste
- L'infirmière sage-femme

L'infirmière doit obtenir une certification dans l'un des 4 groupes cités ci-dessus ainsi que pour l'une des 6 clientèles. Parmi ces dernières, on retrouve la famille/la personne à tous les âges de la vie ; l'adulte et la personne âgée ; la néonatalogie ; la pédiatrie ; la santé selon le genre ; la santé mentale et la psychiatrie. (15)

Les infirmiers en pratique avancée sont des infirmiers diplômés d'état avec un niveau master ou doctorat en science infirmière. Afin de pouvoir rentrer dans les programmes de spécialisation, il est demandé quelques années d'expérience sur le terrain en tant qu'IDE (sauf pour les infirmières praticiennes). (16)

Aux Etats Unis en 2018, on comptait environ 4 millions d'infirmiers dont 12% en pratique avancée (contre 8% en 2008). Cela souligne la progression de la profession dans le pays.

En terme de répartition, il y a environ 69% d'infirmières praticiennes, 20% d'infirmières cliniciennes spécialisées, 9% d'infirmières anesthésistes et 2% d'infirmières sage-femme.

L'impact des infirmiers en pratique avancée a pu se ressentir pendant la crise du Covid 19. En effet, celle-ci a mis à mal le système de santé américain mais il est communément admis que la situation aurait été pire sans les infirmières en pratique avancée. (17)

Actuellement, les infirmiers en pratique avancée peuvent prescrire dans les 50 états. En revanche, la liberté de prescription est variable selon les états. En effet, plusieurs cas de figure sont possibles. Dans près de la moitié des états (22), les IPA sont totalement libres de leurs prescriptions, il n'y a pas de supervision par un médecin. Concernant le reste, dans 16

états, les IPA travaillent conjointement avec le médecin et dans les 12 autres, ils travaillent sous supervision du médecin pour la prescription de certains produits. Cependant, dans 4 états, tous les médicaments de liste 2 sont interdits à la prescription par un IPA. (18)

I.2.2. Au Canada

Le Canada fait partie des pionniers en matière de pratique avancée infirmière avec une apparition des premières infirmières praticiennes dans les années 1960 en réponse à la pénurie médicale. Le mouvement s'est essouffé durant les années 1980 pour repartir à la hausse dans les années 1990 afin d'améliorer l'accès aux soins.

Il existe de nombreuses similitudes avec le système des Etats-Unis y compris dans les différences régionales au niveau des modalités de pratique du métier.

Il n'y a que deux types d'infirmière en pratique avancée, l'infirmière praticienne et l'infirmière clinicienne spécialisée.

Les infirmières praticiennes sont des infirmières qui ont une formation complémentaire et de l'expérience et font preuve de compétences pour diagnostiquer de manière autonome, prescrire et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des médicaments et exécuter des procédures spécifiques dans le champ de leur pratique.

Les infirmières cliniciennes spécialisées sont des infirmières avec une formation au niveau du master, qui ont une expertise dans une spécialisation clinique et jouent un rôle comprenant la pratique, la consultation, la formation, la recherche et des tâches liées aux qualités de commandement (leadership). Elles contribuent au développement des connaissances infirmières et des meilleures pratiques et répondent à des questions complexes de soins. (19)

Les infirmières praticiennes peuvent prescrire des médicaments de manière autonome. Depuis 2017, elles peuvent également prescrire des stupéfiants. (20)

I.2.3. Au Royaume-Uni

Les infirmières praticiennes ont été introduites durant les années 1970 et se sont ensuite répandues à la fin des années 1980 et surtout dans les années 1990.

Elles ont été introduites dans le but d'améliorer l'accès aux services, promouvoir la qualité et la continuité des soins et aussi pour répondre de manière plus efficace à l'évolution des besoins des patients.

Il existe 4 catégories d'infirmiers en pratique avancée au Royaume-Uni :

- Les infirmières cliniciennes spécialisées
- Les infirmières praticiennes (avancées)
- Les infirmières consultantes
- Les « matrons » (19)

Une étude a été menée en 2005 dans le but de mesurer l'impact de la substitution des médecins par les infirmiers dans les soins de premiers recours. Cette étude est faite en

réponse à l'augmentation de la demande de soins (vieillesse de la population, augmentation des attentes des patients, pénurie médicale...) afin de voir si la substitution permettrait une réduction des coûts et de la charge de travail des médecins. Les résultats suggèrent que les infirmiers correctement formés peuvent produire des soins de haute qualité comme les médecins. Cette substitution peut potentiellement réduire la charge de travail des médecins et les coûts mais cela dépend énormément du contexte et en pratique cela n'est pas forcément vérifié. (21)

Le Royaume Uni est le premier pays Européen à accorder le droit de prescription aux infirmières praticiennes durant les années 1990. Au début des années 2000, le droit de prescription s'est largement étendu.

L'étude de Waterson et al a été menée pour évaluer l'expansion de la prescription infirmière en Ecosse. Il en ressort une amélioration de l'accès des patients aux médicaments sans mettre en péril la sécurité des patients. (22)

Afin d'obtenir le droit de prescription, il faut avoir minimum 3 ans d'expérience et une formation spécifique découpée en 26 jours de formation théorique et 12 jours de stage clinique.

Les résultats sont très positifs notamment concernant les patients qui se disent très satisfaits de ce dispositif. (23)

I.2.4. En Australie

Les infirmières qui exercent à un niveau de pratique avancée ont un diplôme de maîtrise et peuvent travailler en tant que spécialiste ou généraliste. La base de la pratique avancée réside dans un degré élevé de connaissances, de compétences et d'expérience qui s'appliquent à la relation infirmière-patient/client pour obtenir des résultats optimaux à travers une analyse critique, la recherche de solutions et une prise de décisions juste.

Les raisons de la création de ces infirmiers en pratique avancée sont, d'une part la pénurie médicale à long terme et d'autre part une évolution des besoins de santé de la population. (19)

En 1990, les premières discussions officielles ont eu lieu pour établir le rôle et les fonctions de l'infirmière praticienne. Un projet pilote de 18 mois a démarré en 1994 et a abouti en 1998 à une législation officielle sur les rôles de ces nouvelles infirmières. Le 12 décembre 2000, les 2 premières infirmières praticiennes sont légalement reconnues. En novembre 2005, le Australian Nursing and Midwifery Council a établi la définition officielle de l'infirmière praticienne ainsi qu'un standard de compétences pour l'implantation des IP dans les différents états.

Les infirmières praticiennes australiennes détiennent une maîtrise et sont habilitées à faire l'évaluation des patients, diagnostiquer les problèmes de santé et les traiter, en prescrivant de la médication et autres traitements. (24)

Les infirmières praticiennes ont un droit de prescription étendu depuis de nombreuses années. Il est également possible de prescrire des stupéfiants. (25)

I.2.5. Quelques exemples d'autres pays

La pratique avancée concerne maintenant de nombreux autres pays que nous n'allons pas détailler.

I.2.5.1. Pays Européens

Depuis 2019, 12 pays Européens ont adopté des lois sur la prescription des infirmiers en pratique avancée. Selon les pays, les droits de prescription sont très variables allant d'un droit de prescription quasiment total à un droit limité. Outre le Royaume-Uni, l'Irlande et les Pays-Bas donnent une grande liberté de prescription à leurs IPA. Dans les autres pays, ce droit est limité à certains médicaments. Outre la France, les pays concernés sont Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la Norvège, la Pologne, la Suède). (26)

I.2.5.2. Nouvelle Zélande

La Nouvelle-Zélande n'est pas novatrice sur le sujet des infirmiers en pratique avancée. En effet, en 1998, le ministère de la santé a ordonné au Nursing Council d'établir les compétences requises pour les infirmières praticiennes. Ces dernières doivent avoir 4 ans d'expérience avant d'entamer la spécialisation vers la pratique avancée. Depuis 2014, les infirmières praticiennes sont autorisées à prescrire des médicaments. (24)

I.3. Historique en France

I.3.1. Apparition de la notion de pratique avancée

I.3.1.1. 2003

En mars 2003, le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées a confié au Professeur Yvon Berland, Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille une mission d'études et de propositions touchant à l'organisation des soins et notamment aux coopérations qu'il semble possible de développer entre les différents professionnels de santé. Il s'agit de faire un rapport initial sur l'analyse des coopérations interprofessionnelles existantes dans les autres pays ou qui pourraient être mises en œuvre dans notre pays. Le but est de faire le bilan des expérimentations réalisées.

En octobre 2003, le Pr Berland rend son rapport. Il a analysé ce qui se faisait dans d'autres pays (notamment Etats-Unis, Canada et Royaume-Uni) depuis de nombreuses années, à savoir une pratique avancée infirmière. Dans ce rapport, il préconise le transfert de compétences pour faire face à la baisse annoncée de la démographie médicale mais aussi pour optimiser le système de soins. Il propose la création d'infirmiers cliniciens spécialistes qui seraient amenés à effectuer des tâches médicales avancées comme par exemple un suivi de maladie chronique. Cela aurait pour objectif de libérer du temps aux médecins. (27)

I.3.1.2. Loi d'orientation en santé publique

La loi d'orientation en santé publique du 09 août 2004 article 131, prévoit la mise en place d'expérimentations dans le but d'évaluer la coopération entre professionnels de santé et le transfert de compétences entre professions médicales et autres professions de santé. (28)

Deux arrêtés d'application voient le jour.

L'arrêté du 13 décembre 2004 concerne 5 expérimentations proposées en 2003. Ces expérimentations portent sur :

- La collaboration entre médecins spécialistes et diététiciens pour le traitement des diabètes de type 2
- L'infirmière experte en hémodialyse
- Le suivi des patients traités pour hépatite C chronique par une infirmière experte
- La collaboration entre ophtalmologiste et orthoptiste en cabinet de ville
- La coopération entre manipulateurs en électro cardiologie et médecins radiothérapeutes (29)

L'arrêté du 30 mars 2006 modifie et complète celui du 13 décembre 2004. 10 nouvelles expérimentations sont mises en circulation et les 3 premières du précédent arrêté sont renouvelées. (30)

I.3.1.3. Rapport Berland de 2006

En juin 2006, un rapport du Pr Berland et du Dr Bourgueil est émis concernant 5 expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé.

Le rapport conclut que la réalisation d'actes médicaux par les professionnels paramédicaux préalablement formés est faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients. (31)

I.3.2. Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)

Le 21 juillet 2009 paraît la loi HPST, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans l'article 51, il est question de la coopération entre professionnels de santé.

Les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération via des protocoles précisant l'objet et la nature de la coopération. Ces derniers sont examinés par l'ARS puis validés par l'HAS. (32)

I.3.3. Rapport Berland de 2011

En janvier 2011, le Pr Yvon Berland émet un nouveau rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire.

Neuf propositions réparties en 4 axes ont été faites :

- Une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé

- Imposer la démarche métier
- Conforter et développer les métiers socles
- Une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire
- Une méthode : adopter un système rigoureux de validation. L'objectif va être de lancer des programmes nationaux pour évaluer les nouveaux métiers en santé. La création de ces nouveaux métiers sera encadrée pour qu'ils puissent répondre à des besoins identifiés.
- Une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur

I.3.4. Pacte territoire santé de 2012

Le pacte territoire santé 1 est créé en 2012 et comporte 12 engagements avec un objectif principal, celui de faire reculer les déserts médicaux dans notre pays.

Parmi ces différents engagements, le 8eme assure d'accélérer les transferts de compétences. (33)

En revanche, on ne retrouve pas de nouveauté sur le sujet dans le pacte territoire santé 2 de 2015.

I.3.5. Loi de modernisation du système de santé français 2016

La loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016 promulguée par Marisol Touraine, recentre le système de santé sur les soins de proximité. Une des principales mesures de la loi est d'élargir la compétence de certaines professions au service des grandes priorités de service public. L'article L 4301-1 de cette loi définit pour la première fois l'exercice en pratique avancée. L'article précise les professionnels éligibles à la pratique avancée ainsi que les domaines d'intervention possibles. La responsabilité est mentionnée en fin d'article et elle incombe directement au professionnel en pratique avancée et non pas au médecin. (4)

En revanche, malgré une apparition de la loi de 2016, aucun décret d'application de cette loi n'a été promulgué dans les suites et l'exercice d'infirmier en pratique avancée ne connaît une réelle progression qu'à partir de 2018.

I.3.6. Plan ma santé 2022

En juillet 2018 par l'intermédiaire de la ministre de la santé Agnès Buzin, 2 décrets d'application de la loi de 2016 et 3 arrêtés voient le jour. Le 1^{er} décret est relatif à l'exercice d'infirmier en pratique avancée. Il précise les conditions d'exercice. 2 arrêtés détaillent la liste des actes que l'IPA peut réaliser et la liste des pathologies chroniques stabilisées pouvant donner lieu à une proposition de suivi par un IPA.

De plus, ce décret mentionne 3 domaines d'intervention ouverts à cet exercice :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires

- Oncologie et hématologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

Le second décret est en rapport avec le diplôme d'infirmier en pratique avancée. Il précise les conditions d'accès à la formation. L'arrêté associé détaille les modalités de la formation et son contenu.

Ainsi, à partir de la rentrée de septembre 2018, les premières formations pour le diplôme d'infirmier en pratique avancée se mettent en place dans les universités le proposant. (34)

En août 2019, les textes de 2018 sont complétés par 2 décrets et 3 arrêtés.

Le décret 2019-835 étend le champ d'exercice de l'IPA dans le domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale ». Il vise également à encadrer l'exercice des étudiants en formation au diplôme d'Etat d'IPA lors de leurs stages. Une part importante de ce décret concerne les prises en charge par l'assurance maladie.

Le décret 2019-836 est relatif au diplôme d'état d'IPA mention « psychiatrie et santé mentale ».

Parmi les 3 arrêtés d'août 2019, 2 sont des modifications des textes de 2018 et le 3ème est en rapport avec l'enregistrement des IPA auprès de l'ordre des infirmiers.

En juillet 2020, les conclusions d'un nouveau plan de santé, le ségur de la santé, sont présentées. Il est prévu une accélération majeure de la mise en place des infirmiers en pratique avancée. En juillet 2020, on ne compte que 65 IPA exerçant en France. L'objectif est d'augmenter les effectifs à 3000 IPA à la fin du quinquennat d'Emmanuel Macron (2022) et à 5000 IPA en 2024. (35)

En octobre 2021, un décret portant sur un cinquième domaine d'intervention est adopté. Il s'agit du domaine « urgences ».

