

Année 2023

2023 TOU3 1066

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Florent DAI

Le 27 Juin 2023

Évaluation de l'intérêt des médecins généralistes sur la profession d'infirmier en pratique avancée en libéral : Étude quantitative dans le Tarn

Directeur de thèse : Dr Claude CORBAZ

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Marielle PUECH

Assesseur

Monsieur le Docteur Claude CORBAZ

Assesseur

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. GHISOLFI Jacques |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. GLOCK Yves |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. GRAND Alain |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. ADOUE Daniel | Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. LANG Thierry |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAROCHE Michel |
| Professeur Honoraire | M. ATTAL Michel | Professeur Honoraire | M. LAUQUE Dominique |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. BLANCHER Antoine | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri | Professeur Honoraire | M. MALECAZE François |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONNEVIALLE Paul | Professeur Honoraire | M. MARCHOU Bruno |
| Professeur Honoraire | M. BOSSAVY Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE Jean-Paul | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire Associé | M. BROS Bernard | Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland | Professeur Honoraire | M. MONTASTRUC Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. BUJAN Louis | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. CALVAS Patrick | 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. PESSEY 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. CHAVOIN Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHIRON Philippe | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. DAHAN Marcel | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. RISMANN Pascal |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHWEITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. RIVIERE Daniel |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. ROQUES-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | Professeur Honoraire | M. SCHMITT Laurent |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | Professeur Honoraire | M. SERRE Guy |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE Jean-Paul | 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. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |

Professeurs Emérites

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Professeur BUJAN Louis | Professeur MAGNAVAL Jean-François | Professeur SERRE Guy |
| Professeur CHAP Hugues | Professeur MARCHOU Bruno | Professeur VINEL Jean-Pierre |
| Professeur FRAYSSE Bernard | Professeur MESTHE Pierre | |
| Professeur LANG Thierry | Professeur MONTASTRUC Jean-Louis | |
| Professeur LAROCHE Michel | Professeur PERRET Bertrand | |
| Professeur LAUQUE Dominique | Professeur ROQUES LATRILLE Christian | |

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. GHISOLFI Jacques |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. GLOCK Yves |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. GRAND Alain |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. ADOUE Daniel | Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. LANG Thierry |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAROCHE Michel |
| Professeur Honoraire | M. ATTAL Michel | Professeur Honoraire | M. LAUQUE Dominique |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. BLANCHER Antoine | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri | Professeur Honoraire | M. MALECAZE François |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONNEVIALLE Paul | Professeur Honoraire | M. MARCHOU Bruno |
| Professeur Honoraire | M. BOSSAVY Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE Jean-Paul | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire Associé | M. BROS Bernard | Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland | Professeur Honoraire | M. MONTASTRUC Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. BUJAN Louis | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. CALVAS Patrick | 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. PESSEY 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. CHAVOIN Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHIRON Philippe | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. DAHAN Marcel | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. RISCHEMANN Pascal |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. RIVIERE Daniel |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. ROQUES-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | Professeur Honoraire | M. SCHMITT Laurent |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | Professeur Honoraire | M. SERRE Guy |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE Jean-Paul | 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. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |

Professeurs Emérites

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Professeur BUJAN Louis | Professeur MAGNAVAL Jean-François | Professeur SERRE Guy |
| Professeur CHAP Hugues | Professeur MARCHOU Bruno | Professeur VINEL Jean-Pierre |
| Professeur FRAYSSE Bernard | Professeur MESTHE Pierre | |
| Professeur LANG Thierry | Professeur MONTASTRUC Jean-Louis | |
| Professeur LAROCHE Michel | Professeur PERRET Bertrand | |
| Professeur LAUQUE Dominique | Professeur ROQUES LATRILLE Christian | |

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. GHISOLFI Jacques |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. GLOCK Yves |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. GRAND Alain |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. ADOUE Daniel | Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. LANG Thierry |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAROCHE Michel |
| Professeur Honoraire | M. ATTAL Michel | Professeur Honoraire | M. LAUQUE Dominique |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. BLANCHER Antoine | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri | Professeur Honoraire | M. MALECAZE François |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONNEVIALLE Paul | Professeur Honoraire | M. MARCHOU Bruno |
| Professeur Honoraire | M. BOSSAVY Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE Jean-Paul | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire Associé | M. BROS Bernard | Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland | Professeur Honoraire | M. MONTASTRUC Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. BUJAN Louis | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. CALVAS Patrick | 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. PESSEY 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. CHAVOIN Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHIRON Philippe | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. DAHAN Marcel | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. RISCHEMANN Pascal |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. RIVIERE Daniel |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. ROQUES-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | Professeur Honoraire | M. SCHMITT Laurent |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | Professeur Honoraire | M. SERRE Guy |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE Jean-Paul | 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. FRAYSSÉ Bernard | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |

