

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Denis SOUBIALE**

Le 07 février 2023

Impact de la collaboration médecin généraliste-IPA dans le système de soins français.

Directeur de thèse : Pr Jean- Christophe POUTRAIN

### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN**

**Madame la Docteure Elodie BELOT**

**Monsieur le Docteur Adrien FORGUES**

**Président**

**Directeur**

**Assesseur**

**Assesseur**

FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSÉY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
Professeur BOUTAULT Franck  
Professeur CARON Philippe  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur GRAND Alain  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MARCHOU Bruno  
Professeur PERRET Bertrand  
Professeur RISCHMANN Pascal  
Professeur RIVIERE Daniel  
Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	βGHFLQHQBUIHQFH	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
<b>P.U. Médecine générale</b> M. MESTHE Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		<b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b> Mme MALAUAUD Sandra

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie  
M. ESCOURROU Emile

**Maitres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme FREYENS Anne  
Mme LATROUS Leila  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

### **Remerciements aux membres du jury :**

A monsieur le Professeur Pierre MESTHE,  
Médecin généraliste, Professeur des universités,  
Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,  
Médecin généraliste, Professeur associé des universités,  
Merci de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre écoute, vos précieux conseils et votre bienveillance. Sans votre aide, ce travail n'aurait pu voir le jour.

A madame le Docteur Elodie BELOT,  
Médecin généraliste,  
Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A monsieur le Docteur Adrien FORGUES,  
Médecin généraliste,  
Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de m'avoir accompagné comme maître de stage et dans le début de ma vie professionnelle. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

### **Remerciements personnels :**

A ma famille...

A mes parents,

Merci de m'avoir soutenu et accompagné durant ces longues années d'étude.

Si j'en suis là, c'est grâce à vous.

Maman, si j'ai choisi d'exercer la médecine, c'est grâce à toi.

Depuis mon enfance, je t'ai toujours admiré.

La bienveillance dont tu fais preuve avec chaque patient et ton optimisme à toute épreuve est exemplaire. Tu as toujours su trouver les mots pour me motiver et rendre mes rêves réalisables.

Papa, si j'en suis là et suis la personne que je suis devenue c'est aussi grâce à toi.

Tu as toujours su nous rassembler en toute circonstance et nous apporter ton amour sans faille. Chacun de nos appels, presque quotidiens, m'ont permis d'avancer et d'affronter les difficultés.

Je suis fier d'être votre fils, fier des valeurs que vous m'avez inculquées, fier de faire partie de cette famille. Je vous aime.

A mes frères et ma sœur,

A mon grand frère, tu as toujours su me montrer l'exemple par ta grande curiosité et ta capacité de travail. C'est en voyant ce que tu accomplis que je me suis permis de croire en ce rêve d'être médecin. Quelle chance de t'avoir comme grand frère.

A mon petit frère et ma petite sœur, merci de m'avoir soutenu tout au long de mon parcours. Vous savez combien vous comptez pour moi.

Nos nombreux rires, secrets et innombrables souvenirs font notre complicité. Qu'elle dure...

A ma belle-sœur et mon petit neveu, vous avez apporté de la joie et du soleil dans notre famille. Merci.

A mon beau-père, merci pour ton soutien et les nombreux bons moments passés ensemble, tu as aussi été un exemple de courage et d'abnégation pour moi. Tu as permis que nous soyons les enfants heureux d'une famille recomposée. Merci.

A mes cousins et cousine, aussi loin que je me souviens, vous avez toujours été là pour nous. Merci pour les innombrables rires et fous rires que vous nous avez apportés. Les moments de bonheur passés avec vous sont inoubliables. Je mesure la chance que nous avons de vous avoir dans notre famille.

A Sophie, je te remercie de m'avoir accompagné et supporté durant tout ce temps, tu as été mon soutien quotidien. Tu sais mieux que personne, les doutes et difficultés par lesquels j'ai suis passé. A ton tour, de reprendre les études. Je t'aime.

### **A mes amis ...**

A Kévin, mon futur confrère et ami. Tu sais combien tu as été important pour moi depuis cette première année jusqu'à aujourd'hui, 6 années passées à se voir quotidiennement sur les bancs de la faculté de Toulouse. Ton énergie, ta motivation à toute épreuve et ton humour ont rendu ces années difficiles finalement agréables. Je suis tellement fier et heureux que tu puisses réaliser aussi ton rêve. Il restera ce lien particulier entre nous. CR7 prend sa retraite, il était temps.

A mes amis toulousains, Marc, Matthias, Basile, Melissa, Julianne, Romain, Medhi...  
A Théo mon colocataire ariégeois, très heureux de t'avoir rencontré, je suis sûr que nous nous croiserons pour enfin profiter de ces belles montagnes Pyrénéennes.

A Mathilde Couix, futur collègue et IPA. Merci de m'avoir accordé de ton temps et de m'avoir accueilli.

A tous mes maîtres de stages...

Dr Julien, Dr Bellanger avec qui j'ai débuté l'exercice de la médecine générale. Vos enseignements m'ont permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour votre temps et votre accueil Gersois.

A Dr Forgues Hubert, Dr Forgues Adrien et Dr Chappaz Mathilde, merci pour vos enseignements et votre bienveillance. Vous avez su m'apporter votre confiance, grâce à vous j'aborde mon futur métier avec sérénité et certain de mon choix d'exercice. J'espère qu'un jour, je pourrai exercer à vos côtés.

A Pr PUGNET Grégory et mes co-internes de médecine interne, vous avez rendu ce stage hospitalier passionnant. Mon seul regret sera de ne pas avoir appris plus longtemps à vos côtés.

**Liste des abréviations :**

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

ALD : Affection de longue durée

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

IPA : Infirmier de pratique avancée

INSEE : Institut national de statistique et des études économiques

ZRR : Zone de revitalisation rurale



## Table des matières :

### **Remerciements**

<b>I. Introduction.....</b>	<b>10</b>
1. La démographie médicale et populationnelle en France.....	10
2. La densité médicale standardisée.....	10
3. De nouvelles professions intermédiaires.....	10
4. Les infirmier(e)s de pratique avancée.....	11
5. Le point de vue du corps médical.....	12
6. Hypothèse et objectifs .....	12
<b>II. Matériel et Méthodes.....</b>	<b>13</b>
1. Description de l'étude.....	13
2. Lieu et période de l'étude.....	13
3. Échantillonnage.....	13
4. Élaboration questionnaire .....	13
5. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	13
6. Diffusion.....	13
7. Recueil et analyse .....	13
8. Méthodologie de référence .....	14
<b>III. Résultats .....</b>	<b>15</b>
1. Caractérisation de la population étudiée .....	15
2. Évaluation du ressenti de la collaboration .....	19
3. Analyse de corrélation des différents items avec le nombre de patients pris en charge par les IPA et l'activité du médecin généraliste .....	25
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>32</b>
1. Principaux résultats .....	32
2. Forces et limites de l'étude .....	34
3. Confrontation des résultats à la littérature .....	34
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>36</b>
<b>VI. Références bibliographiques .....</b>	<b>37</b>

## I - Introduction

### 1- La démographie médicale et populationnelle en France.

Au 1er janvier 2022, la DRESS recensait 99 941 médecins généralistes contre 101 435 en 2012 sur le territoire français, soit une diminution de 2,5 % en 10 ans (1).

La DRESS prévoit un prolongement de cette tendance à la baisse jusqu'en 2026 avec un nombre de médecins généralistes estimé à 92 228, point le plus bas. Les estimations les plus optimistes espèrent pouvoir retrouver le niveau actuel vers 2035, soit presque 10 ans plus tard (2).

En d'autres termes, tenant également compte de l'augmentation de la population, on comptait une densité de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 contre 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021(3).

Ce constat alarmant s'explique principalement par l'absence de révision du numérus clausus de manière suffisante pour combler le nombre de départ à la retraite et l'augmentation de la demande de soins directement lié au vieillissement de la population.

Un vieillissement populationnel largement accéléré depuis 2011 avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses du baby-boom.

En effet, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5% de la population, contre 20,1 % un an auparavant et 19, 7% deux ans auparavant.

Au total, sur vingt ans, on note une progression de 4,7 points pour les plus de 65 ans et de 2,4 points pour les habitants âgés de 75 ans ou plus, ce qui représente près d'un habitant sur dix au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (4).

### 2 – La densité médicale standardisée.

Ces premiers chiffres nous rappellent à quel point la situation démographique médicale se dégrade et risque de continuer à se dégrader.

Si l'on tient compte de la consommation de soins par âge ou de « densité médicale standardisée », nous assistons logiquement à un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins.

Les projections actuelles les plus optimistes nous montrent que cette densité médicale standardisée ne retrouvera pas son niveau actuel, à minima, avant les années 2030 (5).

Comme rappelé par la CNAM lors d'un récent colloque organisé par MG France, 6 000 000 de patients se trouvent actuellement sans médecin traitant dont 620 000 sont en ALD (6) . Ce triste bilan ne fait que confirmer le ressenti de nos patients bien trop souvent confrontés à une difficulté d'accès aux soins.

Sans changement d'organisation de notre système de santé, les médecins généralistes de demain seront contraints à un encore plus grand nombre de consultations pour un même temps de travail. Une modernisation de notre système de soins avec l'objectif d'un « gain de temps médical » doit inéluctablement s'opérer.

### 3 - De nouvelles professions intermédiaires.

Dès 2003, Jean François Mattéi alors ministre de la Santé confie au Pr Berland un rapport visant à apporter des éléments détaillés de réflexion sur les évolutions possibles des contours des

métiers de la santé et sur les modalités de transfert et/ou de délégations d'activités et de compétences entre la profession médicale et les autres professions de santé.

Ce rapport a permis, je cite : « De démontrer la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés. Elles démontrent également une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer nos pratiques vers plus de collaborations entre tous ces acteurs de santé ».