L'arrêté du 11 mars 2022 modifie les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée. (36)

I.3.7. Loi RIST

La loi RIST est la dernière en date concernant les IPA. Elle a été proposée pour la première fois en octobre 2022 et a été votée le 10 mai 2023. Cette loi porte sur l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance accordée aux professionnels de santé. La loi RIST vient étendre le champ de la pratique avancée et des compétences dévolues aux IPA. En effet, l'article 1er modifie l'article L4301-1 du code de la santé publique relatif à la pratique avancée. Dorénavant, il ouvre l'accès à la primo-prescription pour les IPA, et ajoute la Haute autorité de santé (HAS) aux instances consultées pour avis sur le décret en Conseil d'Etat qui en fixera les modalités. De plus, il autorise un accès direct aux IPA salariés exerçant dans les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif (Espic) et privés ainsi que dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), et aux IPA libéraux exerçant au sein de structures d'exercice coordonné (maisons de santé, équipes de soins primaires). Les infirmiers en pratique avancée vont également être autorisés à prendre en charge la prévention et le traitement des plaies dans le cadre d'un exercice coordonné, incluant la prescription d'examens complémentaires et de produits de santé selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. (37)

I.4. La profession d'infirmier en pratique avancée

I.4.1. Champs d'activité

L'infirmier en pratique avancée est souvent qualifié de « super infirmier ». Le but de cette profession est d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours de soins en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. Actuellement, l'IPA peut choisir de se spécialiser dans 5 grands domaines d'intervention :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires
- L'oncologie et l'hémo-oncologie
- La maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale
- La psychiatrie et la santé mentale
- Les urgences

Au cours de sa formation dans l'un de ces 5 domaines, l'IPA acquiert des connaissances théoriques, des compétences cliniques approfondies et une capacité à prendre des décisions complexes.

I.4.2. Compétences de l'IPA

L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à un infirmier diplômé d'état (IDE). Il peut ainsi :

- conduire un entretien et réaliser l'examen clinique.
- réaliser des actes techniques sans prescription médicale et en interpréter les résultats pour les patients dont il assure le suivi.
- demander des actes de suivi et de prévention pour les pathologies dont il assure le suivi.
- prescrire, pour les pathologies dont il assure le suivi, des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, des dispositifs médicaux ou des examens de biologie.
- renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales pour les pathologies dont il assure le suivi.
- depuis la loi RIST de 2023, il peut aussi faire des primo-prescriptions de médicaments définis par une liste. (38) (39)

I.4.3. Formation

Afin de devenir infirmier en pratique avancée, il faut avoir son diplôme d'état d'infirmier qui s'obtient en 3 ans d'étude.

Pour être autorisé à faire la formation IPA, il faut également au minimum 3 ans d'expérience sur le terrain en tant qu'infirmier diplômé d'état (IDE).

Ensuite, la formation d'IPA se fait en 2 ans (grade master). Elle se déroule de la façon suivante, une première année de tronc commun qui pose les bases de l'exercice d'infirmier en pratique avancée et une deuxième année centrée sur les enseignements en lien avec la spécialisation choisie (l'un des 5 domaines évoqués précédemment). Une fois la formation terminée, l'infirmier en pratique avancée obtient un diplôme d'état d'IPA.

Actuellement, on compte de nombreuses universités qui proposent cette formation au diplôme d'état d'IPA. L'université de Limoges est celle que je connais ayant fait mes études de médecine et mon internat là-bas. A Limoges, il est possible de faire cette formation dans les domaines de spécialisation cités précédemment. A noter que le domaine de spécialisation « urgences » va faire son apparition dans la formation à partir de la rentrée scolaire 2023-2024. (40)

A Limoges comme ailleurs, les enseignements se déroulent en 2 ans, séparés en 4 semestres. Ils sont communs à tous les étudiants durant les 2 premiers semestres. La deuxième année se déroule en 2 semestres (semestre 3 et 4). L'étudiant IPA a fait le choix de son domaine de spécialisation et il va recevoir les enseignements théoriques en rapport durant le semestre 3. Le semestre 4 se compose d'un stage de 4 mois et d'un mémoire de fin d'étude. (41)

I.5. L'IPA en médecine générale

I.5.1. Organisation

I.5.1.1. Généralités

A l'heure actuelle, un seul domaine de spécialisation s'applique à la médecine générale en cabinet. Il s'agit des pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires.

Contrairement au milieu hospitalier, l'IPA exerçant en médecine générale peut avoir une activité salariée ou libérale.

I.5.1.2. Le médecin généraliste

Actuellement, l'IPA prend en charge des patients adressés au préalable par un médecin généraliste. Ce dernier est au cœur du dispositif et il n'a aucune obligation à collaborer avec un IPA. Il faut bien comprendre que sans lui, l'IPA ne peut pas exercer car les interventions de l'IPA sont coordonnées par le médecin.

Un protocole d'organisation est signé entre le médecin et l'IPA concerné. Ce protocole définit :

- les modalités de prise en charge des patients
- les modalités et la régularité des échanges d'information avec le médecin
- les réunions de concertation pluri professionnelle
- les conditions de retour du patient vers le médecin dans les cas où la gestion d'un patient dépasse les compétences de l'IPA

De son côté, le médecin doit informer le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA. Le patient a le droit de refuser d'être suivi par un IPA sans que cela ait un quelconque impact sur sa prise en charge. (42)

Deux cas de figure peuvent se voir, soit l'IPA est salarié d'une structure médicale où travaillent des médecins généralistes, soit il exerce en libéral en voyant des patients adressés par un ou plusieurs généralistes.

Peu importe le mode d'exercice de l'IPA, il existe 2 filières d'orientation du patient vers l'IPA :

- dans le cadre d'un suivi régulier
- dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle (38)

I.5.2. Cadre légal

I.5.2.1. Liste des pathologies chroniques stabilisées

Les pathologies concernées sont :

- accident vasculaire cérébral
- artériopathies chroniques
- cardiopathie, maladie coronaire
- diabète de type 1 et diabète de type 2
- insuffisance respiratoire chronique
- maladie d'Alzheimer et autres démences
- maladie de Parkinson
- épilepsie

I.5.2.2. Liste des actes et prescriptions permettant l'exercice IPA

L'arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixe les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du code de la Santé publique. Elles sont longues, exhaustives et à consulter dans les annexes.

- Liste des actes techniques
- Liste des actes de suivi et de prévention
- Liste des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire
- Liste des examens de biologie médicale
- Liste des prescriptions médicales que l'IPA est autorisé à renouveler ou à adapter pour les pathologies dont il assure le suivi (36)

I.5.3. Rémunération

La rémunération d'un IPA en salariat est très simple et va dépendre du contrat passé avec la structure qui l'embauche.

En revanche, la rémunération d'un IPA en libéral est très complexe. On distingue plusieurs types de forfait concernant le suivi régulier :

- un forfait d'initiation du suivi (1^{er} contact) de 60 euros. Il est facturable lors de la première consultation d'un patient avec suivi régulier.
- un forfait de suivi de 50 euros. Il est valable une fois par trimestre pour les consultations de suivi d'un patient avec une pathologie chronique.

Ainsi, l'IPA peut facturer au maximum 4 forfaits par an : 1 d'initiation et 3 de suivi.

En ce qui concerne les prises en charges ponctuelles, l'IPA peut facturer :

- un bilan ponctuel IPA de 30 euros, facturable une fois par an et par patient. Il comprend une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'un ou plusieurs actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique et si besoin la réalisation de prescriptions. À l'issue du bilan, un compte-rendu sera adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA.
- une séance de soins ponctuelle IPA de 16 euros facturable au maximum 4 fois par an et par patient. La séance couvre la réalisation d'un ou de plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA.

Il existe également des aides au démarrage de l'activité. (38)

Actuellement, il n'existe pas de durée légale de consultation. La durée de chaque entrevue est laissée à l'appréciation de chaque IPA.

L'IPA est responsable de ses prescriptions et de ses actes. Le médecin ne peut pas être inquiété en cas d'erreur de l'IPA auquel il a adressé le patient.

II. Matériel et méthode

II.1. Question de recherche

J'ai choisi de réaliser ce travail de thèse pour mettre en lumière cette nouvelle profession : les infirmiers en pratique avancée.

Durant mes recherches, je n'ai trouvé qu'une seule thèse faite à Limoges abordant le sujet des IPA. Elle a été réalisée en 2018 avant la mise en place de la profession dans le système de santé français.

Par conséquent, j'ai trouvé intéressant de faire un point sur la situation actuelle en interrogeant les médecins généralistes.

Ainsi, la question de recherche qui sera traitée est :

Quelles sont les connaissances des médecins généralistes exerçant en libéral en Limousin sur le métier d'IPA ?

II.2. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude épidémiologique descriptive transversale.

II.3. Population de l'étude

II.3.1. Population incluse dans l'étude

Pour la réalisation de cette étude, nous avons sollicité les médecins généralistes exerçant une activité en ambulatoire dans 3 départements (Haute-Vienne, Creuse et Corrèze).

II.3.2. Population non incluse dans l'étude

Dans cette étude, nous avons décidé de ne pas inclure :

- Les médecins généralistes ayant une activité uniquement hospitalière
- Les médecins spécialistes
- Les internes de médecine générale

II.4. Le questionnaire

Nous avons interrogé les médecins généralistes par l'intermédiaire d'un questionnaire qui se découpe en 4 parties :

- La première partie recueillait les caractéristiques sociodémographiques des médecins : âge, lieu et mode d'exercice.
- La deuxième partie avait pour but d'identifier les connaissances préalables des médecins sur le métier d'IPA. Elle se composait de questions à choix multiples sur les tâches professionnelles et les compétences des IPA. On retrouvait également 2 questions binaires (oui/non) sur la connaissance simple de l'IPA et sur la volonté de collaborer avec lui.
- La troisième partie était une fiche informative à destination des médecins généralistes.

- La quatrième partie était consacrée à identifier les avantages et freins à une collaboration avec un IPA. On retrouvait également une question sur la place à réserver à un IPA dans leur pratique.

Il a été réalisé dans un premier temps sur word puis intégré sur le logiciel limesurvey pour être diffusé aux médecins généralistes.

Le questionnaire a été testé sur des collègues internes de médecine générale avec licence de remplacement et sur un médecin généraliste en activité. Il a été également présenté à madame Pascale Beloni, responsable de la formation IPA à l'Université de Limoges. Des modifications ont été apportées sur les intitulés de certaines propositions.

II.5. Recueil des données

Le questionnaire a été réalisé en ligne par l'intermédiaire de limesurvey.

Nous avons contacté l'ordre des médecins des 3 départements (Haute-Vienne, Creuse et Corrèze) afin que le questionnaire soit diffusé aux médecins généralistes.

Le questionnaire a été envoyé à 626 médecins généralistes exerçant en ambulatoire sur l'ensemble des 3 départements : 395 en Haute-Vienne, 153 en Corrèze et 78 en Creuse.

Nous avons ouvert le questionnaire du 11/08/2023 au 03/10/2023. Une relance a été effectuée le 14/09/2023.

Nous avons obtenu 108 réponses complètes soit 17,25% de participation. On compte 130 personnes ayant répondu à la première partie sur les caractéristiques sociodémographiques, 115 ayant répondu à la deuxième partie sur les connaissances des médecins généralistes et 108 ayant terminé le questionnaire. Nous avons pris en compte pour les résultats et analyses des connaissances sur les tâches professionnelles et compétences de l'IPA, les 115 personnes qui ont répondu, associées à leurs caractéristiques sociodémographiques. En ce qui concerne la dernière partie sur les avantages et freins notamment, 108 personnes ont été analysées en fonction de leurs caractéristiques.

A noter qu'il y a eu 25 réponses que nous n'avons pas pu analyser et qui ne seront pas intégrées dans les résultats. En revanche, pour la partie connaissances, nous avons analysé 7 personnes n'ayant pas fini le questionnaire car elles ont répondu entièrement à cette partie.

II.6. Analyse des résultats

Le logiciel BiostaTGV disponible sur <https://biostatgv.sentiweb.fr/> a été utilisé pour l'analyse statistique des différents résultats.

Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonctions des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ou items dans les différentes variables considérées.

Tous les critères ont été évalués par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher lorsqu'un effectif était ≤ 5 .

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

III. Résultats

III.1. Population de l'étude

On compte un total de 130 médecins généralistes ayant répondu à cette première partie sur les caractéristiques sociodémographiques.

Concernant la question sur l'âge, nous avons choisi de réaliser 4 groupes afin de rendre les analyses statistiques plus pertinentes.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	%
AGE	130	
Moins de 40 ans	45	34,6%
41-50 ans	44	33,8%
51-60 ans	22	16,9%
Plus de 60 ans	19	14,6%
LIEU D'EXERCICE	130	
Urbain	76	58,5%
Rural	54	41,5%
MODE D'EXERCICE	130	
Seul	36	27,7%
En groupe	55	42,3%
En MSP	37	28,5%
Centre de santé	2	1,5%

III.2. Connaissances du métier d'IPA

Pour cette deuxième partie, 115 personnes ont répondu.

15 personnes ont été exclues de l'étude car elles n'ont pas complété entièrement cette deuxième partie et elles ne seront pas comptabilisées dans les statistiques.

III.2.1. Avez-vous déjà entendu parler du métier d'IPA ?

Concernant la connaissance de l'existence du métier d'IPA, la quasi-totalité (114) des répondants a déclaré en avoir déjà entendu parler. Seule une personne n'en avait jamais entendu parler.

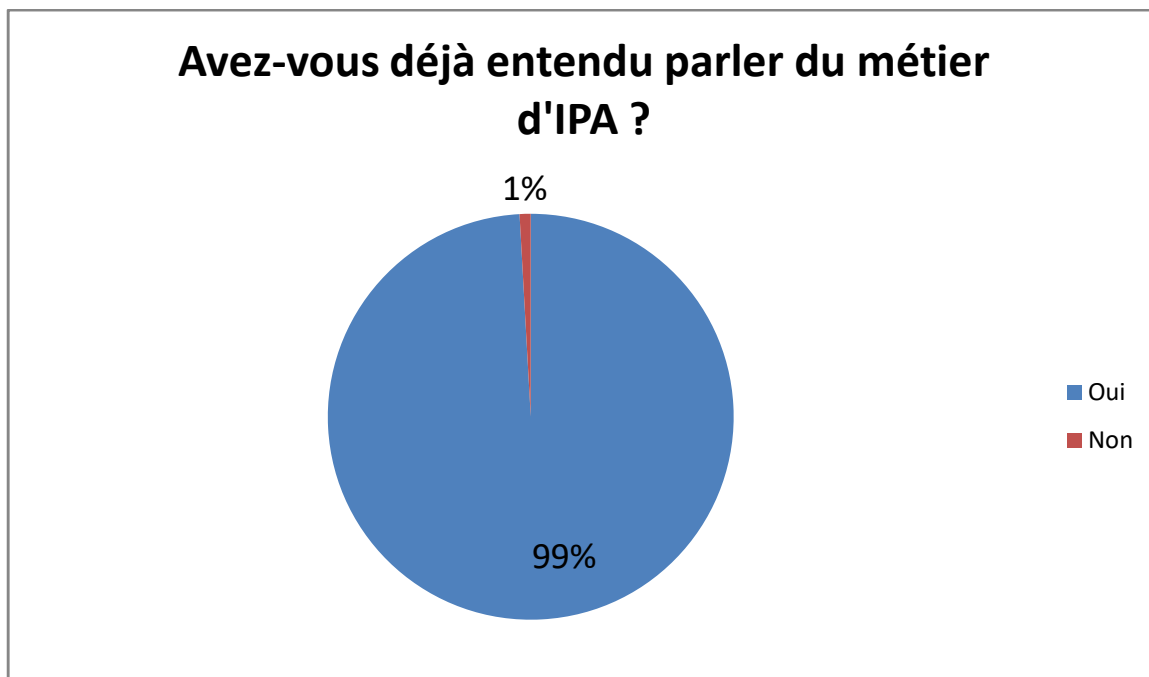


Figure 2 : Connaissance de la profession IPA

III.2.2. Quelles sont, selon vous, les différentes tâches professionnelles pouvant être attribuées à un IPA ?