Professeurs Emérites

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Professeur BUJAN Louis | Professeur MAGNAVAL Jean-François | Professeur SERRE Guy |
| Professeur CHAP Hugues | Professeur MARCHOU Bruno | Professeur VINEL Jean-Pierre |
| Professeur FRAYSSÉ Bernard | Professeur MESTHE Pierre | |
| Professeur LANG Thierry | Professeur MONTASTRUC Jean-Louis | |
| Professeur LAROCHE Michel | Professeur PERRET Bertrand | |
| Professeur LAUQUE Dominique | Professeur ROQUES LATRILLE Christian | |

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. GHISOLFI Jacques |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. GLOCK Yves |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. GRAND Alain |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. ADOUE Daniel | Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. LANG Thierry |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAROCHE Michel |
| Professeur Honoraire | M. ATTAL Michel | Professeur Honoraire | M. LAUQUE Dominique |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. BLANCHER Antoine | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri | Professeur Honoraire | M. MALECAZE François |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONNEVIALLE Paul | Professeur Honoraire | M. MARCHOU Bruno |
| Professeur Honoraire | M. BOSSAVY Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE Jean-Paul | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire Associé | M. BROS Bernard | Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland | Professeur Honoraire | M. MONTASTRUC Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. BUJAN Louis | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. CALVAS Patrick | 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. PESSEY 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. CHAVOIN Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHIRON Philippe | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. DAHAN Marcel | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. RISCHEMANN Pascal |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHWEITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. RIVIERE Daniel |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. ROQUES-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | Professeur Honoraire | M. SCHMITT Laurent |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | Professeur Honoraire | M. SERRE Guy |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE Jean-Paul | 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. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |

Professeurs Emérites

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Professeur BUJAN Louis | Professeur MAGNAVAL Jean-François | Professeur SERRE Guy |
| Professeur CHAP Hugues | Professeur MARCHOU Bruno | Professeur VINEL Jean-Pierre |
| Professeur FRAYSSE Bernard | Professeur MESTHE Pierre | |
| Professeur LANG Thierry | Professeur MONTASTRUC Jean-Louis | |
| Professeur LAROCHE Michel | Professeur PERRET Bertrand | |
| Professeur LAUQUE Dominique | Professeur ROQUES LATRILLE Christian | |

Remerciements

À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de ma reconnaissance et ma considération.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, vous me faites l'honneur de participer à ce jury et je vous en remercie. Soyez assuré de ma reconnaissance et ma considération.

À Madame le Docteur Marielle PUECH, vous me faites l'honneur de participer à ce jury et je vous en remercie. Soyez assurée de ma reconnaissance et ma considération.

À Monsieur le Docteur Claude CORBAZ, merci de m'avoir accompagné et conseillé tout au long de ce travail de thèse. Sans vous je ne serais pas présent devant ce jury pour soutenir ma thèse. Je remercie également votre femme Marie-Christine CORBAZ pour sa bienveillance durant mes différents stages.

À Manon, ma fiancée, ma future femme merci d'être présente à mes côtés depuis tant d'années, sans toi ma vie serait monotone, tu es la femme de ma vie et je souhaite te dire que je t'aime. Notre amour a donné naissance à la petite Alice, une merveilleuse fille qui respire la joie de vivre.

À Mes Parents Alain et Xiuli, je ne peux rêver de meilleurs parents. Vous avez travaillé dur pendant des années pour nous. Je ne peux exprimer tout ma gratitude envers vous. Vous êtes un exemple pour moi. J'espère devenir un aussi bon parent que vous l'êtes avec moi.

À mes Frère Emmanuel et Alexandre, quel bonheur d'avoir des frères comme vous, merci pour tous ces moments de partages.

À mes beaux-parents, Hélène et Christian, merci d'être présents à nos côtés, j'ai découvert une famille formidable et deux personnes au grand cœur.