Ces expérimentations marquent une étape historique dans l'organisation du système de soins en France puisque les résultats obtenus aux bénéfices des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle (7).

Comme décrit dans ce même rapport « plusieurs projets, sont en faveur soit d'un accroissement de productivité, soit d'un gain de temps médical plus ou moins important (...) Il semble bien que l'amélioration des prises en charge qui est évoquée par les promoteurs soit liée à la disponibilité de l'infirmière experte et aux durées de consultations qu'elle pratique. »

Le rapport Berland s'inscrit dans la continuité de la littérature internationale et notamment avec une étude de l'OCDE portant essentiellement sur le Royaume-Uni, l'Amérique du Nord et l'Australie concluant que « des infirmières formées de façon appropriée peuvent délivrer des soins d'aussi bonne qualité que les médecins et atteindre des résultats de soins équivalents. » (8).

Très récemment l'OMS s'est également inscrite dans cette même dynamique en encourageant les états à développer l'autonomisation des infirmières (9).

#### 4- Les infirmier(e)s de pratique avancée.

Fort de ces études et modèles faisant leurs preuves outre-atlantique (que ce soit avec les nurse practitioners aux États-Unis ou les infirmier(es) praticien(nes) spécialisé(e)s au Québec (8)(10)), le gouvernement Français décide de s'inscrire dans cette même dynamique. Le 26 janvier 2016 était votée la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé avec notamment la reconnaissance du statut d'infirmier de pratique avancée (IPA) avec un diplôme d'état.

En 2018, le décret n° 2018-633 officialise l'exercice d'infirmier en pratique avancée permettant un début de formation dès septembre 2018, d'une durée de 2 ans, avec pour seule condition 3 années d'exercice en tant qu'infirmier diplômé d'état.

L'ambition du gouvernement est de réorganiser les pratiques en définissant de nouvelles règles de partage entre médecin et infirmier dans un but, ici encore, de permettre au médecin de gagner en temps médical et de répondre à la problématique du déséquilibre entre offre et demande de soins.

La promotion de l'intégration horizontale (entre médecins) comme verticale (entre médecins et paramédicaux) ainsi que le renforcement du travail d'équipe et le développement de rôles avancés pour les professionnels de santé tels que les infirmier(e)s, semblent devenir une nécessité, ou tout au moins une alternative pour retrouver du temps médical et améliorer la qualité des soins de nos patients.

D'après l'UNIPA (union nationale des infirmiers en pratiques avancées), en 2020, on comptait 260 infirmiers diplômés en pratique avancée sur le territoire national dans les différentes spécialités proposées (Pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; La psychiatrie et la santé mentale ; Les urgences)(11).

L'objectif affiché par la DGOS en 2018 était de 5 000 professionnels formés à l'horizon 2023.

#### 5- Le point de vue du corps médical.

Cependant, derrière ces grandes réformes de santé, les principaux acteurs de soins premiers recours que sont les médecins généralistes, se montrent très réticents à l'idée de cette nouvelle collaboration.

A l'écart de toute idée de corporatisme, les médecins généralistes semblent inquiets de cette nouvelle évolution du soins (12).

Les principales craintes relevées touchent au changement de répartitions des tâches professionnels. Plusieurs travaux de thèses ont permis de relever certaines d'entre elles, avec, par exemple, un risque de concurrence, un déséquilibre qualitatif/quantitatif sur le plan du soin, une altération de la relation avec une perte du rôle central du médecin généraliste, des problèmes de responsabilités, des consultations uniquement complexes et donc chronophages, un risque d'abatage avec des objectifs de patientèles inatteignables, une perte de contact avec les patients, des problématiques d'ordre financières ou même d'ordre organisationnel (12)(13).

Cependant toutes ces craintes ont été relevées avant que toute collaboration ait débuté et souvent dans un contexte de mauvaise connaissance des compétences de ces nouvelles professions intermédiaires.

#### 6 – Hypothèse et objectif.

Il serait alors intéressant de mesurer le ressenti de l'impact de cette nouvelle collaboration dans le système de soins français afin de vérifier si les craintes évoquées ci-dessus sont justifiées.

L'impact est évalué en termes de relation médecin-patient, de qualité de suivi pluriprofessionnelle, d'activité de soins, de charges de travail et de revenu.

D'où ma question de recherche :

La collaboration médecin généraliste-IPA en soins primaires modifie t'elle l'activité des médecins généralistes dans le système de soins français ?

Objectif principal : Observer la collaboration médecin généraliste-IPA en soins primaires du point de vue des généralistes.

Objectif secondaire : Évaluer la corrélation entre le nombre de patients pris en charge par les IPA et l'activité du médecin généraliste.

## **II- Matériel et méthodes :**

### 2.1 Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale par envoi de questionnaires.

### 2.2 Lieu et période de l'étude

Questionnaire envoyé au maximum de médecins généralistes, sur l'ensemble du territoire national collaborant avec des IPA, à partir du 01/06/2022, le retour était autorisé jusqu'au 15/11/2022.

### 2.3 Échantillonnage

L'échantillon était constitué de médecins généralistes exerçant en cabinet de consultation en libéral ou en centre de santé salarié.

### 2.4 Élaboration du questionnaire

Un premier questionnaire test a été élaboré et exposé à 5 médecins généralistes collaborant avec des IPA, puis a été amélioré. Sa version définitive a été rédigée sur googleforms et était constituée de 23 questions fermées. Une échelle de Likert a été utilisée lorsque cela était nécessaire pour apporter de la précision dans l'évaluation des opinions. Celui-ci est disponible en annexe p.38.

### 2.5 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste exerçant en cabinet de consultation libérale ou en salarié et de collaborer avec un(e) ou plusieurs IPA en soins premiers mention « patients chroniques stables » sur le territoire national. Les critères d'exclusions étaient de ne pas être médecin généraliste en profession libérale ou en centre de santé salarié et de ne pas collaborer avec un(e) ou plusieurs IPA en soins premiers mention patient chronique stable sur le territoire français.

### 2.6 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par mail sécurisé aux médecins généralistes volontaires. Aucune question ne nécessitait de fournir des détails sur l'identité, l'âge ou le lieu d'exercice précis d'exercice.

### 2.7 Recueil et analyse des résultats

Le recueil de données a été retranscrit sur tableur Excel et analysé via ce même logiciel. Les études de corrélations, graphique et histogrammes ont été faites grâce au logiciel Stata.

## 2.8 Méthodologie de référence

Pour réaliser cette étude, il a été utilisé la méthodologie de référence MR-004 encadrant le traitement des données à caractère personnel à des fins d'études, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine.

Le dossier est enregistré auprès de la CNIL sous le numéro 2022SD48.

### **III- Résultats :**

J'ai recueilli 37 questionnaires.

2 ont été exclus pour les raisons suivantes : ne travaillait pas avec un(e) IPA mais avec un (e) IDE Asalée.

Nous avons donc analysé 35 questionnaires.

#### **3.1 Caractérisation de la population étudiée.**

Nous pouvons répartir notre population en fonction de différents critères : la durée d'exercice, le mode d'exercice, la zone d'exercice ainsi que son caractère prioritaire en termes d'accès aux soins.

	<u>Nombre praticiens</u>	<u>Pourcentage</u>
<b><u>Durée d'exercice</u></b>		
Plus de 5 ans	26	79%
Moins de 5 ans	7	21%
<b><u>Mode d'exercice</u></b>		
En association	20	61%
En collaboration	10	30%
Seul	3	9%
<b><u>Zones d'exercice</u></b>		
En zone semi-rurale : Entre 2 000 et 10 000 habitants	15	42%
En zone urbaine : > 50 000 habitants	11	33%
En zone urbaine : < 50 000 habitants	4	12%
En zone rurale : < 2 000 habitants	4	12%
<b><u>Zone prioritaire :</u></b>		
Oui	26	79%
Non	7	21%



➤ Patientèle en tant que médecin traitant et file active :

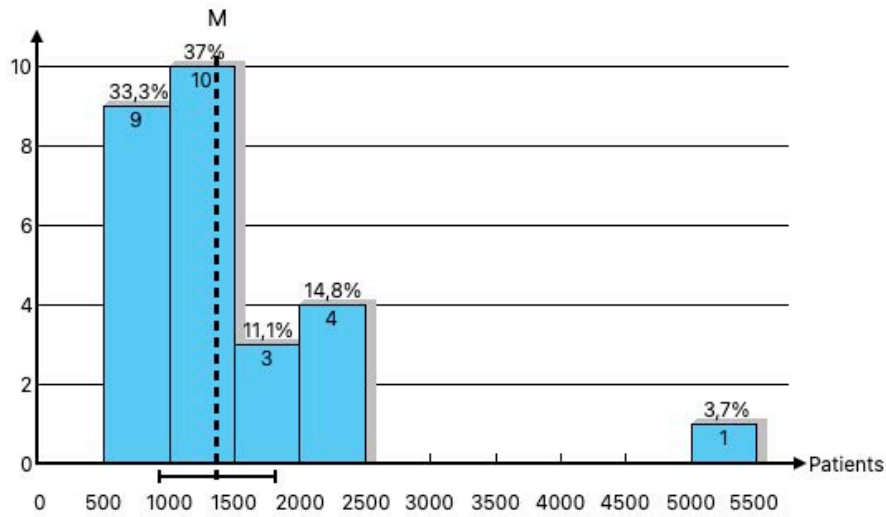
- Histogramme 5 : Nombre de patients suivis par les médecins traitants.

Patientèle médecin traitant

sur 27 obs.