Tableau 2 : Connaissances des répondants sur les tâches professionnelles des IPA

Tâches professionnelles	Effectif : 115	Pourcentage
Collaborer avec le médecin généraliste dans une approche pluriprofessionnelle	98	85,2%
Suivre des protocoles établis par un médecin	91	79,1%
Etablir une relation avec un patient	92	80%
Mener un interrogatoire et un examen clinique	61	53%
Suivre des pathologies chroniques stabilisées	89	77,4%
Prescrire des examens complémentaires	39	33,9%
Initier des prescriptions médicamenteuses	13	11,3%
Réaliser des actes de dépistage et prévention	92	80%
Renouveler des traitements chez des patients présentant des pathologies chroniques	58	50,4%
Adapter les thérapeutiques	34	29,6%
Autre	4	

4 personnes ont répondu à la case « Autre »

- Le participant 28 a répondu : « A l'hôpital avec les spécialistes »
- Le participant 91 a répondu : « Contre toutes les propositions »
- Le participant 111 a répondu : « Prendre le rôle des médecins traitants sans être médecin »
- Le participant 114 a répondu : « Je ne sais pas »

III.2.3. Quelles sont les différentes compétences mobilisées par l'IPA ?

Tableau 3 : Connaissances des répondants sur les compétences des IPA

Compétences	Effectif 115	Pourcentage
Savoir communiquer avec le patient	106	92,2%
Savoir s'intégrer dans un réseau de soins et collaborer avec celui-ci	107	93%
Savoir élaborer un raisonnement clinique	60	52,2%
Savoir suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées	85	73,9%
Savoir alerter le médecin en cas de nécessité	110	95,7%
Savoir réévaluer une thérapeutique	46	40%

III.2.4. Envisagez-vous à cet instant de collaborer avec un IPA ?

Sur un total de 115 répondants, 27 envisagent une collaboration avec un IPA.

A l'inverse, 88 ne souhaitent pas faire appel aux services d'un IPA.

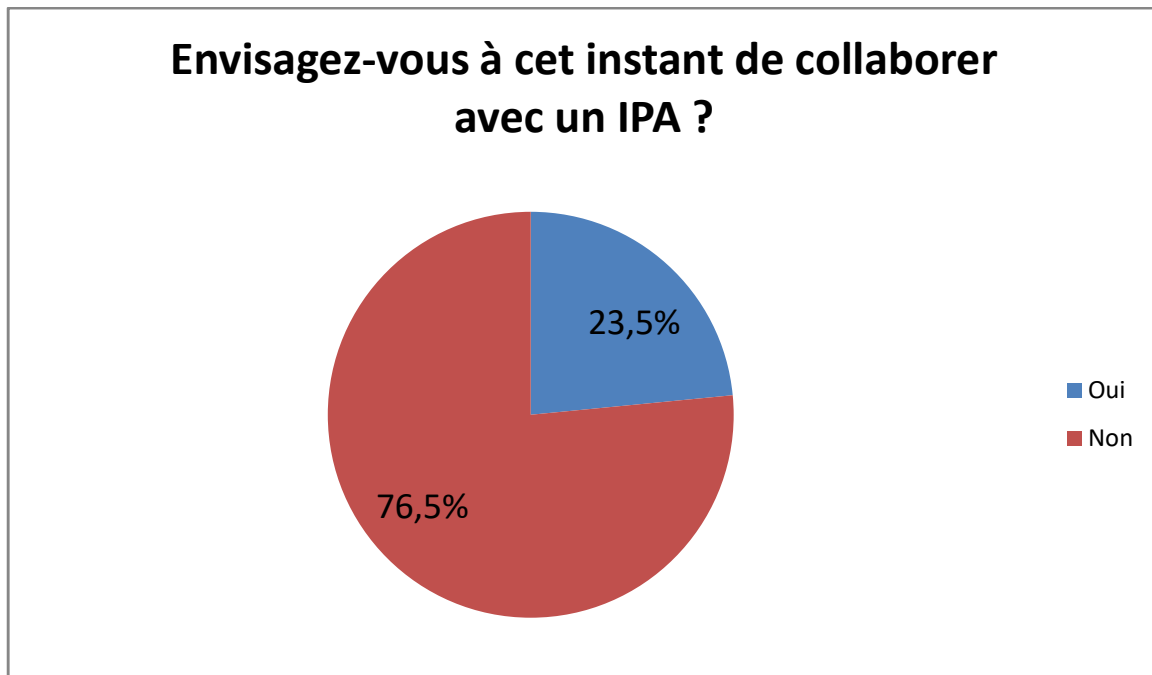


Figure 3 : Volonté de collaborer avec un IPA

III.3. Place de l'IPA en médecine générale, avantages et freins.

Pour cette dernière partie, 108 personnes ont été incluses.

7 personnes ont été exclues car elles n'ont pas répondu entièrement à la dernière partie du questionnaire. Elles ne seront pas comptabilisées pour les statistiques concernant cette partie.

III.3.1. Place de l'IPA en médecine générale

Sur un total de 108 répondants, 29 envisageraient une orientation de certains patients à l'IPA afin qu'il exerce en libéral. 39 verraient un salariat pour l'IPA au sein d'une structure de soins (MSP ou centre de santé par exemple).

En revanche, il y aurait 40 médecins qui ne pourraient réserver aucune place à l'IPA.

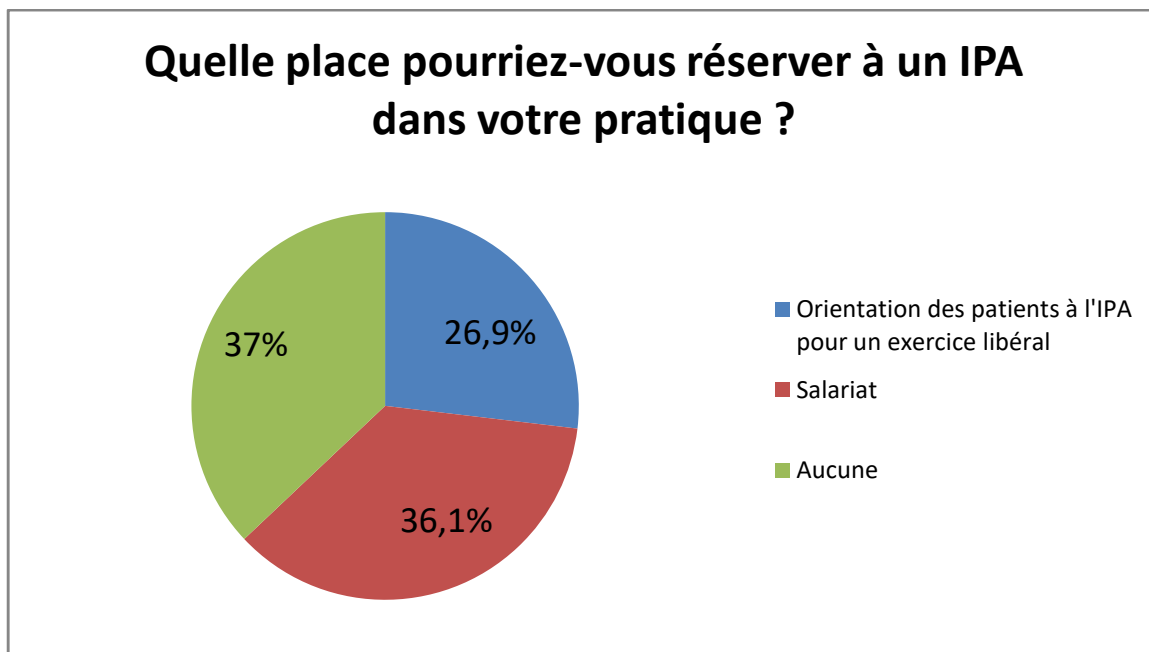


Figure 4 : Place de l'IPA

III.3.2. Avantages

Nous avons proposé aux répondants plusieurs avantages que l'IPA pourrait apporter. La liste n'étant pas exhaustive, nous avons fait le choix de laisser une case « autre » avec une réponse facultative libre.

Tableau 4 : Avantages des IPA selon les répondants

Avantages	Effectif 108	Pourcentage
Décharger le médecin généraliste de certaines tâches	60	55,6%
Augmenter l'offre de soins	28	25,9%
Améliorer la qualité des soins	47	43,5%
Avoir un rôle d'alerte dans le suivi de certains patients stables	70	64,8%
Collaborer avec le médecin +/- une équipe pluridisciplinaire	66	61,1%
Répondre à la pénurie de médecins et à la désertification médicale dans certaines zones	31	28,7%
Permettre d'augmenter l'accès à un médecin traitant	22	20,4%
Relever le défi du vieillissement de la population	32	29,6%
Aucun	17	15,7%
Autre	3	

3 personnes ont répondu à la case « Autre »

- Le participant 6 a répondu « Eviter rupture de soins ou abandon de soins du fait pénurie médicale »
- Le participant 28 a répondu « A l'hôpital suivi de pathologie »
- Le participant 51 a répondu « Les IDE font déjà de la surveillance de patient polypathologique âgé. Déléguer des actes médicaux à des professionnels moins formés c'est juste une façon de faire des économies pour la sécurité sociale et ça engendre de brader la qualité des soins. Certes il manque de médecins mais dans 10 ans ce ne sera plus le cas et d'avoir mis en place plein de délégations de tâches va tuer notre travail de médecins libéraux de ville. Puis il ne faut pas oublier que les services hospitaliers ferment par manque de personnel paramédical, qu'un nombre de lits hospitaliers est fermé à cause du manque d'IDE à l'hôpital... Vider le pool d'ide va créer une catastrophe hospitalière »

III.3.3. Freins

Nous avons proposé aux répondants plusieurs freins potentiels à l'emploi d'un IPA. La liste n'étant pas exhaustive, nous avons fait le choix de laisser une case « autre » avec une réponse facultative libre.

Tableau 5 : Freins des IPA selon les répondants

Freins	Effectif 108	Pourcentage
Moins d'études donc moins de connaissances	44	40,7%
Crainte de rompre la relation médecin patient	35	32,4%
Crainte sur la confiance à accorder aux IPA	36	33,3%
Crainte sur les compétences des IPA	51	47,2%
Crainte de ne prendre en charge que des situations compliquées du fait de confier aux IPA des patients stabilisés	49	45,4%
Freins en lien avec les modalités de rémunération	34	31,5%
Crainte sur trop de transférabilité de tâches	47	43,5%
Crainte de voir le métier de médecin généraliste s'éteindre avec l'apparition de professions comme les IPA	41	38%
Profession trop récente et pas assez de recul sur place IPA en médecine générale	39	36,1%
Difficultés à mettre en place	41	38%
Autre	16	

16 personnes ont répondu à la case « Autre »

- Le participant 6 a répondu « retard de diagnostic »
- Le participant 9 a répondu « responsabilité du médecin engagée si erreur de la part de l'IPA / trop de temps pour le médecin pour coordonner travail avec IP »
- Le participant 11 a répondu « Temps de coordination trop chronophage »
- Le participant 32 a répondu « Aucune »
- Le participant 45 a répondu « pas de crainte : je travaille déjà avec une IPA »
- Le participant 53 a répondu « il faut une structure adaptée: 1 cabinet supplémentaire avec ordinateur en réseau ce qui n'est pas généralement possible hors maison de santé, le suivi d'un patient par plusieurs personnes peut entraîner des pertes de données et de chances pour le patient (c'est plus lourd de reprendre le dossier d'un patient qu'on n'a pas géré depuis qq temps), il faut voir aussi leur rémunération: la rémunération d'un IPA semble parfois plus intéressante que celle du MG avec la gestion des urgences, des actes non programmés, des urgences en moins, avec les réquisitions de l'ARS en moins aussi.... et quid de la responsabilité en cas d'erreur de l'IPA? »
- Le participant 63 a répondu « qui va faire le travail des IDE ? il y a aussi pénurie d'IDE ... »
- Le participant 64 a répondu « Attention à ne pas confondre délégation de tâches et délégation de compétences, la frontière pourrait être rapidement franchie au détriment de la qualité des soins »
- Le participant 69 a répondu « Selon moi, cette pratique est à intégrer dans le cadre d'exercices totalement salariés (médecin, secrétaires, IPA) »
- Le participant 73 a répondu « aucune rémunération du temps de coordination pourtant nécessaire »
- Le participant 77 a répondu « Pas D'IPA disponible en ville actuellement »
- Le participant 102 a répondu « crainte de voir d'anciens étudiants de Pass ayant raté leur entrée dans la filière médecine mais qui ont pris la voie infirmière se prendre pour des MG »
- Le participant 112 a répondu « Que l'IPA fasse des bilans mal faits, et demande au médecin de se débrouiller avec si problème = augmenter la charge de travail du médecin sur en plus une non rémunération »
- Le participant 114 a répondu « Il nous faut plus de médecins et plus d'IDE classiques bien formées »
- Le participant 119 a répondu « Pas de besoin »
- Le participant 131 a répondu « IPA donc moins IDE donc problème d'accès aux soins côté infirmières »

III.4. Analyses statistiques

III.4.1. Objectif principal

Nous avons effectué des analyses statistiques afin de voir si l'âge, le mode d'exercice, le lieu d'exercice avaient une influence sur les connaissances des médecins généralistes sur le métier d'IPA. Pour cela, chaque item des tâches professionnelles et des compétences a été analysé en fonction de l'âge, du mode d'exercice et du lieu d'exercice.