À Mon beau-frère Pierre et sa compagne Émeline, merci pour tous ces moments de partages. Nous fêterons dignement ton retour en France Pierre !!

À Patrick, Sami, Sofiane et Vincent, je vous fais des remerciements groupés sinon je pourrais faire une thèse entière de remerciement pour chacun d'entre vous, notre amitié s'est construite durant l'externat et j'ai découvert à travers vous des personnalités uniques. Je veux vous remercier personnellement pour tous ces moments passés avec vous.

À ma cousine de Wenzhou Florine et Maxime, je tiens à vous remercier pour votre présence, votre sympathie et votre joie de vivre. Malgré la distance j'espère que nous nous verrons davantage dans les années futures

À mes amis d'enfance, Adrien, Bilal, Julien et Nils, je vous remercie pour nos années passées du collège jusqu'au lycée. Nous avons partagé tant de moments inoubliables, nos premières vacances dans le sud de la France avec la corsa et la Dacia. Même si nous nous sommes un peu éparpillés en France et à l'étranger et que nous nous voyons moins, notre amitié reste immuable lorsque nous nous retrouvons.

À Solène, Clémence et Alexia, ces merveilleuses docteurs, merci pour ces moments d'échange et de partage à travers mes remplacements à Labastide Rouairoux. C'est un bonheur de travailler avec vous.

À Marilyn et Lionel, merci pour votre professionnalisme et pour ces différents moments d'échanges. Et merci à Maryline de te soucier de l'état d'avancement de ma thèse lors de mes visites.

À Marcel, merci pour ta sympathie et de t'être soucieux de l'avancement de mon travail de thèse durant nos pauses repas.

À mes premiers co-internes Guillaume, Hélène, Marie et Tehani. Que de souvenirs durant notre premier stage en tant qu'interne aux Urgences de Castres. Malgré la charge de travail je ne retiendrais que les bons souvenirs de ce stage grâce à vous.

À l'équipe de Carcassonne Aniss, Ophélie, Jade, Justine, Yohan et tous les autres internes, le meilleur internat de mon cursus, qui se résume à des moments de rires et de joies. J'ai gagné à travers ce stage ce qui est le plus cher pour moi : un groupe d'amis.

À Florian, quel hasard de se retrouver à Toulouse ensemble, on a partagé tellement de bons moments durant ces 3 années d'internat. Merci pour ta sympathie et ta générosité.

Liste des abréviations

| | |
|--------|--|
| AZALEE | Action de santé libérale en équipe |
| CNIL | Commission nationale de l'information et des libertés |
| CPP | Comité des protections des personnes |
| DFG | Débit de filtration glomérulaire |
| DRESS | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| HV | Hors vivier |
| IDE | Infirmier diplômé d'état |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| IPA | Infirmier en pratique avancée |
| MDPH | Maison départementale pour les personnes handicapées |
| MSP | Maison de santé pluridisciplinaire |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| SAEM | Syndicat autonome des enseignants de médecine |
| ZAC | Zone d'action complémentaire |
| ZIP | Zone d'intervention prioritaire |
| ZV | Zone de vigilance |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| THÈSE | 1 |
| Remerciements | 6 |
| Liste des abréviations | 8 |
| Introduction | 11 |
| 1. Contexte actuel | 11 |
| 1.1. Les origines du numéris clausus | 11 |
| 1.2. Vieillessement de la population | 12 |
| 1.3. De l'augmentation du numéris clausus à sa suppression | 13 |
| 2. Les infirmiers en pratique avancée | 13 |
| 2.1. Les projets de loi ayant permis de mettre en place les infirmiers de pratique avancée .. | 13 |
| 2.2. Définition de l'infirmier en pratique avancée | 14 |
| 2.3. Modalité pour devenir infirmier en pratique avancée | 15 |
| 2.4. Les débouchés professionnels | 15 |
| 2.5. Les missions des IPA..... | 16 |
| 3. A l'étranger, quelques exemples | 17 |
| 3.1. États-Unis | 17 |
| 3.2. Canada..... | 18 |
| 3.3. Royaume-Uni | 19 |
| 4. La question de recherche | 19 |
| Matériels et méthode | 21 |
| 1. Type d'étude..... | 21 |
| 2. Population d'étude et recrutement..... | 21 |
| 3. Élaboration du questionnaire..... | 21 |
| 4. Recueil des données..... | 21 |
| 5. Analyse des résultats | 22 |
| Résultats | 23 |
| 1. Sexe des participants | 23 |
| 2. Age des participants..... | 24 |
| 3. Durée d'installation | 25 |
| 4. Mode d'exercice..... | 25 |
| 5. Environnement d'exercice..... | 26 |
| 6. Professionnels de santé travaillant dans la structure..... | 26 |
| 7. Connaissance des rôles de l'infirmier en pratique avancée | 28 |