Moyenne = 1365,4 Patients ± 869,9 (Interv. de conf. de la moy. : 1037 à 1694)

Extrêmes : 600 / 5000 Patients (Etendue = 4400 Patients)



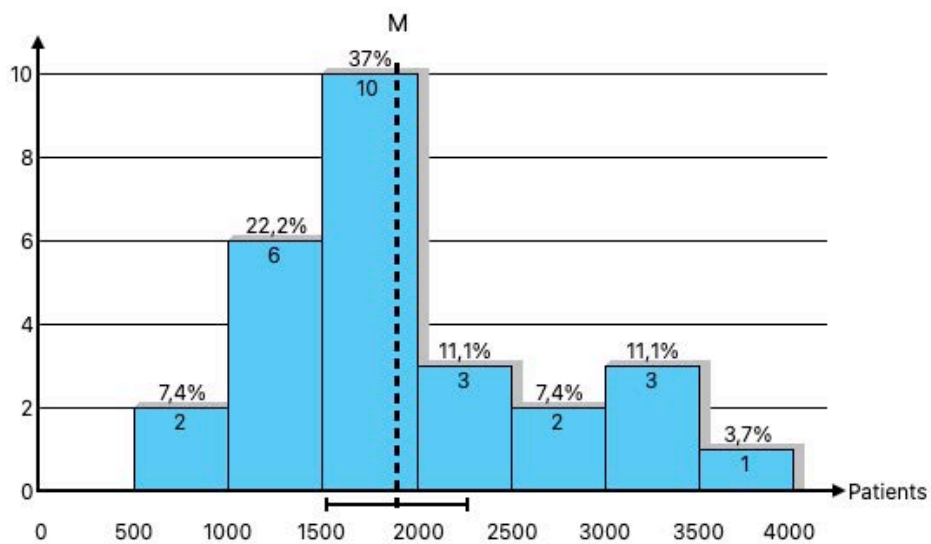
- Histogramme 6 : Nombre de patients suivis en file active.

Patientèle en file active

sur 27 obs.

Moyenne = 1893,7 Patients ± 740,9 (Interv. de conf. de la moy. : 1614 à 2173)

Extrêmes : 800 / 3500 Patients (Etendue = 2700 Patients)



➤ Description de la collaboration avec des IPA :

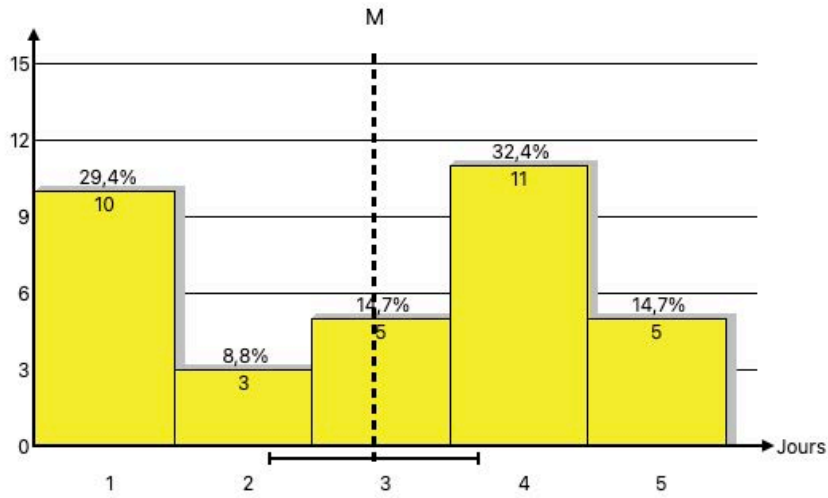
- Histogramme 7 : Nombre de jours travaillés par IPA

Jours/Semaine IPA 1

sur 34 obs.

Moyenne = 2,9 Jours ± 1,5 (Interv. de conf. de la moy. : 2,4 à 3,4)

Extrêmes : 1 / 5 Jours (Etendue = 4 Jours)



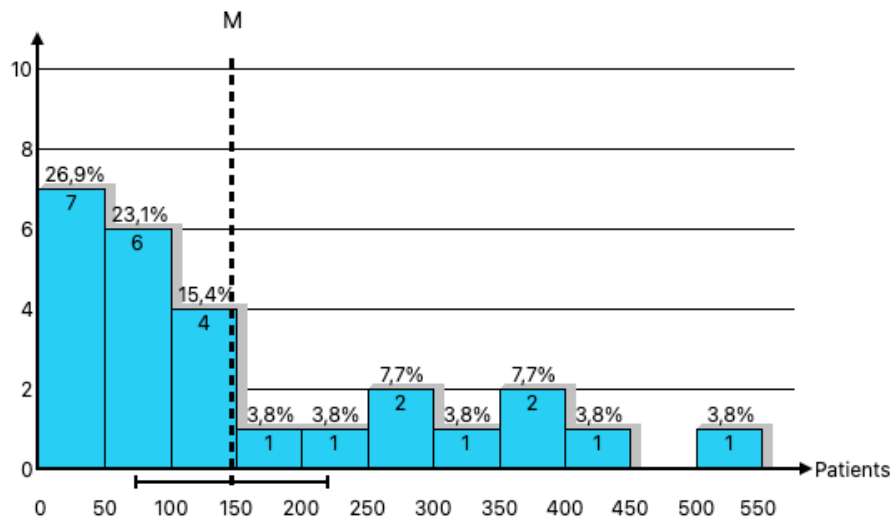
- Histogramme 8 : Nombre de patients suivis par les IPA

Patientèle IPA

sur 26 obs.

Moyenne = 145,7 Patients ± 144,5 (Interv. de conf. de la moy. : 90 à 201)

Extrêmes : 5 / 500 Patients (Etendue = 495 Patients)



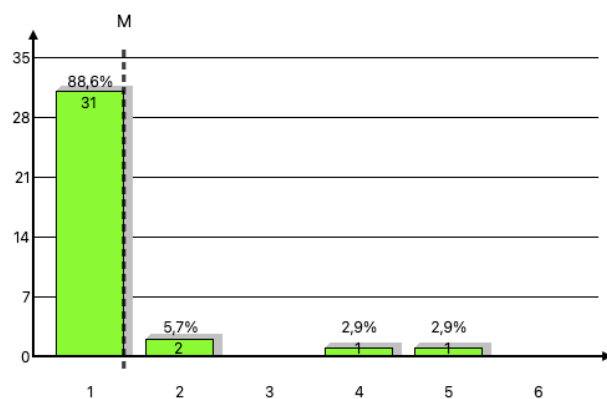
### 3.2 Évaluation du ressenti de la collaboration

Pour rappel, il a été utilisé une échelle de Likert pour les évaluations de ressenti selon le modèle suivant : **Score 1-2 : Pas du tout d'accord** / **Score 3-4 : Neutre** / **Score 5-6 : Absolument d'accord**.

➤ Relationnel :

- Histogramme 9 : Évaluation de la dégradation de la relation

Dégradation relation  
sur 35 obs.  
Moyenne = 1,3



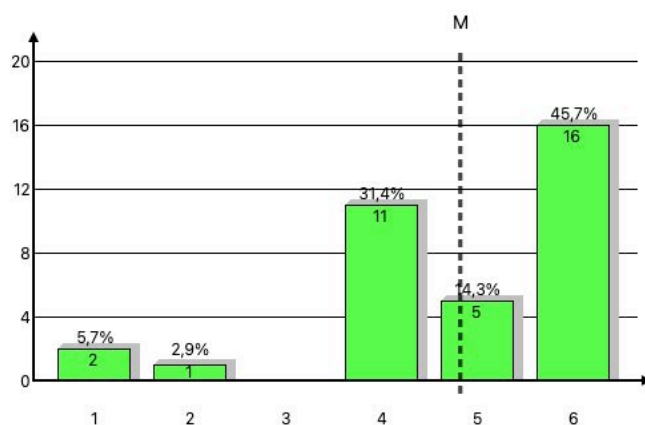
Nous que 96% des médecins ne trouve pas de dégradation de la relation dont environ 89% se positionnent à 1 soit une absence totale de dégradation de la relation avec leur patient.

6% se positionnent respectivement sur 4 et 5 sans que la valeur 6 ne soit cochée.

➤ Qualité du suivi :

- Histogramme 10 : Évaluation de l'amélioration de la qualité du suivi

Amélioration qualité suivi  
sur 35 obs.  
Moyenne = 4,8 (Etendue : de 1 à 6)



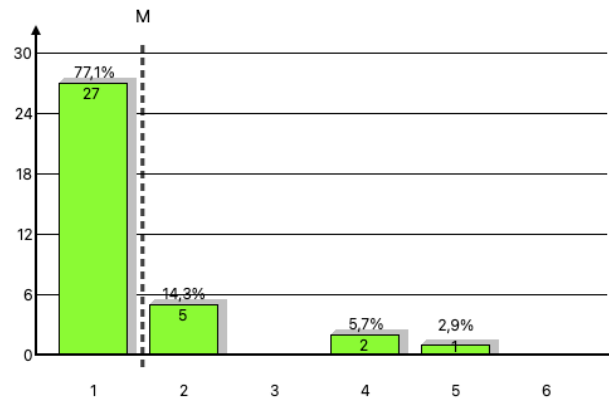
Nous observons que 60 % des médecins sont absolument d'accord avec une amélioration de la qualité de suivi dont 46 % (n=16) donnent la note maximale concernant l'amélioration de la qualité du suivi.

30% environ sont neutre

10 % ne sont pas d'accord du tout avec une amélioration de qualité de suivi.

- Histogramme 11 : Évaluation de la dégradation de la qualité de suivi

Dégradation qualité du suivi  
sur 35 obs.  
Moyenne = 1,4

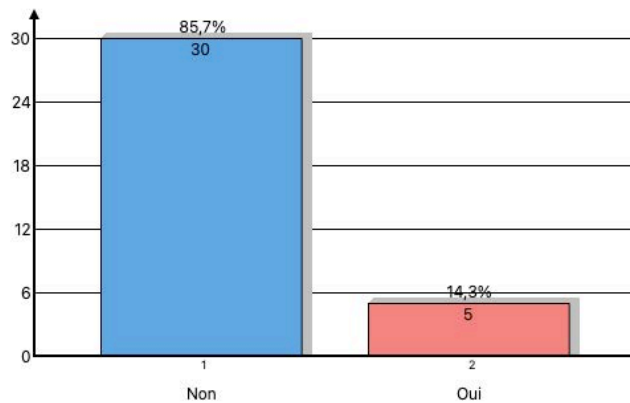


Nous observons que 91% ne trouve pas de dégradation de la qualité de suivi dont 76 % donnent la note minimale concernant la dégradation dans la qualité du suivi.