Nous avons choisi de ne présenter que les résultats significatifs pour plus de clarté.

III.4.1.1. Connaissance des tâches professionnelles

Tableau 6 : Résultats significatifs concernant les tâches professionnelles

	Oui	Non	p (Chi2)	p (Fisher)
Collaborer avec le médecin généraliste dans une approche pluriprofessionnelle				
≤ 40 ans	32	7		
41-50 ans	36	5		
51-60 ans	19	0		
> 60 ans	11	5		0,0489
Suivre des protocoles établis par un médecin				
≤ 40 ans	35	4		
41-50 ans	33	8		
51-60 ans	14	5		
> 60 ans	9	7		0,0469
Mener un interrogatoire et un examen clinique				
≤ 40 ans	29	10		
41-50 ans	17	24		
51-60 ans	13	6		
> 60 ans	2	14		p<0,05
Seul	15	18		
En groupe	22	28		
En MSP	23	7		
Centre de santé	1	1		0,0148

Urbain	29	38		
Rural	32	16	0,0148	
Suivre des pathologies chroniques stabilisées				
Seul	25	8		
En groupe	33	17		
En MSP	29	1		
Centre de santé	2	0		0,00586
Prescrire des examens complémentaires				
Seul	6	27		
En groupe	7	43		
En MSP	25	5		
Centre de santé	1	1		p<0,05
Urbain	16	51		
Rural	23	25	0,00725	
Initier des prescriptions médicamenteuses				
Seul	1	32		
En groupe	4	46		
En MSP	7	23		
Centre de santé	1	1		0,02
Réaliser des actes de dépistage et prévention				
≤ 40 ans	37	2		
41-50 ans	33	8		
51-60 ans	12	7		
> 60 ans	10	6		0,00438
Seul	24	9		
En groupe	37	13		
En MSP	29	1		
Centre de santé	2	0		0,0278

Renouveler des traitements chez des patients présentant des pathologies chroniques				
Seul	13	30		
En groupe	17	33		
En MSP	26	4		
Centre de santé	2	0		p<0,05
Urbain	27	40		
Rural	31	17	0,0102	

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs corrélations statistiquement significatives entre :

- La tranche d'âge du médecin et la connaissance sur les tâches professionnelles suivantes:
 - La collaboration avec le médecin généraliste dans une approche pluriprofessionnelle. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour les médecins de moins de 40 ans.
 - Suivre des protocoles établis par un médecin. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du oui pour les médecins de moins de 40 ans.
 - Mener un interrogatoire et un examen clinique. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du oui pour les médecins de moins de 40 ans.
 - Réaliser des actes de dépistages et de prévention. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du oui pour les médecins de moins de 40 ans.
- Le mode d'exercice et la connaissance sur les tâches professionnelles suivantes :
 - Mener un interrogatoire et un examen clinique. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en groupe.
 - Suivre des pathologies chroniques stabilisées. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en groupe.
 - Prescrire des examens complémentaires. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du oui pour l'exercice en MSP.
 - Initier des prescriptions médicamenteuses. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du oui pour l'exercice en MSP.
 - Réaliser des actes de dépistage et de prévention. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en groupe.
 - Renouveler des traitements chez des patients présentant des pathologies chroniques. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en groupe.
- Le lieu d'exercice et la connaissance sur les tâches professionnelles suivantes :

- Mener un interrogatoire et un examen clinique. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en urbain.
- Prescrire des examens complémentaires. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en urbain.
- Renouveler des traitements chez des patients présentant des pathologies chroniques. Cette tâche est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en urbain.

III.4.1.2. Connaissance des compétences

Tableau 7 : Résultats significatifs concernant les compétences

	Oui	Non	p (Chi2)	p (Fisher)
Savoir élaborer un raisonnement clinique				
≤ 40 ans	25	14		
41-50 ans	24	17		
51-60 ans	6	13		
> 60 ans	5	11	0,0303	
Savoir suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées				
Seul	27	6		
En groupe	30	20		
En MSP	26	4		
Centre de santé	2	0		0,0251
Urbain	44	23		
Rural	41	7	0,0174	
Savoir réévaluer une thérapeutique				
Seul	10	23		
En groupe	17	33		
En MSP	18	12		
Centre de santé	1	1		0,0496

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs corrélations statistiquement significatives entre :

- La tranche d'âge du médecin et la connaissance de la compétence suivante :

- Savoir élaborer un raisonnement clinique. Cette compétence est statistiquement significative en faveur du oui pour les médecins de moins de 40 ans.
- Le mode d'exercice et la connaissance des compétences suivantes :
 - Savoir suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées. Cette compétence est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en groupe.
 - Savoir réévaluer une thérapeutique. Cette compétence est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en groupe.
- Le lieu d'exercice et la connaissance de la compétence suivante :
 - Savoir suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées. Cette compétence est statistiquement significative en faveur du non pour l'exercice en urbain.

III.4.2. Objectifs secondaires

Nous avons voulu mettre en évidence un éventuel lien entre âge, mode d'exercice, lieu d'exercice et volonté de collaborer avec un IPA.

Nous avons également souhaité montrer la place qui pourrait leur être réservée en médecine générale.

Nous avons choisi de ne présenter que les résultats significatifs pour plus de clarté.

Tableau 8 : résultats significatifs concernant la volonté de collaborer avec un IPA

	Favorable	Non favorable	p (Chi2)	p (Fisher)
Collaboration avec un IPA				
Seul	4	29		
En groupe	7	43		
En MSP	16	14		
Centre de santé	0	2		0,000239

Tableau 9 : Place de l'IPA en médecine générale

Quelle place réserver aux IPA en pratique ?				
	Libéral	Salariat	Aucune	p (Fisher)
Seul	7	8	14	
En groupe	13	15	21	
En MSP	8	16	4	
Centre de santé	1	0	1	0,0433

Concernant la volonté de collaborer avec un IPA, il existe un lien statistiquement significatif en faveur du oui pour l'exercice en MSP.

Concernant la place à réserver aux IPA en pratique, nous avons mis en évidence une corrélation statistiquement significative en faveur de « aucune place réservée aux IPA » pour les médecins exerçant en groupe.

IV. Discussion

IV.1. Forces de l'étude

IV.1.1. Objectif principal

La force principale de cette étude réside dans le fait que l'infirmier en pratique avancée est un métier au cœur de l'actualité. En effet, il a fait beaucoup parler de lui durant les derniers mois.

Il s'agit d'un nouveau métier encore assez méconnu du grand public en France alors qu'il existe depuis plusieurs décennies dans certains pays comme les Etats-Unis, le Canada ou encore le Royaume-Uni.

Au travers de mes recherches bibliographiques, j'ai pu constater peu de travail de thèse sur le sujet. Une thèse avait été effectuée à Limoges en 2018 par le Dr Marie Jarrot Barrère sur les perspectives de l'IPA pour le système de santé français, en effectuant une comparaison avec le système québécois. Ce travail de thèse est intervenu avant la mise en place du métier en France, il n'y a donc pas eu d'évaluation faite après la mise en place. Par ailleurs, l'objectif de cette thèse n'était pas de recueillir l'avis des médecins ou des patients.

De plus, j'ai eu l'occasion d'entendre beaucoup de choses négatives sur le projet IPA émanant de plusieurs médecins généralistes, que ce soit par les médias, des articles de journaux et d'internet, ou encore directement au cours de discussions.

Ainsi, je me suis posé la question de savoir si les réticences des médecins généralistes pouvaient être liées à un manque de connaissances sur le sujet. J'ai donc choisi comme objectif principal pour cette thèse d'évaluer les connaissances des médecins généralistes exerçant en libéral en Limousin sur les IPA.

IV.1.2. Objectifs secondaires

Ce travail était également l'occasion d'informer les médecins généralistes sur la profession et les missions des IPA au moyen d'une fiche informative, le but étant qu'ils aient quelques informations importantes sur le sujet avant de répondre à la dernière partie du questionnaire.

Il me semblait également intéressant d'ouvrir le sujet sur les avantages et freins à l'utilisation des IPA en médecine générale. Pour cela, nous avons listé plusieurs avantages et freins que nous avons recueillis via internet, les médias et les discussions entre confrères. Cependant, nous avons fait le choix de laisser une case « autre » où les médecins étaient libres de répondre. En effet, notre liste n'étant pas exhaustive, cela nous a permis de recueillir d'autres avantages ou freins auxquels nous n'avions pas pensé.

Le fait de rechercher les avantages et les freins à la collaboration avec un IPA me semble primordial car cela permet de mieux comprendre les réticences des médecins et par conséquent cela donne des pistes d'amélioration possibles pour rendre le métier plus séduisant auprès de la population des médecins généralistes.

Cette thèse a aussi été l'occasion de tenter de définir quelle pourrait être la place de l'IPA en médecine générale.

Enfin, un des objectifs secondaires avait pour but d'établir des liens entre les catégories d'âge, le lieu d'exercice et le mode d'exercice des médecins généralistes et une éventuelle

intention de collaborer avec un IPA. L'idée derrière tout cela est de voir s'il y a une volonté plus importante de collaborer selon certaines caractéristiques des médecins. Cela peut permettre d'identifier avec plus de précision les catégories les plus réceptives au projet.

IV.1.3. Recueil des données

Le recueil des données a été fait par un questionnaire. Ce mode de recueil permet une uniformité des réponses. Il facilite aussi la participation des médecins car les réponses sont anonymisées et le temps passé à répondre est bref pour le médecin.

Le test avant diffusion du questionnaire a permis des améliorations, que ce soit au niveau des réponses, de la formulation ou de la mise en page.

IV.2. Limites de l'étude

L'étude réalisée est une étude épidémiologique descriptive et il s'agit d'une étude de faible niveau de preuve scientifique.

Cette étude a été réalisée dans 3 départements (Haute-Vienne, Creuse et Corrèze). Elle n'est pas extrapolable à d'autres régions ou à l'ensemble de la France car il y aurait potentiellement trop de variations au niveau des modalités d'investigation.

IV.2.1. Population de l'étude

La population de l'étude n'est pas représentative de la médecine générale libérale en France.

En 2022, la moyenne nationale d'âge des médecins inscrits au tableau de l'ordre est de 57,3 ans.

Dans les départements interrogés, la moyenne d'âge des médecins est également très haute. Entre 54,8 et 57,4 ans en Haute-Vienne, entre 58,6 et 59,7 ans en Corrèze et plus de 59,7 ans en Creuse.

Notre population d'étude est beaucoup plus jeune puisqu'on compte près de 70% des participants qui ont moins de 50 ans. Par conséquent, la population de l'étude n'est ni représentative de la population française ni de celle des 3 départements limousins en ce qui concerne le critère d'âge.

Cette discordance pourrait s'expliquer par le fait que les médecins généralistes jeunes maîtrisent mieux l'outil informatique et qu'ils sont peut-être plus dynamiques et prêts à participer à des études.

IV.2.2. Biais

IV.2.2.1. Biais de sélection

Le principal biais de ce genre d'études par questionnaire est un biais de sélection.

Tout d'abord, le questionnaire a été diffusé à tous les médecins généralistes exerçant en libéral dans les départements de la Haute-Vienne, la Corrèze et la Creuse. Nous avons contacté les 3 Conseils Départementaux des Ordres des Médecins par téléphone afin de leur demander de diffuser le questionnaire par mail aux médecins.

A priori le questionnaire n'a été envoyé qu'à des médecins généralistes exerçant en libéral mais je n'ai aucun moyen d'en être complètement certain.

De plus, des praticiens ont pu répondre deux fois au questionnaire malgré la consigne de ne pas le faire. En effet, les médecins reçoivent de nombreux questionnaires de thèse et certains ont pu éventuellement répondre plusieurs fois au même sans s'en rendre compte. Ce biais est directement en lien avec les relances faites aux praticiens. Nous avons tenté d'atténuer ce biais en limitant le nombre de relances à une seule par département.

Il est aussi possible que le sujet en lui-même ait influencé certains médecins. En effet, les médecins très favorables au sujet ont peut-être été plus enclins à répondre au questionnaire. De la même manière, les médecins ayant une opinion très défavorable sur le sujet ont pu également répondre en nombre pour faire savoir leur opposition au projet. Dans ce cas de figure, le biais de sélection est potentiellement lié au fait que les médecins ayant un avis plus neutre se sont peut-être abstenus de répondre car se sentant moins concernés par le sujet.

Enfin, certains médecins ont commencé à répondre au questionnaire puis se sont arrêtés avant la fin. Par conséquent, ils ont, pour une partie, été non intégrés aux résultats et analyses. Pour une autre partie, ils ont été intégrés de manière partielle selon l'endroit du questionnaire où ils s'étaient arrêtés.

IV.2.2.2. Biais de diffusion

Il existe un biais de diffusion dans le cas de notre étude. En effet, les questionnaires n'ont pas été envoyés le même jour par les différents ordres aux médecins généralistes. Deux des départements ont envoyé pour la première fois le questionnaire à un jour d'intervalle. En revanche le dernier département a envoyé le questionnaire beaucoup plus tardivement pour cause de fermeture estivale. Concernant la relance, elle a aussi été effectuée plus tardivement pour le 3ème département.

Enfin, le questionnaire ayant été diffusé en août pour la première fois, certains médecins généralistes ne l'ont peut-être pas vu car étant en vacances. La relance effectuée au mois de septembre a permis de recueillir 38 réponses supplémentaires.

IV.2.2.3. Biais d'acquiescement

Le biais d'acquiescement est une tendance de la personne interrogée à répondre systématiquement par l'affirmative aux différentes questions qui lui sont posées. Ce biais est très probablement présent dans l'étude. En effet, pour preuve, un seul des participants a déclaré n'avoir jamais entendu parler du métier d'IPA mais cela ne l'a pas empêché de répondre « oui » à certaines questions sur les tâches professionnelles et les compétences de l'IPA.

IV.2.3. Questionnaire

En analysant les résultats, nous nous sommes rendu compte que nous n'avions pas fait de question pour savoir le genre des répondants. Cela aurait pu être intéressant à analyser.

De plus, nous n'avons pas posé de question sur l'intérêt d'avoir réalisé une fiche informative. Nous n'avons pas demandé non plus aux participants s'ils travaillaient déjà avec un IPA, ce qui peut potentiellement biaiser leurs réponses.

Nous n'avons également pas été optimaux sur la définition rural/urbain ce qui a potentiellement pu fausser quelques réponses.

Enfin, nous nous sommes posé la question à posteriori de l'intérêt d'avoir fait une catégorie centre de santé étant donné le faible nombre de médecins y travaillant. Nous aurions pu intégrer cette catégorie dans les MSP mais nous aurions perdu en précision.