| | | |
|------|--|-----------|
| 8. | Formation des infirmiers en pratique avancée et avis | 29 |
| 9. | Collaboration avec les IPA : analyse descriptive et statistique | 30 |
| 10. | Avantages du métier d’infirmier en pratique avancée | 34 |
| 11. | Inconvénients du métier d’IPA | 35 |
| 12. | Relation Patient-Infirmier en pratique avancée | 36 |
| | Discussion | 39 |
| 1. | Discussion de la méthode | 39 |
| 1.1. | Les limites de l’étude | 39 |
| 1.2. | Les forces de l’étude | 39 |
| 2. | Discussion des résultats | 39 |
| 2.1. | Représentativité de l’échantillon | 39 |
| 2.2. | Une connaissance abstraite du métier d’IPA | 40 |
| 2.3. | Collaboration médecin et infirmier en pratique avancée | 41 |
| 2.4. | Les avantages soulignés par les médecins généralistes | 43 |
| 2.5. | Les inconvénients du métier d’infirmier en pratique avancée..... | 45 |
| 2.6. | Avantages et inconvénients pour le patient | 48 |
| 2.7. | Une profession qui fait débat | 50 |
| 2.8. | Pistes et arguments pour développer cette profession | 52 |
| 2.9. | Une modification de la législation est nécessaire | 55 |
| | Conclusion | 57 |
| | Références | 58 |
| | Annexes | 63 |
| | Annexe 1 : Questionnaire de thèse | 63 |
| | Annexe 2 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les pathologies chroniques stabilisées | 70 |
| | Annexe 3 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l’exercice infirmier en pratique avancée, Annexe I..... | 71 |
| | Annexe 4 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l’exercice infirmier en pratique avancée, Annexe II..... | 72 |
| | Annexe 5 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l’exercice infirmier en pratique avancée, Annexe III..... | 73 |
| | Annexe 6 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l’exercice infirmier en pratique avancée, Annexe IV..... | 74 |
| | Annexe 7 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l’exercice infirmier en pratique avancé, Annexe V | 75 |

Introduction

1. Contexte actuel

Le nombre de médecins généralistes est en baisse depuis plusieurs années. Au 1^{er} janvier 2022, nous comptons 84 133 médecins généralistes inscrits à l'Ordre des Médecins, soit une diminution de 11% des effectifs depuis 2010 et de 0.9% au cours de la dernière année (1). D'après l'Ordre des Médecins, la baisse du nombre de médecins généralistes se poursuivrait jusqu'en 2025 pour atteindre 81 912 médecins (1), puis augmenterait progressivement dans les années suivantes selon les prévisions.

Dans la période actuelle, la densité de médecins en moyenne en France est de 121 médecins pour 100 000 habitants. Cependant la répartition des médecins sur le territoire n'est pas la même d'un département à un autre.

En effet, les médecins généralistes se situent en plus grand nombre dans les départements les plus densément peuplés, le long des littoraux ou dans les départements frontaliers. Cela crée des zones de tension dans les départements du centre de la France et surtout dans les zones rurales où le manque de médecins se fait ressentir.

Par ailleurs, la nouvelle génération de médecins n'a pas la même approche de la médecine que ses prédécesseurs. En effet, la qualité de vie est un point essentiel, privilégiant des horaires moins contraignants, un salaire fixe, la pluridisciplinarité ou encore des charges administratives réduites.

Par conséquent, le salariat via des structures comme des centres de santé ou les maisons de santé pour la pluridisciplinarité sont de plus en plus plébiscitées par la nouvelle génération de médecins.

Bien que le temps médical de consultation soit diminué par les jeunes médecins, c'est surtout la limitation du nombre de places dans les études de médecine qui explique ce déficit.

1.1. Les origines du numéris clausus

Suite à la révolte des étudiants de mai 1968, la Loi Faure (2) est votée qui institue le libre accès à l'Université de tous les bacheliers et la gratuité des études universitaires. Elle supprime, entre autres mesures, l'externat de médecine et ouvre la formation hospitalière à tous les étudiants en médecine.