6 % sont neutres, 3 % d'accord avec une dégradation de la qualité de suivi sans que la note maximale de dégradation n'ai été attribuée.

- Histogramme 12 : Erreurs de prise en charge par les IPA.

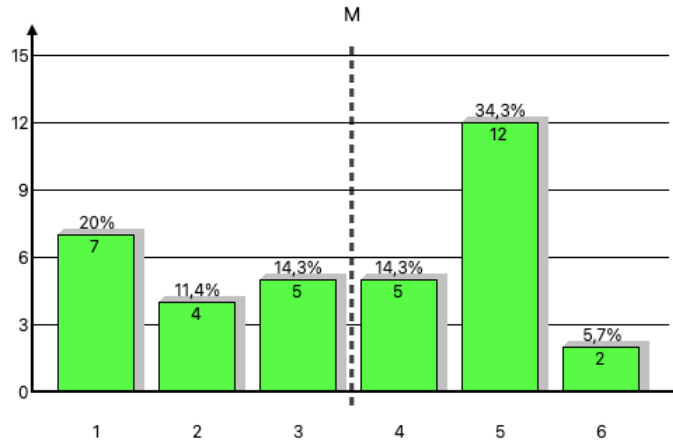
Erreurs de prise en charge IPA  
sur 35 obs.



➤ Temps médical :

- Histogramme 13 : Évaluation de la diminution du délai d'attente.

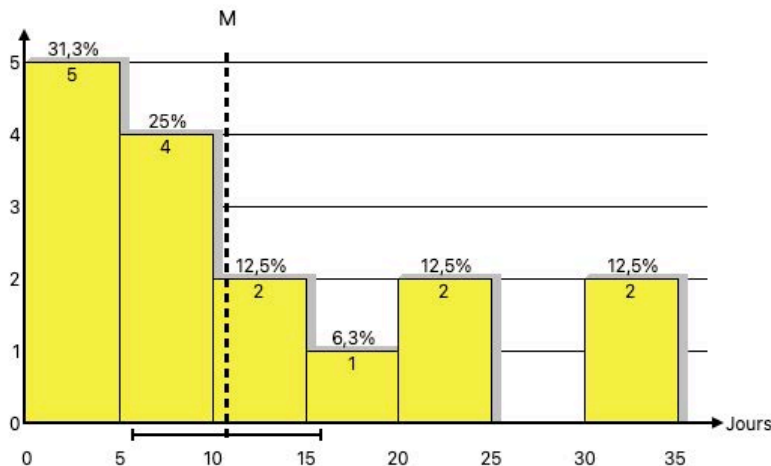
Diminution du délai d'attente  
sur 35 obs.  
Moyenne = 3,5 (Etendue : de 1 à 6)



Nous observons que 40 % des médecins ont répondu entre 5 et 6 dont une majorité à 34,3 % donne la note de 5.  
28,6 % sont neutres  
31,4 % ont répondu entre 1 et 2 dont la majorité à 20 % (n=7) donne la note minimale de 1.

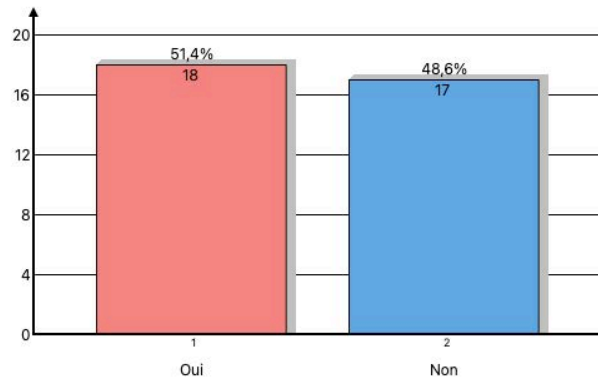
- Histogramme 14 : Diminution du délai d'attente en jours.

Diminution délai d'attente  
sur 16 obs.  
Moyenne = 10,8 Jours ± 10 (Interv. de conf. de la moy. : 5,8 à 15,7)  
Extrêmes : 0 / 30 Jours (Etendue = 30 Jours)

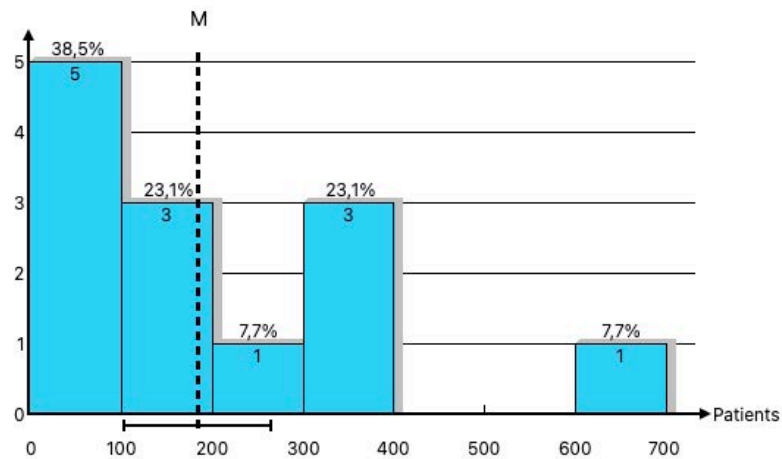


- Histogramme 15 et 16 : Augmentation de la patientèle

Augmentation patientèle MT ?  
sur 35 obs.



Augmentation patientèle médecin traitant  
sur 13 obs.  
Moyenne = 183,5 Patients  $\pm$  160,8 (Interv. de conf. de la moy. : 96 à 271)  
Extrêmes : 25 / 600 Patients (Etendue = 575 Patients)

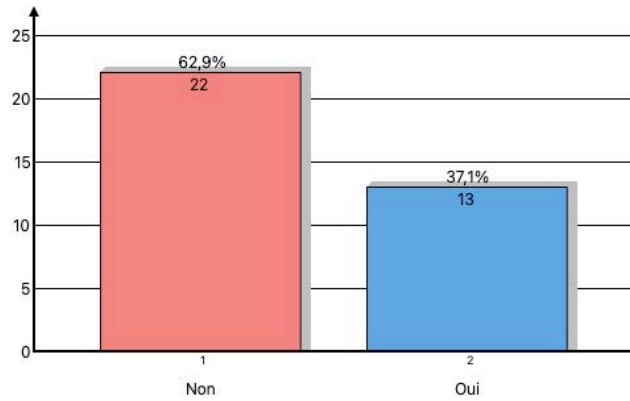


Nous observons que 51,4 % (n=18) des médecins estiment que leur patientèle a augmenté contre 48,5 % (n=17) qui n'estiment aucun changement.

Pour les 13 médecins ayant répondu, la moyenne d'augmentation de la patientèle par médecin en tant que médecin traitant est estimée à 184 patients. On note des variations d'augmentations comprises entre 25 et 600 patients en plus.

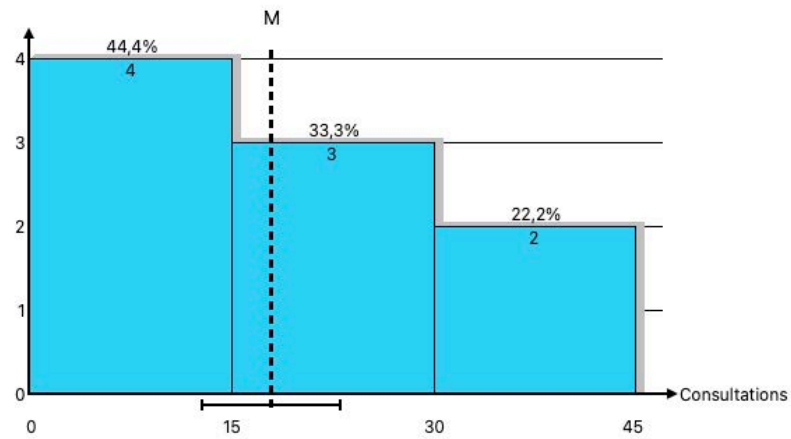
- Histogramme 17 et 18 : Augmentation des créneaux d'urgences

Augmentation consultation urgente  
sur 35 obs.



De combien par semaine ?  
sur 9 obs.

Moyenne = 17,9 Consultations ± 10,2 (Interv. de conf. de la moy. : 11,2 à 24,5)  
Extrêmes : 5 / 30 Consultations (Etendue = 25 Consultations)

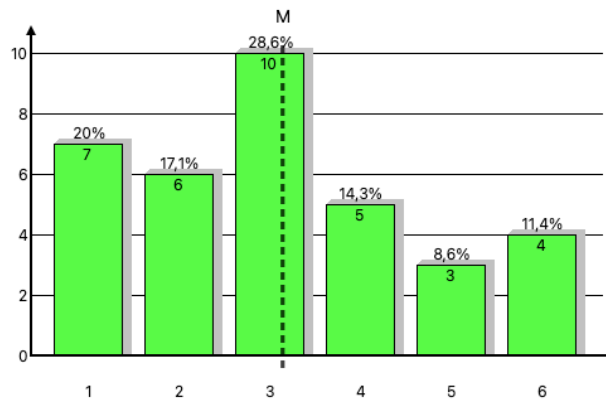


62,9 % (n=22) des médecins interrogés n'ont pas augmenté leurs créneaux d'urgences, 37,1% (n=13) ont majoré leurs créneaux d'urgences.