IV.2.4. Analyse en sous-groupe

Nous avons fait le choix de réaliser des analyses en sous-groupe afin d'évaluer si l'âge, le mode d'exercice et le lieu d'exercice ont une influence sur les connaissances des médecins généralistes et sur une volonté de collaborer avec un IPA. Ces analyses en sous-groupe entraînent une perte de puissance de notre étude.

IV.3. Les connaissances des médecins généralistes sur le sujet

Tout d'abord, les médecins généralistes ont quasiment tous entendu parler du métier d'IPA (114/115). En revanche, en avoir entendu parler ne signifie pas nécessairement avoir des connaissances sur le sujet. C'est ce que nous avons essayé d'analyser dans ce travail.

Cependant, les médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire ne semblent pas prêts à collaborer avec un IPA puisque plus de 75% ont répondu qu'ils ne souhaitaient pas de collaboration.

IV.3.1. Concernant les tâches professionnelles

Nous avons proposé 10 tâches professionnelles que les IPA peuvent réaliser ainsi qu'une catégorie « autre » afin de laisser libre cours à une autre proposition. Nous nous sommes basés sur le référentiel d'activités présent dans l'arrêté du 18 juillet 2018 modifié par l'arrêté du 11 mars 2022. (36)

Une majorité de médecins généralistes interrogés déclarent savoir que les tâches professionnelles pouvant être attribuées à l'IPA sont : la collaboration avec le médecin généraliste dans une approche pluriprofessionnelle (85,2%) ; suivre des protocoles établis par le médecin (79,1%) ; établir une relation avec le patient (80%). Pour ces 3 tâches, on constate une connaissance légèrement moins importante pour les plus de 60 ans.

Les médecins interrogés savent aussi dans l'ensemble que l'IPA peut suivre des pathologies chroniques stabilisées (77,4%) et réaliser des actes de prévention et dépistage (80%). Ces 2 tâches professionnelles semblent être beaucoup mieux connues par les médecins exerçant en MSP. Les actes de prévention et dépistage sont une tâche qui donne l'impression d'être mieux connue par les médecins de moins de 50 ans.

Ensuite, les médecins sont très partagés sur le fait qu'un IPA puisse mener un interrogatoire et un examen clinique (53%) et qu'il puisse renouveler des traitements chez des patients avec pathologies chroniques stabilisées (50,4%). On observe une majorité de médecins exerçant en MSP ayant ces 2 informations, contrairement aux médecins exerçant en groupe ou seuls, qui sont une majorité à ne pas le savoir. De plus, les médecins de plus de 60 ans se démarquent des autres par une moindre connaissance de ces tâches professionnelles.

Enfin, 2 tâches professionnelles sont méconnues de la majorité des médecins interrogés. En effet, seulement 33,9% savent que l'IPA peut prescrire des examens complémentaires. On peut remarquer une nette prédominance de médecins exerçant en MSP qui connaissent cette tâche, à l'inverse des médecins exerçant seuls ou en groupe. Aussi, 29,6% savent qu'il peut adapter les thérapeutiques. Cette méconnaissance a l'air d'être moins marquée pour

les médecins de MSP. Concernant ces 2 tâches, une minorité de médecins de plus de 60 ans semblent les connaître.

A noter qu'une très grande minorité de médecins ont la connaissance que l'IPA peut initier des prescriptions médicamenteuses (11,3%). On peut voir une très légère tendance à une meilleure connaissance de cette tâche par les médecins exerçant en MSP.

On remarque aussi que les médecins urbains ont l'air d'avoir moins de connaissances sur toutes les tâches professionnelles que les médecins ruraux.

Il est intéressant de constater que plus la tâche professionnelle se rapproche d'une tâche purement médicale, moins les médecins généralistes répondent par l'affirmative.

Concernant l'initiation de prescriptions médicamenteuses, il n'est pas si étonnant de retrouver un très faible taux de réponses car la loi l'autorisant a été adoptée beaucoup plus récemment.

Nous avons fait le choix de réaliser des analyses en sous-groupe afin d'établir des corrélations entre les connaissances des tâches professionnelles et les caractéristiques sociodémographiques. Nous avons mis en évidence plusieurs résultats significatifs.

Premièrement, il existe un lien statistiquement significatif pour 4 tâches professionnelles associées à l'âge du répondant :

- Les médecins de moins de 40 ans auraient tendance à moins savoir que les autres catégories d'âge que l'IPA doit collaborer avec le médecin dans une approche pluriprofessionnelle. Cependant, la majorité des moins de 40 ans semble quand même en avoir connaissance.
- A l'inverse de la tâche précédente, il semblerait que les médecins de moins de 40 ans savent que l'IPA doit suivre des protocoles établis par un médecin. On peut d'ailleurs être un peu surpris par ces 2 résultats puisqu'on pourrait être amené à penser que ces 2 tâches sont reliées. En effet, si le médecin interrogé sait que l'IPA doit suivre des protocoles établis par un médecin, alors il devrait logiquement savoir que l'IPA doit collaborer avec le médecin.
- Concernant le fait que l'IPA puisse mener un interrogatoire et un examen clinique, il existe un résultat significatif concernant les médecins de plus de 40 ans. Ces derniers ont tendance à majoritairement connaître cette tâche professionnelle par rapport aux autres catégories d'âge.
- Les médecins de moins de 40 ans ont quasiment tous la connaissance que l'IPA peut faire des actes de dépistage et de prévention. On remarque aussi que cette connaissance diminue avec l'âge.

Ainsi, sauf exceptions, on s'aperçoit que les médecins plus jeunes (moins de 40 ans) auraient tendance à être mieux informés sur ce métier d'actualité en pleine expansion. Cela a aussi tendance à se répéter pour les résultats non significatifs que nous n'avons pas présentés, même s'ils ne sont pas interprétables.

Deuxièmement, il existe un lien statistiquement significatif entre 6 tâches professionnelles et le mode d'exercice du répondant :

- Une majorité de médecins exerçant en groupe ne savent pas que l'IPA peut mener un interrogatoire et un examen clinique.

- Le fait que l'IPA puisse suivre des pathologies chroniques stabilisées est connu par une majorité de médecins interrogés. Cependant, on constate de manière surprenante qu'une part nettement plus importante de médecins ne sachant pas cela se trouve dans la catégorie des médecins exerçant en groupe.
- Concernant la prescription d'examens complémentaires, on observe une connaissance nettement supérieure pour les médecins exerçant en MSP contrairement à ceux exerçant en groupe ou seuls qui sont très peu à posséder cette information.
- Très peu de médecins ont la connaissance que l'IPA peut initier des prescriptions médicamenteuses. Ainsi, la majorité des médecins interrogés n'ont pas cette information, et cela est vrai peu importe le mode d'exercice. Cependant, on peut voir une petite tendance à une meilleure connaissance de cette tâche par les médecins exerçant en MSP.
- Les médecins exerçant en groupe ont une moindre connaissance que leurs confrères ayant d'autres modes d'exercice sur le fait que l'IPA peut réaliser des actes de dépistage et de prévention.
- Les médecins exerçant en groupe ont tendance à ne pas savoir que l'IPA peut renouveler des traitements chez des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées.

Ainsi, les analyses statistiques du sous-groupe « mode d'exercice » ont tendance à révéler 2 choses. D'une part, près de la moitié des tâches professionnelles ont révélé une corrélation statistiquement significative avec une connaissance moins bonne des médecins généralistes exerçant en groupe. Il est possible que ces résultats soient en lien avec un désintérêt des médecins exerçant en groupe pour le métier d'IPA. En effet, pour certains d'entre eux, la collaboration peut sembler lointaine à cause notamment de difficultés de mise en place au niveau structurel.

D'autre part, on a tendance à constater une plus grande connaissance des tâches professionnelles que l'IPA peut réaliser par les médecins exerçant en MSP par rapport aux médecins exerçant seuls ou en groupe. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médecins exerçant dans une structure telle qu'une MSP ont peut-être été amenés à en attendre parler plus que les autres médecins. En effet, certains collaborent peut-être déjà avec un IPA ou ont un collègue qui collabore avec un IPA au sein de la structure. Ce type de structure se prête également beaucoup plus à une collaboration avec un IPA parce que d'une part cela nécessite des locaux suffisamment grands et adaptés et d'autre part, l'emploi d'un IPA peut représenter un coût en cas d'exercice salarié.

Même si aucune significativité n'a été établie faute d'effectifs suffisants, il est intéressant de noter que les 2 médecins en centre de santé de l'étude montraient une tendance à bien connaître les tâches professionnelles que peuvent réaliser les IPA.

Troisièmement, il existe un lien statistiquement significatif entre 3 tâches professionnelles et le lieu d'exercice du répondant :

- Les médecins exerçant en urbain ont tendance à ne pas savoir que l'IPA peut mener un interrogatoire et un examen clinique, contrairement aux médecins ruraux qui sont une majorité à la savoir.

- La prescription d'examens complémentaires par l'IPA est une tâche moins connue par les médecins interrogés. On remarque cependant que les médecins urbains sont une grande majorité à l'ignorer alors que les médecins ruraux sont beaucoup plus partagés.
- Les médecins urbains sont une majorité à ne pas savoir que l'IPA peut renouveler des traitements chez des patients présentant des pathologies chroniques, alors que c'est l'inverse pour les médecins ruraux.

Ainsi, ces 3 tâches significatives mettent en évidence une connaissance moins bonne des tâches professionnelles que peut réaliser un IPA chez les médecins urbains. Une des raisons qui pourraient expliquer ces résultats est la même que pour les médecins exerçant en groupe. En effet, il y a peut être un manque d'intérêt pour le projet par manque d'intention de collaborer. On trouve plus facilement d'exercice seul ou en groupe dans les zones très urbaines, et la logistique est par conséquent plus délicate.

IV.3.2. Concernant les compétences

Nous avons proposé 6 compétences mobilisées par l'IPA, que nous avons pu trouver dans les textes de lois. (36)

Une très grande majorité des médecins généralistes pensent que les compétences mobilisées par l'IPA sont de savoir communiquer avec le patient (92,2%) et savoir s'intégrer dans un réseau de soins et collaborer avec celui-ci (93%). Parmi les quelques médecins n'ayant pas cette information, on note une petite prédominance des médecins de plus de 60 ans. La plupart des médecins interrogés savent aussi que l'IPA doit savoir alerter le médecin en cas de nécessité (95,7%). Pour cette compétence, on n'observe pas de différence entre les catégories d'âge et les modes d'exercice des médecins.

Une majorité pense qu'ils peuvent suivre des patients avec des pathologies chroniques stabilisées (73,9%). On constate que les médecins exerçant en groupe connaissent beaucoup moins cette compétence que les autres. En effet, les médecins exerçant seuls, en groupe ou MSP sont une grande majorité à posséder cette information.

En revanche, les connaissances concernant les 2 dernières compétences sont beaucoup plus partagées. 52,2% ont la notion que l'IPA doit savoir élaborer un raisonnement clinique. Et seulement 40% savent que l'IPA a la compétence de réévaluer une thérapeutique. Pour ces 2 compétences, les médecins de moins de 50 ans et ceux exerçant en MSP ont tendance à plus le savoir.

A noter que comme pour les tâches professionnelles, les médecins urbains ont tendance à moins bien connaître les compétences mobilisées par l'IPA par rapport aux médecins ruraux.

Ces résultats ont tendance à confirmer ce qu'on a pu observer pour les connaissances des tâches professionnelles, à savoir que plus la compétence est purement médicale, moins les médecins sont au courant qu'il s'agit de compétences mobilisées par l'IPA.

Premièrement, il existe un lien statistiquement significatif entre 1 compétence mobilisée par l'IPA et l'âge du répondant :

- Les médecins de moins de 40 ans auraient tendance à savoir mieux que les autres catégories d'âge qu'une des compétences mobilisées par l'IPA est de savoir élaborer un raisonnement clinique.

Ainsi, on en revient à la réflexion faite à la partie précédente, à savoir que les médecins de moins de 40 ans se démarquent des autres catégories d'âge par leur connaissance sur le sujet.

Deuxièmement, il existe un lien statistiquement significatif entre 2 compétences et le mode d'exercice du répondant :

- Les médecins exerçant en groupe sont assez partagés sur le fait que l'IPA ait la compétence de suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées. Ce résultat est significatif et se démarque vraiment de ceux des médecins exerçant seuls, en MSP ou en centre de santé. En effet, la très grande majorité d'entre eux connaissent cette compétence.
- Les médecins exerçant en groupe représentent une part plus importante à ne pas savoir qu'une des compétences mobilisées par l'IPA est de savoir réévaluer une thérapeutique.

Ainsi, on constate que les médecins exerçant en groupe ont tendance à être moins bien informés par rapport aux autres. Cette tendance est concordante avec celle qu'on a mise en évidence avec les tâches professionnelles.

Troisièmement, il existe un lien statistiquement significatif entre 1 compétence et le lieu d'exercice du répondant :

- Même si on observe une majorité de médecins sachant que l'IPA a la compétence de suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées, on constate malgré tout qu'une part non négligeable des médecins urbains n'en a pas connaissance.

Ce résultat vient confirmer la tendance repérée lors de l'analyse des tâches professionnelles, à savoir qu'il y a une moins bonne connaissance des médecins urbains sur le métier d'IPA.

IV.4. Volonté de collaborer et place de l'IPA en médecine générale

Les médecins généralistes interrogés ont montré une faible volonté de collaborer avec un IPA puisque seulement 23,5% l'envisagent.

Il existe un lien statistiquement significatif entre la volonté de collaborer avec un IPA et le mode d'exercice du répondant :

- Les médecins exerçant en MSP seraient plus enclins que les autres à collaborer avec un IPA. En effet, on constate une petite majorité de médecins exerçant en MSP envisageant de collaborer avec un IPA. Les autres médecins exerçant seuls, en groupe ou en centre de santé sont en très grande majorité opposés à l'idée.

En revanche, la place à réserver à l'IPA en médecine générale est plus nuancée. Nous avons proposé 3 réponses, à savoir le salariat, l'exercice libéral et aucune place. Le médecin ne pouvait répondre qu'à une seule proposition. Les réponses ont été très partagées. En effet, 37% ne voit aucune place de l'IPA en médecine générale, 36,9% imaginent un salariat et 26,9% pensent à un exercice libéral de l'IPA.

Cependant, il existe un lien statistiquement significatif entre la place de l'IPA en médecine générale et le mode d'exercice du répondant :

- Les médecins exerçant en groupe ont tendance à ne voir aucune place possible pour un IPA en médecine générale.

Il est intéressant de constater que malgré une faible volonté de collaborer, plusieurs médecins les imaginent pourtant en médecine générale. Il s'agit d'une volonté individuelle de ne pas collaborer. Pour autant, ils ne semblent pas être opposés totalement au projet.