En effet, le nombre d'étudiants en médecine qui est resté stable dans les années 1950, a connu une augmentation passant de 35 300 en 1963-1964 à 59 800 en 1967-1968.

Le Syndicat Autonome des Enseignants de Médecine (SAEM) (3) représente la figure de la contre-mobilisation des évènements de Mai 68. Il bénéficie de nombreux soutiens institutionnels. Dans ce cadre, la mise en place d'un concours d'entrée au début des études de médecine est l'un de leur principal objectif. En effet, il estime que seule la présence d'un concours au début des études médicales permettrait d'une part de préserver le prestige de la profession et de limiter les dépenses de l'Assurance Maladie d'autre part.

Le 26 septembre 1969 marque un premier tournant. Olivier Guichard, ministre de l'Éducation Nationale, et Robert Boulin, ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale signent un arrêté conforme aux demandes des doyens durcissant le passage de la première à la deuxième année en médecine.

Puis la loi du 12 Juillet 1971 (4), qui modifie l'article 45 de la loi Faure (2) relative aux études médicales, permet une limitation du nombre d'inscriptions à la faculté de médecine. Le terme de « numerus clausus » n'est pas évoqué : il s'agit seulement de « limitation » des étudiants admis en 2^{ème} année de médecine.

C'est seulement sous Claude Got, conseiller technique des Ministres de la Santé de 1978 à 1981, rédacteur des décrets d'applications de la loi de 1979 (5) sur la réforme des études médicales publiée en mai 1980, qu'est instauré véritablement le numerus clausus.

Effectivement en 1980, 7121 places sont ouvertes, avec une diminution progressive. En 1990, le nombre de médecin admis chute à 4000, avec un pic le plus bas à 3500 places en 1993.

1.2. Vieillesse de la population

La population française continue de vieillir. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 20,5% de la population en 2020. Depuis 2011, le vieillissement de la population s'accélère secondairement à la génération de l'après-guerre marquée par le Baby-Boom.

Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) : en 2070, la France compterait 76,4 millions de français (6), la quasi-totalité de la hausse concerne les personnes de 65 ans et plus, et plus particulièrement les 75 ans et plus.

Cette forte augmentation du vieillissement de la population résulte d'une augmentation de l'espérance de vie des français et de l'arrivée de toutes les générations issues du baby-boom. En effet, les français vivent en moyenne deux années de plus qu'il y a 10 ans (7) d'après la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS).

Ceci s'explique par l'évolution de la médecine et des avancées scientifiques très rapides. Citons par exemple la découverte du 1^{er} cas de covid en France le 24 janvier 2020 et la

première injection du vaccin contre le covid le 27 décembre 2020 à hôpital René Muret de Sevrans.

L'augmentation de l'espérance de vie, augmente par la même occasion le taux de maladies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, le diabète etc... En découle une augmentation de la consommation de soins.

La diminution du nombre de médecins formés ainsi qu'une demande de plus en plus importante en matière de soin, crée un déséquilibre entre l'offre et la demande. Cela a pour conséquence une augmentation du numerus clausus pour combler ce déséquilibre.

1.3. De l'augmentation du numerus clausus à sa suppression

A partir de 1993, le numerus clausus augmentera progressivement en fonction des besoins de la population. Ce n'est qu'à partir de 2006 sous Xavier Bertrand, ministre de la Santé de l'époque, qu'un premier bond du numerus clausus est fait en passant à 6 850 places.

Un second bond est observé durant le premier quinquennat du président Emmanuel Macron en 2017 passant à 8 124 reçus.

En 2020, la présentation du plan « Ma Santé 2022 » (8) par la ministre de la Solidarité et de la Santé Agnès Buzyn sous la présidence d'Emmanuel Macron, marque un tournant sur les études médicales. On observe lors de cette présentation une refonte des premiers cycles des études de santé ainsi que la suppression du numerus clausus.

Il est important de souligner que la suppression du numerus clausus n'aura un effet que dans 10 ans compte tenu de la durée des études. De ce fait, cela n'est pas la seule solution pour répondre à la question du déficit du nombre de médecins.

Le gouvernement a alors mis en place plusieurs actions pour promouvoir l'exercice coordonné et pluridisciplinaire pour ainsi libérer du temps médical tel que le déploiement des assistants médicaux, la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les coopérations interprofessionnelles ou encore les infirmiers en pratique avancée dont nous allons parler dans le paragraphe suivant.