9 médecins ont chiffré l'augmentation des créneaux d'urgences avec une moyenne de 18 par semaine avec un minimum de 5 à 30 par semaine.

- Histogramme 19 : Augmentation des consultations longues/complexes

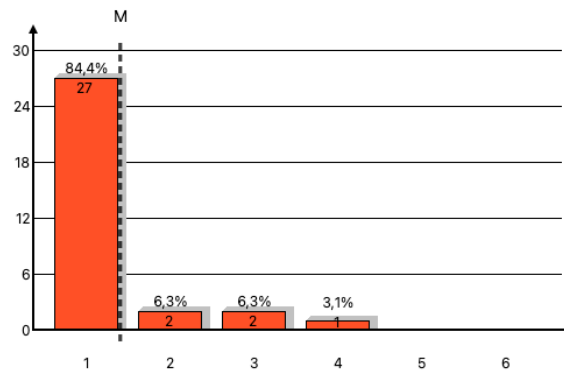
Augmentation consultations longues/complexes  
sur 35 obs.  
Moyenne = 3,1 (Etendue : de 1 à 6)



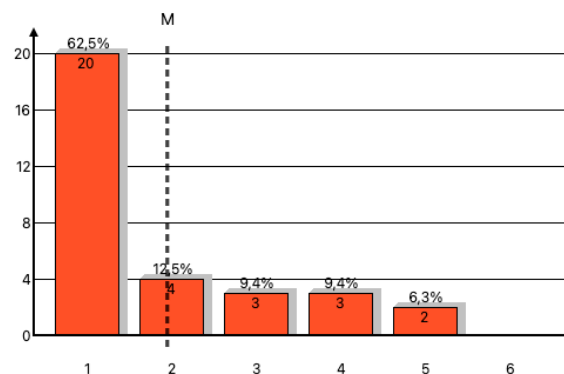
37,1 % ne les ont pas augmentées contre 20 % déclarant les avoir augmentées, sans précision de chiffres. On observe que la majorité (42,9%) se situe dans l'intervalle neutre.

- Histogramme 20 et 21 : Impact sur le chiffre d'affaires

Diminution du chiffre d'affaires  
sur 32 obs.  
Moyenne = 1,3



Augmentation du chiffre d'affaires  
sur 32 obs.  
Moyenne = 1,8





75 % estiment ne pas avoir augmenté leur chiffre d'affaires annuelle contre 6,3 % estimant l'avoir augmenté.

90,7% estiment que leur chiffre d'affaires n'a pas diminué

A noter que 3 des médecins n'ont pu répondre puisqu'ils travaillent en centre de santé comme salarié.

### 3.3 Analyse de corrélation des différents items avec le nombre de patients pris en charge par les IPA et l'activité du médecin généraliste.

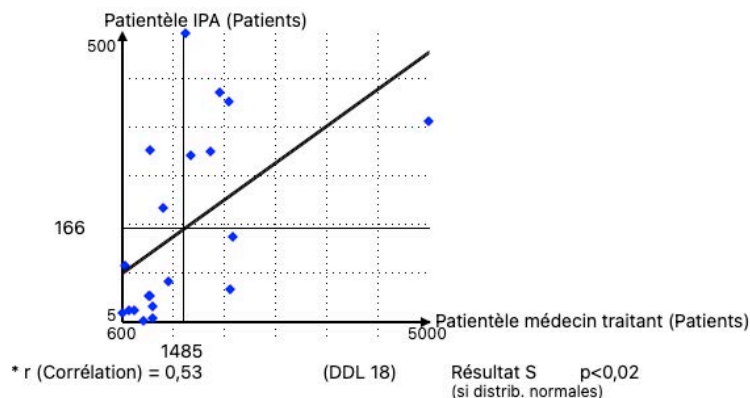
Nous nous attacherons à étudier différentes variables quantitatives dont la variable commune sera représentée, en ordonné, par le nombre de patient suivi par les IPA ou « patientèle IPA ». Ainsi, chaque point bleu représente le croisement des 2 variables quantitatives et l'ensemble de ces point bleus un ensemble dit « nuage de point ».

Enfin, une droite de régression est calculée et représente la linéarité entre les 2 variables.

#### A. Existe-t-il un lien entre le nombre de patients suivi par les médecins traitants et le nombre de patients suivis par les IPA ?

- Graphique 1 : Patientèle médecins traitant/Patientèle IPA

Patientèle IPA / Patientèle médecin traitant  
sur 20 obs.



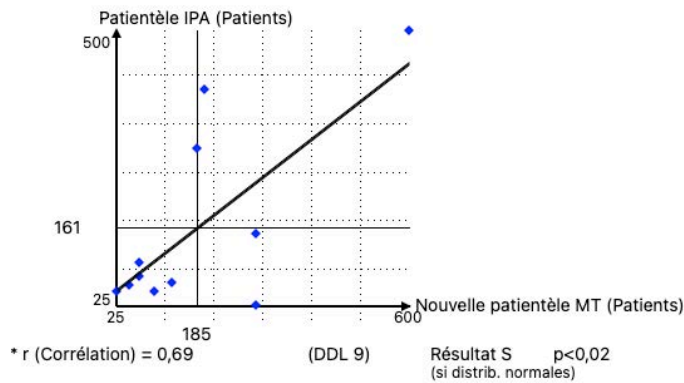
Ce graphique exprime le lien entre le nombre de patient suivi par les médecins traitants et le nombre de patients suivi par les IPA. Chaque point bleu représente l'intersection entre la patientèle d'un médecin traitant et de son IPA dont la linéarité est traduite par la droite de régression proposée ici.

Par ailleurs nous observons une moyenne de 1485 patients suivi par le médecin traitant pour 166 patients suivi par l'IPA.

**Nous observons ici des résultats significatifs ( $p < 0,02$ ), nous permettant de porter l'hypothèse qu'il existe un lien entre le nombre de patients suivi par les médecins traitants et le nombre de patients suivi par les IPA et que cela n'est pas dû au hasard.**

- Graphique 2 : Nouveaux patient médecin traitant/Patientèle IPA.

Patientèle IPA / Nouvelle patientèle MT  
sur 11 obs.



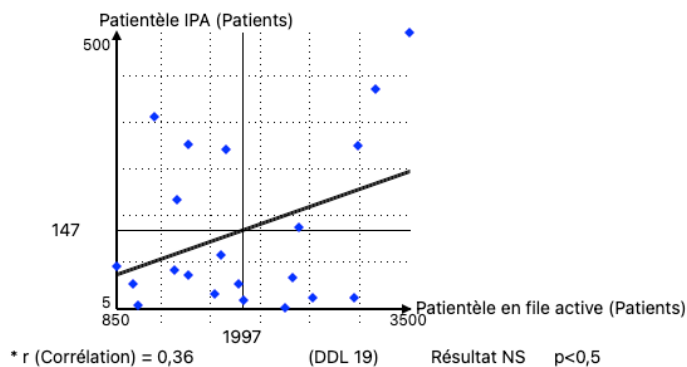
Ce graphique exprime le lien entre le nombre de nouveaux patients suivis par les médecins traitants et le nombre de patients suivi par les IPA. Chaque point bleu représente l'intersection entre la nouvelle patientèle d'un médecin traitant et de son IPA dont la linéarité est traduite par la droite de régression proposée ici.

Par ailleurs nous observons une moyenne de 185 nouveaux patients suivis par le médecin traitant pour 161 patients suivi par l'IPA.

**Nous observons ici des résultats significatifs ( $p < 0,02$ ), nous permettant de porter l'hypothèse qu'il existe un lien entre le nombre de nouveaux patients suivis par les médecins traitants et le nombre de patients suivi par les IPA et que cela n'est pas dû au hasard.**

- Graphique 3 : Patientèle file active/Patientèle IPA

Patientèle IPA / Patientèle en file active  
sur 21 obs.



Ce graphique exprime le lien entre le nombre de patients suivis par les médecins traitants en file active et le nombre de patients suivi par les IPA. Chaque point bleu représente

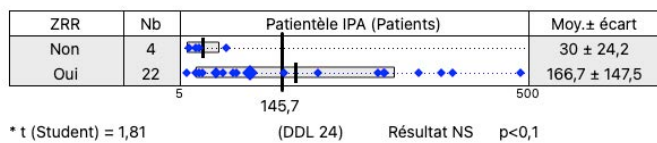
l'intersection entre la patientèle file active d'un médecin traitant et de son IPA dont la linéarité est traduite par la droite de régression proposée ici.  
Par ailleurs nous observons une moyenne de 1997 patients en file active pour 147 patients suivi par les IPA.

Nous observons une tendance positive entre le nombre de patients suivi en file active et le nombre de patients suivis par les IPA mais les résultats sont non significatifs, nous ne pouvons conclure ( $p < 0,5$ ).

B. Existe-t-il un lien entre la zone d'exercice et le nombre de patients pris en charge par les IPA ?

- Graphique 4 : ZRR/Patientèle IPA

ZRR / Patientèle IPA  
sur 26 obs.



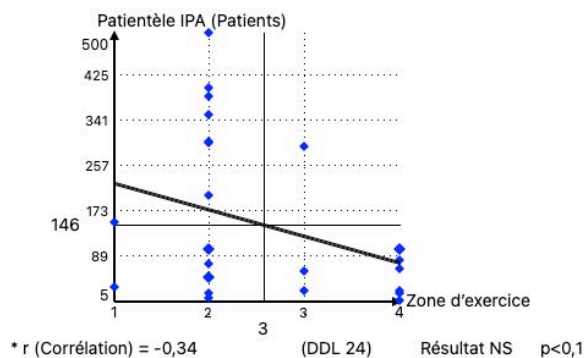
La patientèle IPA est ici représentée par chaque point bleu, nous observons donc une prédominance de cette patientèle en ZRR sans que nous puissions faire le lien ( $p < 0,1$ ).