Ainsi, le constat que l'on peut faire de la situation est que l'on voit une volonté de collaborer avec les IPA plus importante pour les médecins exerçant en MSP et une moins grande pour ceux exerçant en groupe. Il est intéressant de reprendre certains constats faits précédemment. En effet, les médecins exerçant en MSP semblent ceux qui ont les meilleures connaissances sur le métier d'IPA et ceux exerçant en groupe, les moins importantes. On pourrait faire l'hypothèse d'un parallèle entre connaissances élevées et intérêt porté au métier d'IPA, d'où l'intérêt de faire ce travail de thèse. Cela pourrait inciter à une campagne informative encore plus importante auprès des médecins.

IV.5. Avantages et freins à la collaboration avec un IPA

Dans les objectifs secondaires, nous avons voulu mettre en évidence les avantages et freins à la collaboration avec un IPA en médecine générale. L'idée est de repérer des éventuelles pistes d'amélioration afin que le projet puisse fonctionner. Il s'agit de questions qui n'attendent pas de « bonnes réponses ».

Nous avons fait le choix de ne pas faire de réponse totalement libre car ce genre de réponse est d'une part compliqué à traiter et analyser et d'autre part, un certain nombre de médecins interrogés se seraient découragés à répondre ou n'auraient pas eu d'idées à noter.

Par conséquent, nous avons listé 9 avantages et 10 freins que nous avons pu trouver au travers de recherches sur le sujet ou en discutant avec certains médecins. Nous avons laissé une case « autre » afin que les médecins puissent rajouter un avantage ou un frein auquel nous n'aurions pas pensé.

IV.5.1. Avantages

Tout d'abord, nous n'avons pas observé de grande majorité sur certaines propositions. En effet, nous n'avons noté que 3 propositions qui apparaissent comme un avantage chez une majorité relative de médecins interrogés. L'IPA présente l'avantage de décharger le médecin généraliste de certaines tâches pour 60 personnes (55,6%). L'idée est de libérer du temps au médecin afin qu'il puisse prendre en charge plus de patients nécessitant une consultation uniquement médicale. En revanche, les avis sont peut-être partagés car l'IPA n'a pas pour mission de faire des tâches très administratives, ce qui est souvent une des charges dont les médecins aimeraient se décharger.

Il a un rôle d'alerte dans le suivi de certains patients stables pour 70 personnes (64,8%). Les médecins y voient l'avantage qu'en cas de problème, ils peuvent être avertis pour reprendre la main.

Il a également l'avantage de collaborer avec le médecin généraliste et éventuellement une équipe pluridisciplinaire pour 66 personnes (61,1%). Cette collaboration a pour but de renforcer la qualité des soins mais certains médecins y voient peut-être l'inconvénient d'une

augmentation de leur charge de travail en devant discuter de patients pour lesquels ils n'ont pas dédié de temps de consultation.

Les autres propositions d'avantages ont convaincu moins d'une personne sur 2. 47 personnes (43,5%) voient tout de même que les IPA peuvent améliorer la qualité des soins proposés. En effet, le fait que les IPA puissent prendre en charge des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées renforce la qualité des consultations car dans l'idée, ce sont des consultations un peu plus longues qu'avec les généralistes. Ce temps plus long de consultation a plusieurs avantages. D'une part, le suivi de la pathologie, les différents dépistages et les consultations avec les spécialistes ont de meilleures chances d'être plus performants. D'autre part, les patients ont plus de chance d'être satisfaits car ils peuvent avoir l'impression d'être mieux pris en charge.

Ensuite, de façon plus anecdotique, 32 personnes (29,6%) pensent que l'IPA va permettre de relever le défi du vieillissement de la population. Une proportion assez similaire (28,7%) considère que l'IPA peut être un avantage pour répondre à la pénurie médicale et à la désertification médicale dans certaines zones. Ces 2 avantages semblent assez cohérents puisque l'une ne va pas sans l'autre et il est donc normal d'observer des taux de réponses voisins. En effet, afin de répondre à la pénurie médicale, il faudrait que le médecin ait plus de patients dans sa file active afin d'en adresser aux IPA. L'augmentation de la patientèle permettrait de répondre en partie au défi du vieillissement de la population. Cependant, ces idées ne semblent pas être vues comme des avantages par la majorité des médecins interrogés.

De plus, dans la lignée des 2 avantages précédents, seulement 28 personnes (25,9%) voient l'IPA comme un avantage pour augmenter l'offre de soins. Dans la même idée, 20,4% pensent que les IPA permettront d'augmenter l'accès à un médecin traitant. La majorité des médecins n'ont pas considéré ces 2 propositions comme des avantages. En effet, il y a peut être une crainte générale des médecins que la collaboration avec un IPA augmente leur patientèle et par conséquent leur charge de travail.

Enfin, 17 médecins interrogés ne voient aucun avantage au déploiement des IPA en France. On constate tout de même qu'une partie importante des médecins interrogés a répondu de manière objective à cette question puisque plus de 3 médecins sur 4 ne souhaitent pas collaborer avec un IPA. Ainsi, même s'ils ne sont pas nécessairement favorables au projet, beaucoup de médecins reconnaissent malgré tout certains avantages que peut offrir l'IPA en médecine générale.

IV.5.2. Freins

Tout d'abord, nous n'avons pas mis en évidence de majorité absolue dans les réponses des médecins sur les différentes propositions.

36 médecins (33,3%) ont une crainte sur la confiance à accorder aux IPA et 51 (47,2%) ont une crainte sur les compétences des IPA. Les proportions de ces 2 freins sont assez surprenantes car on serait tenté de penser que si les médecins ont une crainte sur les compétences de l'IPA, alors ils ont forcément une crainte sur la confiance à accorder. Il aurait donc peut-être été plus logique de constater des proportions équivalentes entre ces 2 freins ou même une inversion des proportions. En effet, on peut savoir qu'une personne est compétente sans pour autant lui accorder sa confiance.

Une part importante des médecins généralistes a aussi la crainte qu'il y ait trop de transférabilité de tâches puisque 47 médecins l'ont signalé (43,5%). Ce chiffre élevé est peut-être en lien avec les 2 freins précédents, à savoir les compétences de l'IPA et la confiance à leur accorder.

Ensuite, on retrouve des taux de réponses importants sur le frein « moins d'études donc moins de connaissances » puisque 44 médecins l'ont sélectionné (40,7%). D'une certaine façon, les IPA ont fait moins d'études et ont par conséquent moins de connaissances médicales. Je pense que c'est en ce sens que beaucoup de médecins ont coché cette proposition. Cependant, nous ne l'avons peut-être pas rédigée correctement pour qu'il y ait une véritable réflexion dessus. En effet, les IPA sont des infirmiers très expérimentés sur le terrain et avec de très bonnes bases médicales. Leur formation, certes courte, est néanmoins axée sur les compétences qu'ils doivent mobiliser. Ainsi, ils n'ont pas besoin d'avoir un panel de connaissances aussi développé que les médecins généralistes. Si l'intitulé de ce frein avait été mieux rédigé, il n'y aurait peut-être pas eu ce taux de réponses positives.

Le cœur de la profession de médecin généraliste est la relation médecin patient. 35 médecins interrogés (32,4%) ont peur qu'elle se rompe avec l'arrivée des IPA. Cette crainte est en lien avec le fait que les patients apprécient qu'on prenne du temps pour eux, chose qui devient assez difficile pour le médecin généraliste mais que pourrait totalement faire les IPA. Il est donc possible qu'il y ait une crainte de perdre cette relation de confiance au profit des IPA.

A ce propos, cette relation médecin patient est d'autant plus importante chez des patients porteurs de pathologies chroniques puisque le médecin sera amené à les voir régulièrement. Une bonne partie de ces pathologies sont dites stabilisées puisque le médecin se contente de faire de la surveillance avec parfois quelques adaptations. C'est ce type de pathologie que l'IPA peut suivre. En plus d'une perte de la relation médecin patient, 49 médecins interrogés (45,4%) ont la crainte qu'il ne leur reste plus que des situations compliquées à gérer. Qui dit situations compliquées, dit également situations potentiellement chronophages. Derrière ce chiffre se cache peut être aussi une crainte de perdre un des aspects sympathiques du métier de généraliste.

De plus, 39 personnes (36,1%) rapportent qu'il s'agit d'une profession trop récente et que l'on n'a pas de recul sur la place de l'IPA en médecine générale. Le caractère récent est également en lien avec le fait que 41 généralistes (38%) ont la crainte que la profession qu'ils ont choisie ne s'éteigne avec l'apparition de nouveaux métiers comme les IPA. Pour ces 2 freins, le caractère récent de la profession d'IPA amène beaucoup d'incertitude. En effet, d'une part le rôle de l'IPA pose question mais également son fonctionnement au sein d'une équipe de soins primaires en libéral. Quelle sera réellement sa place ? D'autre part, le manque de recul sur le métier d'IPA est source d'inquiétude pour certains généralistes puisqu'on ne sait pas comment se passera la cohabitation entre ces 2 professions. Une part non négligeable de médecins interrogés a la crainte que le métier d'IPA prenne le pas sur le métier de médecin généraliste.

Un autre frein important est la difficulté de mise en place puisque 41 médecins le mentionnent. Cette difficulté est liée pour partie à la nouveauté du projet et par conséquent à un manque de référentiel. Ce frein est aussi probablement lié à un problème de locaux pour recevoir un IPA. En effet, les médecins exerçant seuls ou en groupe par exemple n'ont peut-être pas les locaux pour accueillir un IPA, contrairement à une MSP ou un centre de santé.

Dans la case « autre », 2 médecins ont évoqué un frein supplémentaire à la mise en place des IPA. En effet, selon eux, l'émergence des IPA va venir vider le pool d'IDE, ce qui risque de poser de sérieux problèmes de pénurie d'IDE (sachant que les IDE sont déjà en nombre insuffisant).

Il existe également un frein en lien avec les modalités de rémunération que signalent 34 personnes (31,5%). Ce frein s'explique possiblement parce que les tarifs de consultation que peuvent pratiquer les IPA sont beaucoup plus élevés que ceux des médecins généralistes. Cela est probablement amplifié par un échec des négociations entre les médecins généralistes libéraux conventionnés et l'assurance maladie à propos d'une franche augmentation tarifaire en lien avec l'inflation. D'ailleurs, 1 médecin évoque une rémunération parfois plus intéressante pour les IPA dans la case « autre ».

Le temps de coordination fait aussi partie des freins rajoutés par 2 médecins généralistes dans l'espace « autre ». Il est considéré comme nécessaire, chronophage et non rémunéré.

IV.6. Comparaison avec des thèses sur l'IPA

L'infirmier en pratique avancée est un sujet d'actualité, c'est la raison pour laquelle il est encore assez peu documenté.

Quelques médecins ont tout de même effectué leur travail de thèse sur le sujet.

Tout d'abord, « La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale » est une thèse soutenue par le Dr Jean François Colmas en 2019. Il a choisi d'interroger les médecins généralistes au moyen d'entretiens semi-dirigés. Il ressort de cette thèse que les médecins généralistes n'ont pas assez de connaissances sur le sujet. De plus, les médecins ne cachent pas leur inquiétude de voir leur patientèle augmenter de manière importante et de se retrouver à terme en burn-out. Ils soulignent également une augmentation de leur charge de travail sans aucune rémunération à la clé. Au niveau logistique, les problèmes de la capacité d'accueil de l'IPA au sein du cabinet et de son coût soucient les médecins interrogés. Enfin, en ce qui concerne la médecine, ils se posent des questions sur la capacité de prescription des IPA mais aussi sur le fait d'augmenter la difficulté moyenne de leurs consultations en confiant aux IPA les patients « plus simples ». (43)

De plus, « Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires : entretiens avec 14 médecins généralistes en région PACA » est une thèse publiée en 2020 par le Dr Matthieu Aghnatiou. Il a choisi d'interroger des médecins généralistes sous la forme d'entretiens semi-dirigés. Il ressort de cette étude que l'intégration des IPA en ambulatoire paraît plus compliquée qu'à l'hôpital et qu'il y a un manque d'information des médecins. C'est la raison pour laquelle beaucoup de médecins adoptent une attitude attentiste concernant le dispositif IPA même s'ils l'accueillent plutôt positivement. (44)

Ensuite, « Collaboration médecin généraliste et infirmière en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins » est une thèse réalisée par le Dr Alexis Le Cann fin 2021. Il a choisi d'interroger les médecins généralistes au moyen d'entretiens semi-dirigés. Dans un premier temps, les médecins semblent dans l'ensemble accueillir de manière positive la mise en place des IPA. Cependant, plusieurs craintes sont rapportées par les médecins interrogés. Il y a une interrogation concernant le positionnement et le rôle du médecin généraliste dans la

collaboration. Les médecins craignent aussi une altération de leur relation avec leur patientèle ainsi qu'une augmentation de leur charge de travail. Enfin, les jeunes médecins semblent plus enclins à accepter et adopter ce genre de pratique par la suite. (45)

De plus, « Attente des médecins généralistes vis-à-vis de la collaboration avec une infirmière en pratique avancée dans les Hauts de France » est une thèse effectuée par le Dr Clarisse Noirot en 2022. Elle a choisi d'interroger les médecins généralistes au moyen d'entretiens semi-dirigés. Les médecins questionnés semblent rechercher une relation de confiance avec l'IPA. D'ailleurs, la délégation de leurs compétences aux IPA a tendance à les effrayer. Un des freins mis en avant est celui du temps de collaboration, jugé trop chronophage, et également de l'absence de rémunération pour ces actes supplémentaires. (46)

Enfin, « Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes » est une étude menée en septembre 2022. 12 médecins généralistes ont été interrogés au moyen d'entretiens semi-directifs. Dans un premier temps, le manque de connaissances et de clarté sur le rôle de l'IPA apparaît comme un élément central. Cela entraîne une résistance de l'équipe médicale et donc une limitation de la collaboration. La confiance apparaît également indispensable pour envisager une collaboration. Un parcours de soins clair entre le médecin et l'IPA est une nécessité. Dans un second temps, plusieurs craintes sont évoquées. En effet, plusieurs médecins interrogés ont peur que l'IPA vienne empiéter sur leur territoire ou qu'il y ait une mise en concurrence avec l'IPA et par conséquent une diminution de leurs revenus. Les médecins ne semblent pas favorables à un transfert des activités. En revanche, les avis sont partagés sur la question de la prescription médicale par les IPA. Dans un dernier temps, les médecins généralistes avec une grosse activité semblent plus favorables pour collaborer avec un IPA, tout comme les médecins travaillant en équipe. On note également une tendance des jeunes médecins et des hommes médecins à être plus favorables à une collaboration avec un IPA. (47)

IV.7. Perspectives d'évolution et voies d'amélioration

Le métier d'infirmier en pratique avancée est encore trop récent et méconnu. Il n'est donc pas si étonnant que les médecins généralistes n'aient que des connaissances partielles sur le sujet.