2. Les infirmiers en pratique avancée

2.1. Les projets de loi ayant permis de mettre en place les infirmiers de pratique avancée

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) sont nés de l'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (9) ou loi dite « de modernisation de notre système de santé » sous la ministre de la Santé Marisol Touraine. Cet article est à l'origine de l'article L. 4301-1 du Code de la Santé Publique qui introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux.

Il définit l'exercice en pratique avancée par les auxiliaires médicaux au sein d'une équipe coordonnée par un médecin, et renvoie la définition par décret :

- Les domaines d'intervention en pratique avancée ;
- Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée ;
- La nature du diplôme et ses modalités d'obtention.

Cependant aucun décret d'application de cette loi n'a été promulgué.

Puis dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », Agnès Buzyn, ministre de la Santé et des Solidarités, publie le 19 Juillet 2018 au Journal Officiel de la République Française (10) le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice d'infirmier en pratique avancée.

La mise en place des infirmiers en pratique avancée entre en vigueur.

2.2. Définition de l'infirmier en pratique avancée

La définition se trouve dans le décret n°2018-629 du 18 Juillet 2018 (10), plus précisément dans article R. 4301-1 : « L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation ».

« Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8 »

« Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourants à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux ».

2.3. Modalité pour devenir infirmier en pratique avancée

A l'université Paul Sabatier à Toulouse (11), la formation est ouverte aux étudiants ayant validé leur Diplôme d'État d'infirmier avec 3 ans d'exercices en tant qu'infirmier mais également aux étudiants n'ayant pas effectué les 3 années d'exercice d'IDE. Cependant, ils ne pourront exercer en tant qu'infirmier en pratique avancée seulement après avoir exercé 3 ans à temps plein dans la profession d'IDE.

La formation se déroule sur 2 ans. La première année commune qui permet aux étudiants d'acquérir les connaissances fondamentales et les compétences « socles » de la pratique avancée. Les enseignements portent principalement sur la clinique, les sciences infirmières, la santé publique, l'éthique et la recherche. Deux mois sont consacrés à un stage.

La seconde année associe un enseignement spécifique avec le choix de leurs mentions telles que :

- Les pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologie en soin primaire ;
- L'oncologie et hémato-oncologie ;
- La maladie rénale chronique, dialyse, transplantation ;
- La psychiatrie et santé mentale ;
- Les urgences (ouverture en 2023-2024).

Cette seconde année est associée à un stage pratique de 4 mois ainsi que la rédaction d'un mémoire.

A la fin de ce cursus, les étudiants recevront leur diplôme en fonction de la mention choisie par exemple :

- Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires ;
- Ou Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention oncologie et hémato-oncologie etc...

2.4. Les débouchés professionnels

Dans le cadre de l'exercice en ambulatoire, un IPA peut exercer :

- Au sein d'une équipe **de soins primaires** coordonnée par un médecin comme les maisons de santé, ou de l'équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par le médecin des armées ;
- En assistance d'un médecin spécialiste, **hors soins primaires**.

Dans le cadre de l'exercice dans un établissement de santé, un établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, il peut exercer au sein d'une équipe de soin coordonnée par un médecin.

2.5. Les missions des IPA

L'infirmier en pratique avancée pourra suivre les patients confiés par un médecin avec l'accord du médecin et du patient, lui permettant d'acquérir des compétences médicales.

Il verra régulièrement les patients pour le suivi de leurs pathologies et discutera des patients lors d'un temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers avec l'équipe soignante.

Lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou lorsqu'il repérera une dégradation de l'état de santé du patient, il reviendra vers le médecin.

Les infirmiers en pratique avancée peuvent suivre 8 pathologies chroniques (12) telles que : les accidents vasculaires cérébraux ; le diabète de type 1 et de type 2 ; l'insuffisance respiratoire chronique ou encore la maladie d'Alzheimer et autres démences (Annexe 1).

Ils peuvent renouveler et adapter la prescription médicale initiale dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin. Ils peuvent également prescrire et interpréter des examens biologiques dans 8 domaines tels que : la biochimie, l'hématologie, l'hémostase ou encore les urines (Annexe 3).