- Graphique 5 : Zone d'exercice/Patientèle IPA

Pour rappel, chaque zone d'exercice est représentée en abscisse par :

- 1- Zone rurale (< 2000 habitants)
- 2- Zone semi rurale (2000 – 10 000 habitants)
- 3- Zone urbaine (< 50 000 habitants)
- 4- Zone urbaine (> 50 000 habitants)

Patientèle IPA / Zone d'exercice  
sur 26 obs.



Nous observons sur le graphique 4 un plus grand nombre de patients pris en charge par les IPA en zone prioritaire bien nous ne puissions conclure en l'absence de significativité ( $p < 0,1$ ).

De même, nous observons sur le graphique 5 une tendance à la diminution du nombre de patients pris en charge par les IPA associée au mode d'exercice en zone urbaine sur le graphique 5 bien que nous ne puissions conclure en l'absence de significativité ( $p < 0,1$ ).

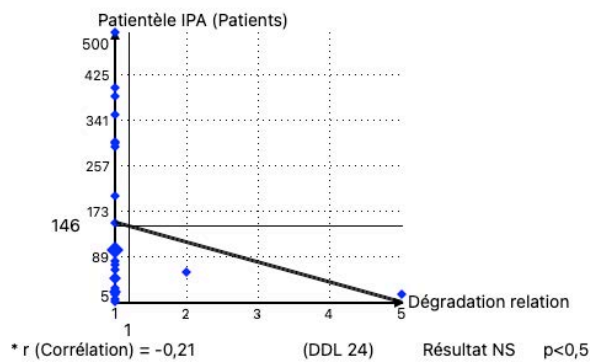
C. Existe-t-il un lien entre les différents ressentis évalués et le nombre de patients pris en charge par les IPA ?

Pour rappel, chaque ressenti est évalué en abscisse selon une échelle de Likert de 1 à 6 selon les modalités suivantes :

- Score 1-2 : Pas du tout d'accord
- Score 3-4 : Neutre
- Score 5-6 : Absolument d'accord

• Graphique 6 : Dégradation de la relation/Patientèle IPA

Patientèle IPA / Dégradation relation  
sur 26 obs.

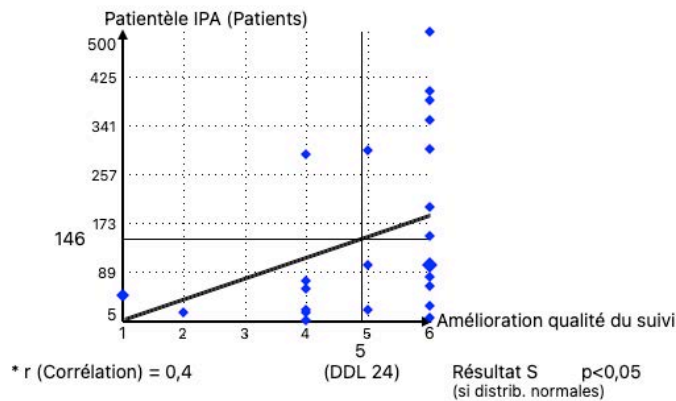


Nous observons ici que la majorité des patients pris en charge par les IPA (en bleue) sont pris en charge en collaboration avec des médecins ayant attribué une note faible soit une absence totale de dégradation de la relation.

Cependant les résultats ne sont pas significatifs ( $p < 0,5$ ), nous ne pouvons conclure sur ce lien.

- Graphique 7 : Amélioration de la qualité du suivi/Patientèle IPA

Patientèle IPA / Amélioration qualité du suivi  
sur 26 obs.

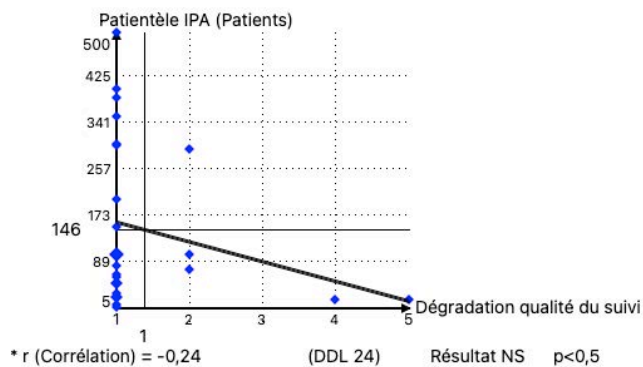


Nous observons ici que la majorité des patients pris en charge par les IPA (en bleue) sont pris en charge en collaboration avec des médecins ayant attribué des notes se situant entre 5 et 6 soit une amélioration de la qualité de suivi.

**Nous observons ici des résultats significatifs ( $p < 0,05$ ), nous permettant de porter l'hypothèse qu'il existe un lien entre le nombre de patients suivi par les IPA et l'amélioration de la qualité de suivi.**

- Graphique 8 : Dégradation de la qualité de soins/Patientèle IPA

Patientèle IPA / Dégradation qualité du suivi  
sur 26 obs.

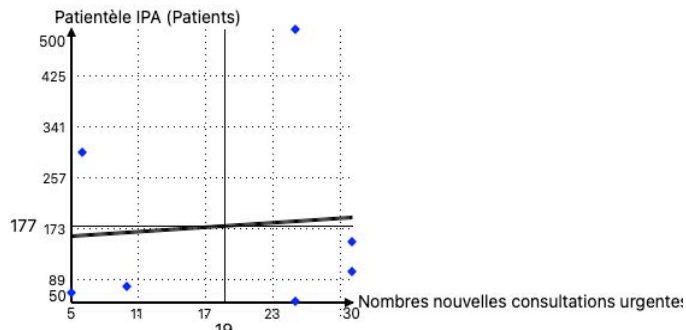


Nous ne pouvons conclure concernant l'éventuelle dégradation des soins ou de la dégradation de la qualité du suivi en lien avec le nombre de patients pris en charge par les IPA.

D. Existe-t-il un lien entre l'augmentation des créneaux d'urgences ou entre le ressenti de majoration de consultations complexes et le nombre de patients pris en charge par les IPA ?

- Graphique 10 : Augmentation urgences/ Patientèle IPA

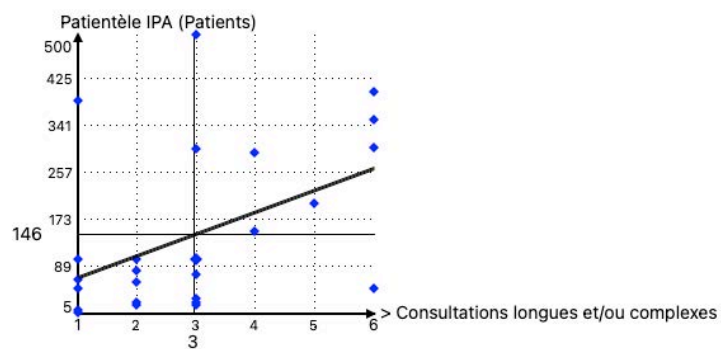
Patientèle IPA / Nombres nouvelles consultations urgentes  
sur 7 obs.



\* r (Corrélation) = 0,08 (DDL 5) Résultat NS p<0,5

- Graphique 11 : Augmentation consultations longues/ Patientèle IPA

Patientèle IPA / > Consultations longues et/ou complexes ?  
sur 26 obs.



\* r (Corrélation) = 0,45 (DDL 24) Résultat S p<0,02 (si distrib. normales)

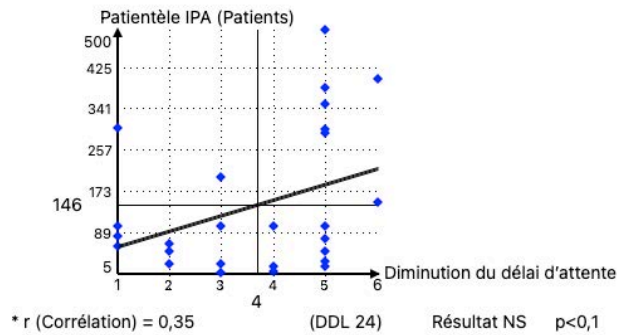
Bien que nous observions une tendance à l'augmentation des créneaux d'urgences des médecins généralistes possiblement en lien avec le nombre de patients pris en charge par les IPA (graphique 10), nous ne pouvons conclure en l'absence de significativité ( $p < 0,5$ ).

**En revanche, nous observons un résultat significatif ( $p < 0,02$ ) entre le ressenti d'augmentation des consultations longues et/ou complexes et le nombre de patients pris en charge par les IPA (graphique 11).**

E. Existe-t-il un lien entre la diminution du délai d'attente pour les patients et le nombre de patients prise en charge par les IPA ?

- Graphique 12 : Diminution du délai d'attente/ Patientèle IPA

Patientèle IPA / Diminution du délai d'attente  
sur 26 obs.

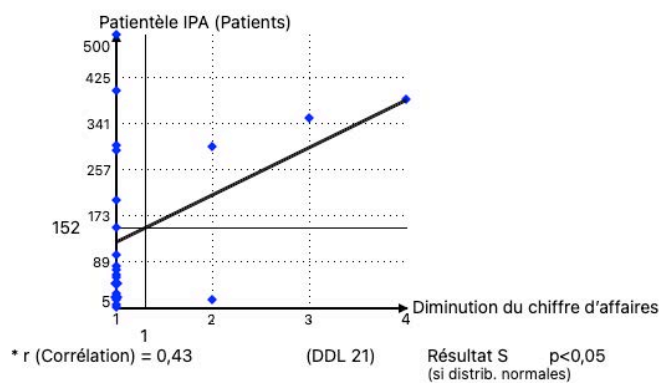


Nous ne pouvons pas conclure concernant la diminution du délai d'attente bien que nous observions une tendance à la diminution ( $p < 0,1$ ).

G. Existe-t-il un lien entre le chiffre d'affaires des médecins généralistes et le nombre de patients pris en charge par les IPA ?