Mieux faire connaître ce métier passe par une campagne d'information auprès des médecins.

Il y a fort à parier qu'une meilleure connaissance du métier entraînerait une meilleure adhésion au projet.

Plusieurs pistes d'amélioration pourraient être envisagées comme une campagne d'information gouvernementale de grande ampleur, des campagnes à échelon plus local pour mieux faire connaître le métier ou encore des travaux de thèse pour mettre en lumière le métier d'IPA.

D'autres travaux de thèses sur la place de l'IPA en médecine générale pourraient être menés sur différents points de vue.

- Après avoir interrogé les médecins généralistes, le point de vue des patients serait intéressant à récolter.

- Notre thèse étant très générale, il pourrait être intéressant de n'interroger que certaines catégories de médecins généralistes comme par exemple ceux en MSP ou en groupe. L'idée serait d'explorer plus finement une seule de ces catégories au moyen d'entretien semi-dirigé par exemple.
- Un autre travail de thèse pourrait être effectué sur la mise en évidence plus fine des avantages et freins à la collaboration avec un IPA que nous n'avons pas réellement étudiés dans cette thèse.

En résumé, nous espérons que cette thèse sera la première d'une longue série sur le sujet car c'est un sujet très intéressant, d'actualité et qui mérite d'être mis en lumière.

Conclusion

A l'heure où la médecine générale libérale vit des moments difficiles, des tentatives de sauvetage sont mises en œuvre par le gouvernement français. Parmi les solutions mise en place, il y a les infirmiers en pratique avancée.

Afin que cette dernière solution puisse montrer sa pleine efficacité, il convient que les différents acteurs, dont les médecins généralistes, soient bien informés.

Le but de cette thèse était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur le métier d'IPA. Nous avons pu mettre en avant que les médecins ayant répondu au questionnaire n'ont pas tous de bonnes connaissances sur le sujet. Les analyses statistiques réalisées laissent entrevoir des corrélations statistiquement significatives entre certaines tâches professionnelles et compétences et une meilleure connaissance des médecins de moins de 40 ans et de ceux exerçant en MSP. A l'inverse, les analyses semblent aussi indiquer que les médecins exerçant en groupe et dans une zone urbaine ont des connaissances moins importantes que les autres sur le sujet.

Dans les objectifs secondaires, nous avons essayé de mettre en évidence les avantages et freins en les proposant aux médecins. L'entièreté des réponses a su convaincre au moins une poignée de médecins ce qui aurait tendance à montrer que les avantages et freins que nous avons identifiés le sont réellement pour une partie des médecins. Nous avons aussi pu recueillir d'autres avantages ou freins rapportés par certains médecins grâce à la case « autre », ce qui pourrait permettre de comprendre un peu mieux la vision des médecins généralistes sur le sujet.

Dans les autres objectifs secondaires, nous avons tenté de mettre en évidence un lien entre une volonté de collaborer avec un IPA et les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés. Nous avons pu constater une tendance à vouloir plus collaborer que les autres pour les médecins exerçant en MSP. Enfin, nous avons montré un lien significatif sur le fait que les médecins en groupe ne voient aucune place pour un IPA en médecine générale.

Une des hypothèses que nous pouvons éventuellement mettre en avant grâce à ce travail est que les médecins ayant plus de connaissances sur le métier d'IPA semblent aussi être ceux qui pourraient envisager une collaboration avec eux. Il conviendrait donc de mener des campagnes d'informations sur le sujet auprès des médecins généralistes afin de favoriser l'adhésion au projet.

Ainsi, tous ces résultats montrent des tendances sur certains points. Il serait intéressant d'analyser plus finement les tendances que nous avons mises en évidence aux moyens d'autres travaux de thèse.

Références bibliographiques

1. Arnault F. CNOM. 2022 [cité 25 juill 2023]. Atlas démographie médicale. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
2. Mollier-Sabet L. Public Sénat. 2023 [cité 18 juin 2023]. D'où vient le fameux numerus clausus qui limite le nombre de médecins depuis 50 ans? Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/d-ou-vient-le-fameux-numerus-clausus-qui-limite-le-nombre-de-medecins-pendant-50-ans>
3. Désert médical : un réel problème en ville ? | Tessan [Internet]. 2021 [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.tessan.io/blog/desert-medical-un-reel-probleme-en-ville>
4. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. oct 20, 2016.
5. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée [Internet]. 2023 [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
6. Jort M. 1 200 euros par mois contre une promesse d'installation : pourquoi ça ne marche pas ? Egora. 2022;(337):13-6.
7. CNOP [Internet]. 2022 [cité 26 juill 2023]. Extension des compétences des pharmaciens d'officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/extension-des-competences-des-pharmaciens-d-officine>
8. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes chez les adolescents de plus de 16 ans et les adultes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312462/fr/elargissement-des-competences-en-matiere-de-vaccination-des-infirmiers-des-pharmaciens-et-des-sages-femmes-chez-les-adolescents-de-plus-de-16-ans-et-les-adultes
9. VIDAL [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Prescription et délivrance des médicaments : l'intervention du pharmacien d'officine sur les prescriptions. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/infos-pratiques/prescription-et-delivrance-des-medicaments-l-intervention-du-pharmacien-d-officine-sur-les-prescriptions-id15573.html>
10. Assistant médical: un professionnel pour vous faire gagner du temps au service de vos patients [Internet]. 2023 [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Assistant%20medical-Brochure-Medecin%20liberal.pdf>
11. Renaud Adrien. La pénurie de temps médical, une opportunité pour les professions intermédiaires? Egora. 2022;8(335):8-11.
12. CIDJ [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Assistant médical / Assistante médicale. Disponible sur: <https://www.cidj.com/metiers/assistant-medical-assistante-medicale>

13. Infirmiers.com [Internet]. 2010 [cité 13 oct 2023]. Les pratiques avancées infirmières dans 12 pays. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/les-pratiques-avancees-infirmieres-dans-12-pays>
14. Espace infirmier [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Historique du dispositif. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/historique-du-dispositif.html>
15. <http://www.futursploutsh.net>. SNPI. [cité 12 oct 2023]. Conception américaine de l'infirmière de pratique avancée IPA. Disponible sur: <https://www.syndicat-infirmier.com/Conception-americaine-de-l.html>
16. Infirmiers.com [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Qu'est ce que la pratique avancée (Advanced practice)? Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/quest-ce-que-la-pratique-avancee-advanced-practice>
17. Bonnel G. Advanced practice nursing in the United States, before and during the Covid-19 era. [cité 13 oct 2023]. Advanced practice nursing in the United States, before and during the Covid-19 era | Mme Galadriel BONNEL. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/revues/revue-de-la-pratique-avancee/n-1-mars-2021/advanced-practice-nursing-intheunited-states-before-and-during-the-covid-19-era>
18. Zhang P, Patel P. Practitioners And Prescriptive Authority. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574557/>
19. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées UNE DESCRIPTION ET ÉVALUATION DES EXPÉRIENCES DANS 12 PAYS DÉVELOPPÉS- Rapport OCDE [Internet]. 2010 [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/delamaire_m._et_g._lafortune_2010_les_pratiques_infirmieres_avancees_une_description_et_evaluation_des_experiences_dans_12_pays_developpes_documents_de_travail_de_l_ocde_sur_la_sante_no._54_editions_ocde_paris.pdf
20. Elizabeth Logan, Katherine Poposki. Infirmière canadienne. 2019 [cité 15 oct 2023]. Droit de prescrire : des progrès pour les infirmières et infirmiers praticiens en Ontario. Disponible sur: <https://community.cna-aiic.ca/dev-cn-french/blogs/ic-contenu/2019/10/07/droit-de-prescrire-des-progres-pour-les-infirmiere>
21. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 avr 2005;(2):CD001271.
22. Coull A, Murray I, Turner-Halliday F, Watterson A. The expansion of nurse prescribing in Scotland: an evaluation. *Br J Community Nurs.* mai 2013;18(5):234-42.
23. Masson E. EM-Consulte. 2016 [cité 5 févr 2024]. L'infirmière et la prescription, quelle situation internationale ? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1092355/l-infirmiere-et-la-prescription-quelle-situation-i>
24. <http://www.geantduweb.ca> G du web: Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. 2023 [cité 14 oct 2023]. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec - Historique. Disponible sur: <https://www.aipsq.com/laipsq/historique>

25. DIRECTIVES SUR LE POUVOIR DE PRESCRIPTION DES INFIRMIÈRES 2021 [Internet]. 2021 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Nurse_prescribing_guidelines_FR.pdf
26. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Hum Resour Health. 9 déc 2019;17(1):95.
27. Yvon Berland. « COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES ». 2003 p. 69.
28. Legifrance [Internet]. 2004 [cité 16 oct 2023]. Article 131 - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006697756/2004-08-11
29. Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. déc 13, 2004 p. 5.
30. Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. SANH0621438A mars 30, 2006 p. 6.
31. Yvon Berland, Yann Bourgeuil. « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». 2006 p. 135.
32. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. 2009 [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543
33. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 18 oct 2023]. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>
34. APMSL [Internet]. 2018 [cité 2 août 2023]. Parution au JO des décrets et arrêtés sur l'exercice infirmier en pratique avancée (IPA) | APMSL. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/blog/parution-jo-decrets-arretes-exercice-infirmier-pra/>
35. Robin C. Capital.fr. 2020 [cité 18 oct 2023]. Ségur de la santé : ces super-infirmiers dont le gouvernement veut booster les effectifs. Disponible sur: <https://www.capital.fr/votre-carriere/segur-de-la-sante-ces-super-infirmiers-dont-le-gouvernement-veut-booster-les-effectifs-1376609>
36. Arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045358705>
37. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). 2023-379 mai 19, 2023.
38. Ameli [Internet]. 2023 [cité 24 janv 2023]. Exercice des infirmiers en pratique avancée. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
39. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 16 juin 2023]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

40. CHU Limoges [Internet]. [cité 18 oct 2023]. CHU Limoges : Inscription au Diplôme d'Etat d'Infirmier en pratique avancée (Faculté de médecine de Limoges). Disponible sur: <https://www.chu-limoges.fr/inscription-au-diplome-d-etat-d-infirmier-en-pratique-avancee-faculte-de-medecine-de-limoges.html>
41. CURRICULUM 2022-2023 Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée. 2022.
42. VIDAL [Internet]. 2022 [cité 16 oct 2023]. Système de santé : la pratique avancée des infirmières et infirmiers. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/infos-pratiques/systeme-de-sante-la-pratique-avancee-des-infirmieres-et-infirmiers-id15731.html>
43. Colmas JF. La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale [Thèse d'exercice : médecine]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2019.
44. Aghnatos M. Soins infirmiers en pratique avancée: représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires: entretiens avec 14 médecins généralistes en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) [Thèse d'exercice : médecine]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2020.
45. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée: les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins [Thèse d'exercice : médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2021.
46. Noirot C. Attentes des médecins généralistes vis à vis de la collaboration avec une infirmière de pratique avancée en soins primaires dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice : médecine]. [Amiens]: UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE; 2022.
47. Aumarechal Laure, Lebeau Jean-Pierre, Lebleu Mary. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. Rech Soins Infirm. 2022;(150):66-78.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de thèse à destination des médecins généralistes	74
Annexe 2. Listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée	78
Annexe 3. Formation IPA.....	83

Annexe 1. Questionnaire de thèse à destination des médecins généralistes

Bonjour, je m'appelle Corentin Guérin, je suis interne en médecine générale à Limoges. J'effectue ma thèse sur un sujet d'actualité brûlant, les IPA (Infirmiers de Pratique Avancée). Ma thèse est dirigée par le Dr Houdard. A travers ce travail, je m'intéresse aux connaissances des médecins généralistes du Limousin sur le métier d'IPA.

Le questionnaire qui suit comporte 4 parties. La première permet de recueillir les données sociodémographiques. La deuxième s'intéresse aux connaissances pré-existantes des médecins généralistes sur le métier d'IPA. La troisième est une fiche informative sur le métier d'IPA. Enfin la quatrième partie consiste à voir quelle place leur réserver dans votre pratique et les avantages/freins à l'utilisation de leurs missions.

Pour le bon déroulé du questionnaire, merci de répondre en premier à la première et deuxième partie avant de prendre connaissance de la fiche informative.

Répondre à ce questionnaire vous prendra moins de 2 minutes. Le but est de faire un travail objectif sur ce nouveau métier afin que chacun puisse avoir les informations adéquates sur le sujet.