- Graphique 13 : Diminution du chiffre d'affaires/ Patientèle IPA

Patientèle IPA / Diminution du chiffre d'affaires  
sur 23 obs.



*Nous observons une corrélation entre le nombre de patients pris en charge par les IPA et la diminution du chiffre d'affaires des médecins généralistes avec un résultat significatif.*

## IV- Discussion

### 1. Principaux résultats.

Ce travail de thèse avait pour objectif principal d'observer la collaboration médecin généraliste-IPA en soins primaires du point de vue des généralistes.

Après caractérisation du profil des médecins ayant répondu aux questionnaires, plusieurs aspects de cette collaboration ont pu être évalués, que ce soit en termes de relation médecin-patient, de qualité de suivi pluri professionnelle, d'activité de soins, de charge de travail et de revenu.

Concernant le profil médical des médecins ayant répondu, nous observons une nette prédominance de médecins travaillant depuis plus de 5 ans. Nous pouvons nous poser la question de l'impact direct de l'expérience sur le choix de cette collaboration ou de l'impact indirect en conséquence d'une patientèle de plus en plus élevée avec les années.

La grande majorité des médecins ayant répondu exercent en zone semi rurale ou zone urbaine de plus de 50 000 habitants dont la plupart sont en zone d'action prioritaire comme décrit dans cette étude de l'Insee (14)

La moyenne de la patientèle médecin traitant observée est environ supérieure de 23 % à la moyenne nationale évaluée à 1060 patients médecin traitant au 31 décembre 2021(15) reflétant donc un intérêt de cette collaboration pour les médecins les plus en difficultés.

En ce qui concerne les IPA, les médecins interrogés collaborent en moyenne depuis 14 mois avec des IPA. Avec des expériences allant de 2 mois à 24 mois de collaboration.

5 des médecins interrogés sur 34 travaillent avec un(e) deuxième IPA.

La moyenne de travail se situe à 3 jours par semaine avec des amplitudes allant de 1 à 5 jours.

L'objectif gouvernemental de patientèle IPA fixé à 50 patients la première année puis 150 la deuxième (16) semble être atteint, principalement dans les zones prioritaires.

De manière plus globale, la profession d'IPA éprouve des difficultés à s'implanter sur le territoire, c'est en tout cas ce que souligne le rapport de l'inspection générale des affaires sociales publié en janvier 2022 : « La pratique avancée infirmière n'a pu se développer à la hauteur des objectifs fixés. Aujourd'hui, seulement 1700 IPA sont recensées et, selon l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'objectif de 5000 ne sera pas atteint avant 2026 au rythme actuel ».

Au sujet de la collaboration, les médecins collaborent en moyenne depuis 14 mois, avec des expériences allant de 2 à 24 mois, 5 d'entre eux travaillent avec un(e) deuxième IPA et la moyenne de travail se situe à 3 jours environ.

Il faut souligner qu'elle s'avère efficiente puisqu'il existe un lien entre l'augmentation de la patientèle « médecin traitant » et le nombre de patients suivis par les IPA.

L'une des craintes exprimées est fondée sur le risque de dégradation de la relation médecin-patient, cependant la relation médecin-patient ne paraît pas impactée pour la quasi-totalité d'entre eux.

Si l'on considère la qualité de soins uniquement centrée sur celle des médecins généralistes, les résultats vont dans le sens d'une amélioration de la qualité de soins avec un nombre faible d'erreurs médicales donc sans risques majeurs pour nos patients.



Certains des médecins interrogés évoque même « un confort de suivi et de continuité des soins, ainsi qu'un atout majeur concernant l'éducation thérapeutique ».

Il ne faut pas oublier que la question des erreurs de prise en charge est souvent plurifactorielle, il pourrait ici être intéressant de préciser le type d'erreur médicale et d'y apporter une analyse plus systémique comme proposé par le modèle de James Reason (17).

Cependant tous ces aspects ont été évalués dans le cadre d'une collaboration bien définie avec le médecin généraliste, il sera indispensable de réévaluer ces données si la proposition de loi Rist (18) donnant l'accès direct aux IPA se concrétise sur l'ensemble du territoire.

Quant à la question de la responsabilité, la jurisprudence est claire sur ce point. L'article R. 4312-14 du Code de la santé publique stipule que : «L'infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à accomplir ». Ces actes, nombreux, sont mentionnés dans l'article R-4301- 3 du code de la santé publique et récemment modifié dans l'arrêté du 11 mars 2022.

- A la question de l'activité et l'accès aux soins :

Pour ce qui est des créneaux d'urgences, la majorité des médecins interrogés n'ont pas augmenté leurs créneaux d'urgences bien que nous puissions relever jusqu'à 30 consultations d'urgences supplémentaires par semaine pour ceux les ayant augmentées.

Un nombre non-négligeable qui laisse supposer que cette collaboration pourrait aussi participer au désengorgement des services d'urgences.

Quant à l'augmentation des consultations complexes, la majorité déclare ne pas les avoir augmentées ou se positionne de manière neutre. Seulement 1/3 déclare les avoir augmentées. Cette impression d'augmentation de consultations chronophage est en revanche bien liée au nombre de patients pris en charge par les IPA.

Un des facteurs pouvant expliquer ce résultat pourrait être que la patientèle IPA est à ce jour trop faible pour que l'impact soit réel sur l'ensemble des collaborations en cours.

Une modeste majorité de médecins estiment avoir diminué leur délai d'attente avec en moyenne 11 jours de diminution sans que nous ayons pu affirmer que cette diminution de délai d'attente est liée aux nombres de patients pris en charge par les IPA.

A ce stade, il semble donc difficile de conclure un gain significatif de temps médical puisque nous retrouvons des tendances en termes d'augmentation des consultations d'urgences, d'augmentation des consultations complexes ou de diminution du délai d'attente en lien avec le nombre de patients pris en charge par les IPA.

Nous pourrions supposer que ces résultats s'expliquent par la prise en charge de nouveaux patients ne trouvant pas de médecin traitant malgré le fait que le gain de patientèle soit encore assez mitigé, en effet une majorité de médecins déclarent avoir augmenté leur patientèle depuis leurs collaborations avec les IPA avec en moyenne 186 patients.

- A la question du coût des IPA.

D'abord, si l'on interroge les médecins collaborant, la plupart expriment clairement une absence d'impact sur leur chiffre d'affaires bien qu'il existe une corrélation entre le ressenti de diminution du chiffre d'affaires et le nombre de patients pris en charge par les IPA.

Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des IPA sont rémunérés de manière forfaitaire par la caisse d'assurance maladie comme défini par l'avenant 7 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

Par ailleurs, la plupart des IPA travaillent avec plusieurs médecins généralistes, en maison de santé pluriprofessionnel, un impact donc très limité puisque la patientèle IPA globale ne représente qu'une faible part de chacune des patientèles des médecins généralistes.

Lorsqu'il s'agit d'une activité salariée, les médecins n'ont pu répondre à cette question puisque leur chiffre d'affaires est fixe et non influencé par l'activité de l'IPA.

## 2. Forces et limites de l'étude.

Ce travail de thèse peut être qualifié d'inédit ou de novateur puisqu'il est à ce jour le seul à avoir obtenu ces données et même à traiter de la collaboration médecins généralistes- IPA en soins primaires en recueillant l'avis des principaux concernés qui sont les médecins généralistes.

En revanche, ce travail n'a pu atteindre la totalité des objectifs fixés principalement en raison de résultats basés principalement sur des données déclaratives.

Un faible taux de participation des médecins généralistes collaborant et peut être aussi au faible nombre d'IPA installées sur le territoire en tant qu'IPA libérale ou salariée en soins primaires mention « patient chronique stable » ont entraîné un manque de puissance global, nous empêche trop souvent de conclure sur la corrélation entre le nombre de patients suivis par les IPA et d'autres items.

A l'avenir, il pourrait également être intéressant d'évaluer le ressenti des patients vis-à-vis de cette nouvelle profession dans un autre travail.

## 3. Confrontation des résultats à la littérature.

Aucune étude ne trouve à ce jour de résultats sur l'impact de cette collaboration sur le territoire français.

Les différentes recherches effectuées n'ont pu trouver leur réponse que dans des pays où ce métier est existant depuis plusieurs années voire plusieurs dizaines d'années, notamment comme au Canada et aux États-Unis qui ont développé cette collaboration depuis les années 1960. Ils peuvent donc dans une certaine mesure nous inspirer ou nous servir de modèle.

L'analyse de la littérature nous confirme que la qualité de soins peut être considérée comme à minima équivalente au médecin généraliste pour les affections mineures en premiers contact ou pour le suivi de patients atteints de maladies chroniques (11)(19).

Il est d'ailleurs décrit que les patients peuvent avoir une meilleure observance aux recommandations thérapeutiques, de meilleurs résultats ou des résultats équivalents en ce qui concerne des critères intermédiaires tel que la pression artérielle ou le taux de glycémie lorsqu'ils sont suivis par des infirmières.

Un élément également notable pour répondre en partie à la désertification médicale est qu'il est observé un bénéfice dans l'accès aux soins tant en zone rurale que pour les populations difficiles (11)(19).

Bien qu'il soit hasardeux de comparer le système de soins français ou système de soins anglo-saxons, cela laisse supposer qu'en suivant ce modèle nous pouvons espérer répondre à la question des déserts médicaux pour des résultats de qualité de soins au moins égaux concernant les affections mineures ou le suivi des maladies chroniques.

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) semble aller en ce sens puisqu'elle souligne l'impact très positif de l'installation des premiers infirmiers et infirmières en pratique avancée sur la qualité de suivi et de soins de patients et sur l'amélioration des conditions d'exercice des médecins. Elle propose de revoir à la hausse la rémunération des IPA, d'ouvrir dès que possible la primo prescription de certains items, séances de kinés, arrêts de travail et d'ouvrir les consultations en direct avec un IPA (20).

## V- Conclusion

Les premières promotions d'IPA sont diplômées depuis 2020 et l'on recense à ce jour environ 1700 IPA toute spécialisation confondue.

Aujourd'hui les domaines d'intervention des IPA sont clairement définis (oncologie, maladie rénale chronique, pathologies chroniques stabilisées, urgences) et tendent encore à s'étendre comme indiqué dans l'arrêté du 11 mars 2022.


L'année 2023 verra débuter l'expérimentation de la primo-prescription dans 3 régions tests, non encore définies, afin de poursuivre l'autonomisation des IPA. Une autonomisation qui devrait se limiter aux actes de rééducation, bons de transport et arrêts de travail de moins de 3 jours.

Le développement de la profession est encore timide pour diverses raisons. L'une des principales reste l'opposition du corps médical pour des craintes qui, comme le montre ce travail, semblent majoritairement infondées.

Repenser notre système de soins est indispensable si l'on veut regagner du temps médical et relever le défi de la désertification médicale.


Il est important de souligner que ce gain de temps médical pourrait également permettre aux médecins généralistes de se consacrer davantage à leur activité purement médicale et, dans les scénarios les plus optimistes, être amenés à se surspécialiser dans certains champs de compétences choisis, à l'instar des infirmières avec les IPA.

Vu  
Toulouse le 16/01/2023

  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 17/01/2023

Vu et permis d'imprimer  
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



## **VI- Références bibliographiques**

1. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
2. Projections d'effectifs de médecins - DREES [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
4. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
5. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
6. 620 000 patients en affection longue durée sans médecin traitant (Cnam) | Le Généraliste [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/620-000-patients-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-cnam>
7. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) [Internet]. Vie publique.fr. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/26262-cooperation-des-professions-de-sante-le-transfert-de-taches-et-de-comp>
8. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles | READ online [Internet]. oecd-ilibrary.org. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/skill-mix-and-policy-change-in-the-health-workforce\\_743610272486](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/skill-mix-and-policy-change-in-the-health-workforce_743610272486)
9. The WHO Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery (2021–2025) [Internet]. [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240033863>
10. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 juill 2018;7:CD001271.
11. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
12. Aghnatiou M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique.* 2021;33(4):547-58.
13. Colmas JF. La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale. 2019;77.
14. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire - Insee Analyses - 51 [Internet]. [cité 31 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4493549>
15. Les médecins généralistes ne suivent-ils « que » 1000 patients en moyenne ? Décryptage [Internet]. egora.fr. 2022 [cité 31 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/76141-les-medecins-generalistes-ne-suivent-ils-que-1000-patients-en>
16. Exercice des infirmiers en pratique avancée [Internet]. [cité 1 janv 2023]. Disponible

sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>

17. Grober ED, Bohnen JMA. Defining medical error. *Can J Surg.* févr 2005;48(1):39-44.
18. Nationale A. Proposition de loi n°362 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé [Internet]. Assemblée nationale. [cité 12 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0362\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0362_proposition-loi)
19. Les infirmiers(ères) en tant que substituts des médecins de soins primaires [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.cochrane.org/fr/CD001271/EPOC\\_les-infirmierseres-en-tant-que-substituts-des-medecins-de-soins-primaires](https://www.cochrane.org/fr/CD001271/EPOC_les-infirmierseres-en-tant-que-substituts-des-medecins-de-soins-primaires)
20. Bohic DN, Josselin A. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé.

## ANNEXES

Exercez-vous depuis :

- Moins de cinq ans.
- Plus de cinq ans.

Exercez-vous :

- En collaboration.
- En association.
- Seul (e).

Exercez-vous :

- En zone rurale : < 2000 habitants.
- En zone semi rurale : Entre 2 000 et 10 000 habitants.
- En zone urbaine : Ville < 50 000 habitants.
- En zone urbaine : Ville > 50 000 habitants.

Votre zone d'exercice est elle reconnue en Zone d'action complémentaire ou prioritaire par l'ARS ? Se référer à : <http://rezone.ameli.fr/rezone/>

- oui
- Non

D'après votre site <https://authps-espacepro.ameli.fr> de combien de patients assurez-vous le suivi comme médecin traitant :

Votre réponse \_\_\_\_\_

D'après votre site <https://authps-espacepro.ameli.fr> de combien de patients assurez-vous le suivi en file active :

Votre réponse \_\_\_\_\_

Travaillez-vous avec une/des IPA ?

Oui

Non

**Si oui**, depuis combien de temps ?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Concernant votre/vos collaborateur(s) IPA, combien de jours intervient t'il(s)/elle(s) par semaine ?

	1 journée	2 journées	3 journées	4 journées	5 journées
IPA 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IPA 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IPA 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Concernant votre/vos collaborateur(s) IPA, de combien de patients assure t'il(s)/elle(s) le suivi ?

Votre réponse

Depuis que vous collaborez avec des IPA, ressentez-vous **une dégradation de votre relation** avec vos patients ?

Pas du tout.      1      2      3      4      5      6      Absolument.

Depuis que vous collaborez avec des IPA, avez-vous remarqué une **amélioration dans la qualité du suivi** de vos patients ?

Pas du tout.      1      2      3      4      5      6      Absolument.

Depuis que vous collaborez avec des IPA, avez-vous remarqué une **dégradation dans la qualité du suivi** de vos patients ?

Pas du tout.      1      2      3      4      5      6      Absolument.

Depuis que vous collaborez avec des IPA, estimez-vous que le délai d'attente pour le suivi de vos patient a diminué ? :

Pas du tout.      1      2      3      4      5      6      Fortement.

Si diminué, de combien (en jours) ?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Depuis que vous collaborez avec des IPA, avez-vous augmenté votre patientèle en tant que médecin traitant ?

- Oui
- Non

Si oui, de combien ?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Depuis que vous travaillez avec des IPA, avez-vous augmenté vos créneaux de consultations d'urgences ?

- Oui
- Non

Si oui, de combien par semaine ?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Depuis que vous collaborez avec des IPA, estimez-vous effectuer d'avantage de consultations longues et/ou complexes ?

- |              |                       |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
|              | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     |             |
| Pas du tout. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Absolument. |

Avez-vous déjà été confronté à des erreurs de prise en charge de vos IPA par manque de connaissances médicales ?

- Oui
- Non

Depuis que vous collaborez avec des IPA estimez-vous que votre chiffre d'affaire a **augmenté** ?

Pas du tout      1      2      3      4      5      6      Absolument

Depuis que vous collaborez avec des IPA, estimez-vous que votre chiffre d'affaire a **diminué** ?

Pas du tout      1      2      3      4      5      6      Absolument

Souhaitez-vous ajouter un commentaire :

Votre réponse

---

AUTEUR : SOUBIALE Denis

TITRE : Impact de la collaboration médecin généraliste-IPA en soins primaires dans le système de soins français.

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Purpan à Toulouse à la date du 07/02/2023

---

**Introduction :** La situation démographique médicale du territoire français entraîne des modifications dans l'exercice de la médecine et nous oblige à davantage de collaboration et de délégations de tâches. Ainsi a été créé le nouveau métier d'infirmier(e) de pratique avancé. Cependant, les principaux concernés que sont les médecins généralistes se montrent pour la plupart très inquiets de cette nouvelle collaboration et craignent une dégradation globale du soin.

**Objectif :** Observer la collaboration médecin généraliste-IPA en soins primaires du point de vue des généralistes.

**Matériel et méthodes :** Étude quantitative descriptive transversale par envoi de questionnaires auprès de médecins généralistes collaborant avec des IPA mention « patients chroniques stabilisés » en soins primaires.

**Résultats :** 37 questionnaires ont été complétés dont 2 exclus. La majorité des médecins généralistes ayant répondu travaillent en zone semi-rurale prioritaire avec une moyenne de patientèle supérieure à la moyenne nationale. Le déploiement des IPA reste faible. Les résultats de la collaboration sont en faveur d'une amélioration de la qualité de suivi avec peu d'erreurs donc sans risque pour nos patients. L'impact sur l'activité et l'accès aux soins trouve des résultats mitigés, la plupart estime augmenter le nombre de patients pris en charge, ne pas augmenter le nombre de consultations complexes ou le nombre de consultations urgentes.

**Conclusion :** La collaboration médecin généraliste-IPA débute difficilement en raison notamment de craintes du corps médical qui s'avèrent infondées. La situation démographique catastrophique du territoire nous oblige à repenser notre pratique et peut aussi être une occasion de faire évoluer notre métier en élargissant nos champs de compétences.

---

TITLE: Impact of the general practitioner-advanced practice nurse collaboration in primary care in the French healthcare system

**Introduction:** The medical demographic situation of the French territory leads to changes in the practice of medicine and forces us to rethink it, with more collaboration and delegation of tasks. Thus was created the new profession of advanced practice nurse. However, the main concerned, which are general practitioners, are for the most part very worried about this new collaboration and fear an overall degradation of care.

**Methods:** Quantitative descriptive cross-sectional study by sending questionnaires to general practitioners working with APNs mentioning "stabilized chronic patients" in primary care.

**Results:** 37 questionnaires were completed, 2 of which were excluded. Most of general practitioners who responded work in priority semi-rural areas with an average patient population higher than the national average. The deployment of APIs remains low. The results of the collaboration are in favor of an improvement in the quality of follow-up with few errors and therefore without risk for our patients. The impact on activity and access to care finds mixed results, most consider increasing the number of patients cared for, not increasing the number of complex consultations or the number of urgent consultations.

**Conclusion:** The GP-IPA collaboration got off to a difficult start, in particular because of the fears of the medical profession, which turned out to be unfounded. The catastrophic demographic situation of the territory forces us to rethink our practice and can also be an opportunity to develop our profession by broadening our fields of expertise.

---

**Mots-Clés :** Médecin généraliste , infirmier(e) de pratique avancées, collaboration, soins primaires -

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France