Première partie : Données sociodémographiques

- Age :
 - ≤ 40 ans
 - 41-50 ans
 - 51-60 ans
 - > 60 ans

- Lieu d'exercice :
 - Urbain (>2000 habitants)
 - Rural (<2000 habitants)

- Mode d'exercice :
 - Seul
 - En groupe
 - En MSP
 - Centre de santé

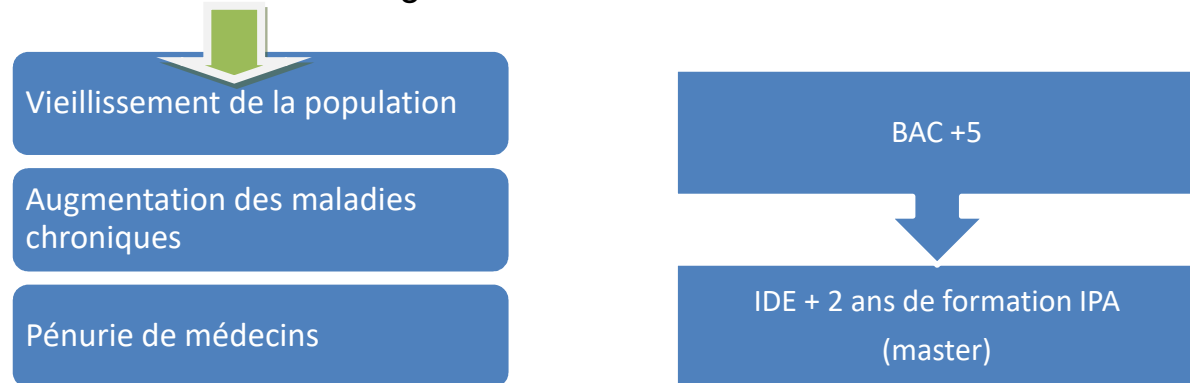
Deuxième partie : Connaissances pré-existantes des médecins généralistes sur le métier d'IPA (infirmier en pratique avancée)

- Avez-vous déjà entendu parler du métier d'IPA ?
 - Oui
 - Non

- Quelles sont, selon vous, les différentes tâches professionnelles pouvant être attribuées à un IPA ?
 - Collaborer avec le médecin généraliste dans une approche pluriprofessionnelle
 - Suivre des protocoles établis par un médecin

- Etablir une relation avec un patient
 - Mener un interrogatoire et un examen clinique
 - Suivre des pathologies chroniques stabilisées
 - Prescrire des examens complémentaires
 - Initier des prescriptions médicamenteuses
 - Réaliser des actes de dépistage et prévention
 - Renouveler des traitements chez des patients présentant des pathologies chroniques
 - Adapter les thérapeutiques
 - Autres
- Quelles sont les différentes compétences mobilisées par l'IPA ?
 - Savoir communiquer avec le patient
 - Savoir s'intégrer dans un réseau de soins et collaborer avec celui-ci
 - Savoir élaborer un raisonnement clinique
 - Savoir suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées
 - Savoir alerter le médecin en cas de nécessité
 - Savoir réévaluer une thérapeutique
- Envisagez-vous à cet instant de collaborer avec un IPA ?
 - Oui
 - Non

Création en 2018 car 3 grands défis



Domaine d'intervention : suivi de polyopathologies chroniques stabilisées

Taches professionnelles

- Collaboration avec MG + suivi de protocoles établis par le médecin
- Etablir une relation avec le patient
- Mener un interrogatoire et un examen clinique
- Prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales
- Réaliser des actes de dépistage + prévention

Compétences

- Savoir communiquer avec le patient
- Savoir s'intégrer dans un réseau de soins et collaborer avec celui-ci
- Savoir élaborer un raisonnement clinique
- Savoir suivre des patients présentant des pathologies chroniques stabilisées
- Savoir alerter le médecin en cas de nécessité
- Savoir réévaluer une thérapeutique

2 modes d'exercice possible

- Salarié d'une structure
- Exercice libéral à partir de patients orientés par le MG

Quatrième partie : Place de l'IPA, avantage de la fonction IPA dans votre pratique et freins à l'utilisation de leurs missions

- Quelle place pourriez-vous réserver à un IPA dans votre pratique ?
 - Orientation des patients à l'IPA et exercice libéral de ces derniers
 - Salariat de l'IPA au sein d'une structure de soins (MSP ou centre de santé)
 - Aucune

- Quels avantages verriez-vous à leur intervention en médecine générale ?
 - Décharger le médecin généraliste de certaines tâches
 - Augmenter l'offre de soins
 - Améliorer la qualité des soins
 - Avoir un rôle d'alerte dans le suivi de certains patients stables
 - Collaborer avec le médecin +/- une équipe pluridisciplinaire
 - Répondre à la pénurie de médecins et à la désertification médicale dans certaines zones
 - Permettre d'augmenter l'accès à un médecin traitant
 - Relever le défi du vieillissement de la population
 - Aucun
 - Autres :

- Quels sont les freins à l'utilisation de missions de l'IPA en médecine générale ?
 - Moins d'études donc moins de connaissances
 - Crainte de rompre la relation médecin patient
 - Crainte sur la confiance à accorder aux IPA
 - Crainte sur les compétences des IPA

Annexe 2. Listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée

Annexe 2.1. LISTE DES ACTES TECHNIQUES QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À EFFECTUER SANS PRESCRIPTION MÉDICALE ET, LE CAS ÉCHÉANT, À EN INTERPRÉTER LES RÉSULTATS POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI

Réalisation d'un débitmètre de pointe.

Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.

Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.

Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.

Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.

Recueil aseptique des urines.

Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.

Ablation du matériel de réparation cutanée.

Pose de bandages de contention.

Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.

Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.

Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.

Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.

Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.

Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

Utilisation de techniques de médiation à visée thérapeutique.

Réalisation d'une échographie de vessie.

Echoguidage des voies veineuses périphériques difficiles.

Pose de cathéter veineux court.

Pose de sonde gastrique.

Pose de sonde vésicale à demeure y compris le premier sondage chez l'homme.

Toucher rectal.

Spirométrie et mesure du monoxyde de carbone expiré.

Méchage pour épistaxis (hors ballonnet).

Anesthésie locale et topique.

Gypsothérapie.

Immobilisations au moyen d'attelles, orthèses et autres dispositifs.

Réalisation de sutures (sauf visage et mains) comprenant les arcades sourcilières, le crâne et la pose/ ablation de crins ;

Incision et drainage d'abcès, méchage.

Tests rapides d'orientation diagnostiques inscrits au tableau 3 de l'arrêté du 1er août 2016 ainsi que ceux recommandés en cas d'épidémie ou de pandémie.

Dosage de l'hémoglobine par " HemoCue ".

Pose d'une oxygénothérapie (< 15l/ min).

Défibrillation manuelle.

Annexe 2.2. LISTE DES ACTES DE SUIVI ET DE PRÉVENTION QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À DEMANDER, POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI

Conseils hygiéno-diététiques adaptés.
Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.
Rétinographie avec ou sans mydriase.
Electrocardiographie (ECG) de repos.
Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).
Explorations fonctionnelles de la respiration.
Electro-encéphalographie.
Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.
Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.
Doppler du greffon.
Débit de fistule artério-veineuse.
Vaccinations selon calendrier vaccinal, vaccinations ciblées (grippe saisonnière, anti-tétanique, Gammaglobuline antitétanique), vaccins maladies tropicales et vectorielles.

Annexe 2.3. LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX NON SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE OBLIGATOIRE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE :

Dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.
Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.
Aide à la fonction respiratoire : débimètre de pointe.
Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
Prothèse capillaire.
Prothèse mammaire externe.
Attelles et orthèses de série.
Chaussures thérapeutiques de type CHUT/ CHUP.
Matériel de maintien à domicile (lit médicalisé, lève-malade, chaise percée, dispositif de verticalisation).
Chaussettes et orthèses thérapeutiques anti-escarres.
Ensemble des dispositifs mentionnés dans l'arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les IDE sont autorisés à prescrire nonobstant les conditions applicables aux IDE en soins généraux

Annexe 2.4. LISTE DES EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI :

1. EXAMENS SANGUINS

Hématologie :

- Hémogramme (numération des hématies, des leucocytes et des plaquettes, dosage de l'hémoglobine, hématocrite, volume globulaire moyen, paramètres érythrocytaires, formule leucocytaire).
- Réticulocytes.
- Schizocytes.

Immunologie :

- Phénotype HLA classe I (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- Phénotype HLA classe II (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- Groupage sanguin.
- RAI.
- Anticorps anti-tréponème.
- Anticorps anti-tétaniques.
- Phadiatop.

Virologie :

- Sérologie et charge virale (VIH, VHC, VHB).
- Sérologie HTLV1 et HTLV2.
- Sérologie syphilis.
- Sérologie SARS CoV2.

Hémostase et coagulation :

- Temps de Quick en cas de traitement anti-vitamine K (INR).
- Mesure de l'activité anti-facteur X activé (anti-Xa) de l'héparine ou d'un dérivé héparinique.
- Temps de Quick.
- Taux de prothrombine.
- Bilan (TP, TCA, fibrinogène, bilan CIVD, ATII, facteurs de coagulation).
- Dosage concentration plasmatique AOD, ARU, PRU.

Microbiologie :

- Examen cytbactériologique des urines (ECBU).
- Prélèvement cutané ou muqueux.
- Hémocultures veineuses périphériques qui font partie du bilan infectieux.

Hormonologie :

- TSH.
- Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- Bêta-HCG.

Enzymologie :

- Lipasémie.
- Phosphatases alcalines.
- Transaminases (ALAT et ASAT, TGP et TGO).
- Gamma glutamyl transférase (GGT).
- Créatine phosphokinase (CPK).
- Lactate déshydrogénase (LDH).

Protéines, marqueurs tumoraux, vitamines :

- Protéine C réactive (CRP).
- Albumine.
- Folates sériques ou érythrocytaires.
- HbA1c (hémoglobine glyquée, suivi de l'équilibre glycémique).
- Peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP).
- Ferritine.
- Marqueurs tumoraux (suivi d'un cancer selon les recommandations en vigueur).
- Dosage de la 25-(OH)-vitamine D (D2 + D3) (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- D-dimères.
- Troponine.
- Pro calcitonine.

- Quantiféron.
- Dosage de la 25 (OH) - vitamine D (D2 et D3).
- Haptoglobine.
- Dosage vitamine B6 et B12.
- Pré albumine.
- Électrophorèse des protéines sériques.
- Amylasémie.
- Cétonémie.

Biochimie :

- Glycémie.
- Acide urique.
- Phosphore minéral.
- Calcium.
- Urée.
- Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI.
- Créatinine avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault) pour surveillance des traitements et ajustement des doses.
- Dosage de la bilirubine.
- Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) (aspect du sérum, cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL et calcul du cholestérol-LDL).
- Bicarbonates ou CO₂.
- Ionogramme (potassium, sodium, chlore, bicarbonates, protides totaux).
- Saturation en oxygène (SaO₂).
- Gaz du sang.
- Ionogramme complet : VS, bilan martial, transferrine, coefficient de saturation de la transferrine.
- Fer sérique.
- Décarboxytransferrine (CDT).

Dosages médicamenteux :

- Lithium.
- Acide valproïque.
- Carbamazépine.
- Clozapine.
- Pic plasmatique et taux résiduel médicamenteux.

Toxicologie :

- Recherche de toxiques.

Parasitologie :

- Recherche dans le sang et les selles.

2. EXAMENS URINAIRES

- Protéinurie.
- Micro-albuminurie.
- Ionogramme (potassium + sodium).
- Acétone.
- Acide urique.
- Calcium.
- Créatinine.

- Phosphore minéral.
- PH.
- Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine).
- Glycosurie.
- Antigènes solubles urinaires légionnelle.
- Électrophorèse et immunoélectrophorèse des protéines urinaires.
- Urée.
- Créatine et calcul de la clairance de la créatine.
- Recherche de produits toxiques.

Annexe 2.5. LISTE DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES QUE L'INFIRMIER EXERÇANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À RENOUELER OU À ADAPTER POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI

- Produits de santé

Le renouvellement et l'adaptation de la prescription initiale médicale peut, à l'appréciation du médecin prescripteur, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier en ce qui concerne :

- les médicaments à dispensation particulière conformément à l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale ;
- les produits sanguins labiles ou les produits dérivés du sang.

En ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin.

En ce qui concerne les thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription peut, à l'appréciation du médecin, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier.

- Actes infirmiers uniquement dans le cadre du domaine d'intervention " Urgences " :
- actes de rééducation ;
- équipement de protection individuelle ;
- bons de transport ;
- arrêt de travail de moins de 7 jours.

Annexe 3. Formation IPA

ENSEIGNEMENTS		Modalités pédagogiques					
		CM	EL	TD	TRAV PERSO	TOTAL	CE
Enseignements du semestre 1							
Semestre 1	UE Sciences infirmières et pratique avancée	14		14	14	42	7
Semestre 1	UE Clinique	28		70	7	105	15
Semestre 1	UE Responsabilité, éthique, législation, déontologie	7	7	7		21	3
Semestre 1	UE Méthode de travail			21		21	3
Semestre 1	UE Anglais			21		21	2
Enseignements du semestre 2							
Semestre 2	UE Clinique	21		21		42	6
Semestre 2	UE Formation et analyse des pratiques professionnelles	17,5		17,5	7	42	6
Semestre 2	UE Santé publique	17,5		17,5	7	42	5
Semestre 2	UE Recherche		10,5	17,5	14	42	5
Semestre 2	UE Anglais			21		21	2
Semestre 2	Stage					280	6

ENSEIGNEMENTS		Modalités pédagogiques					
		CM	EL	TD	TRAV PERSO	TOTAL	CE
Enseignements du semestre 3							
Tronc commun							
Semestre 3	UE Recherche			26h30	15h30	42	4
Semestre 3	UE Anglais			21	0	21	2
Mention : Pathologie Chronique Stabilisée ; prévention de polypathologies courantes en soins							
Semestre 3	UE Bases fondamentales		11	31		42	6
Semestre 3	UE Clinique			94	4	98	14
Semestre 3	UE Parcours Santé			24	4	28	4
Enseignements du semestre 4							
Semestre 4	Stage					560	30

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

Connaissances des médecins généralistes en Limousin sur le métier d'IPA

OBJECTIF : L'objectif principal était d'identifier les connaissances des médecins généralistes exerçant en libéral en Limousin sur les tâches professionnelles et compétences des IPA. Les objectifs secondaires étaient notamment de mettre en évidence les avantages et freins du métier d'IPA et un lien entre une volonté de collaborer avec un IPA et les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés.

METHODE : Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale, au moyen d'un questionnaire diffusé aux médecins généralistes exerçant en libéral en Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse). L'analyse statistique a été faite avec les tests du Chi-2 et de Fisher.

RESULTAT : Les médecins de moins de 40 ans ont tendance à avoir une meilleure connaissance des tâches professionnelles et compétences des IPA. Les médecins exerçant en MSP semblent posséder plus d'informations sur les tâches professionnelles et être plus enclins à vouloir collaborer avec un IPA. Les médecins exerçant en groupe ou dans une zone urbaine ont, en revanche moins de connaissances que les autres sur le sujet. Les médecins exerçant en groupe ne voient aucune place pour l'IPA en médecine générale.

CONCLUSION : Les médecins généralistes en Limousin ne semblent pas avoir d'excellentes connaissances sur le sujet. Ce travail semble mettre en évidence une corrélation entre moindres connaissances sur le métier IPA et moindre volonté de collaborer.

Mots-clés : IPA, médecins généralistes, connaissances

The knowledge of GPs in Limousin with regard to the job of an APN

OBJECTIVES : The main objective was to identify the knowledge of GPs working in private practice in Limousin in the professional tasks and skills of an APN. The second ones were to show the advantages and disadvantages of working with an APN and a link between willingness to collaborate with an APN and the sociodemographic characteristics of the doctors interviewed.

METHOD : We did an epidemiological cross-sectional study, via a questionnaire distributed to GPs practicing in private practice in Limousin (Haute-Vienne, Corrèze and Creuse). Statistical analysis was done with the Chi-2 and Fisher test

RESULTS : GPs under the age of 40 tend to have better knowledge of the professional tasks and skills of an APN. GPs working in family health teams seem to have more information about professional tasks and to be more willing to work with an APN. Conversely, the GPs practicing in groups or in an urban area have less knowledge of the subject than others. GPs in group practice don't think there is a place for APNs in general practice.

CONCLUSION : GPs in Limousin don't seem to have excellent knowledge on the subject. This work tends to highlight a link between less knowledge about APNs and less willingness to work with them.

Keywords : APN, GPs, knowledge