Entrent également dans leur champ de compétences : la prescription d'examens complémentaires comme des imageries nécessaires au suivi du patient, l'électrocardiogramme, etc... (Annexe 5).

En somme, l'infirmier en pratique avancée a des domaines de compétences plus importants que les infirmiers diplômés d'État. Ceci s'explique par une formation de type master d'une durée de 2 ans.

Cela permet aux infirmiers en pratique avancée d'effectuer « le travail » des médecins généralistes comme le suivi des patients chroniques, le renouvellement de traitement ou encore la prescription d'examens complémentaires.

Ceci correspond parfaitement au souhait du gouvernement de libérer du temps médical afin que le médecin généraliste voie un nombre plus important de patients.

Cependant il existe de nombreuses zones d'ombre sur les infirmiers en pratique avancée comme l'engagement de la responsabilité du médecin, le temps pour la réalisation de

protocoles et le temps d'échange, d'autant plus que les médecins généralistes seront en première ligne de ce dispositif.

Chez nos voisins, et dans d'autres pays, le métier d'infirmier en pratique avancée est bien plus développé qu'en France, nous citons quelques exemples dans le paragraphe suivant.

3. A l'étranger, quelques exemples

3.1. États-Unis

Les États-Unis sont les précurseurs dans le métier d'infirmiers en pratique avancée, mis en place au milieu des années 1960, à la suite d'une pénurie de médecins en soins primaires dans les zones rurales et urbaines.

D'autres raisons expliquent le développement des infirmiers en pratique avancée : le besoin d'améliorer l'accès aux soins, la continuité ou la qualité des soins mais également de limiter les dépenses de santé (13).

La mise en place des infirmiers en pratique avancée a été favorisée par les revendications d'associations d'infirmiers, les demandes des patients, la législation gouvernementale et la capacité du système éducatif à former les infirmiers.

Ils étaient initialement mis en place pour la prise en charge de pathologies chroniques communes non graves et de la santé globale des enfants afin de laisser les pathologies plus complexes aux médecins. Puis une autonomie progressive a été autorisée mais toujours sous la supervision d'un médecin et via des protocoles. En 1997, les infirmiers en pratique avancée ont pu facturer auprès du Medicare.

La formation des infirmiers se fait sur le modèle « Bachelor, Master et Doctorat » qui serait l'équivalent en France de « Licence, Master et Doctorat ». Les étudiants ayant validé le niveau Bachelor et le Master peuvent passer un examen pour devenir « Advanced Practices Registered Nurses » ou « infirmier inscrit en pratique avancée ».

On retrouve quatre types d'"Advanced Practices Registered Nurses" : l'infirmier anesthésiste, la sage-femme, l'infirmier clinicien spécialiste et l'infirmier praticien.

En ce qui concerne les infirmiers praticiens, ils peuvent se spécialiser dans des domaines tels que les soins des enfants, des femmes et des personnes âgées. Ils peuvent réaliser des actes comme les consultations, les soins techniques, les diagnostics, les prescriptions, etc...

En revanche, la capacité d'exercer de manière indépendante varie selon les États. Dans certains états, ils ne doivent pas nécessairement collaborer avec un médecin (par exemple en Alaska) tandis que dans d'autres, il est nécessaire qu'ils aient une supervision ou une collaboration médicale. De plus, la majorité des états accorde aux infirmiers en pratique avancée un droit de prescrire, et 47 états autorisent la prescription de produits stupéfiants.

3.2. Canada

Le statut d'infirmier praticien est créé dans les années 1960 dans les provinces anglophones pour répondre aux déficits de médecins dans certaines parties du territoire. Et ainsi assurer les soins primaires dans les zones rurales (14).

Puis secondairement, les infirmiers praticiens se sont développés pour répondre d'une part à la demande de la population pour un meilleur accès aux soins et une réduction du temps d'attente, d'autre part à l'augmentation de la demande liée au vieillissement de la population, aux maladies chroniques, et aux problèmes de santé mentale.

Il existe 2 catégories d'infirmier en pratique avancée : les infirmiers cliniciens spécialisés qui travaillent principalement à l'hôpital ; et les infirmiers praticiens qui travaillent dans les soins primaires ou les hôpitaux.

On distingue 3 types d'infirmiers praticiens :

- Les infirmiers praticiens : ce sont des infirmiers qui ont une formation complémentaire permettant de prescrire et interpréter des tests de diagnostic et prescrire des médicaments ;
- Les infirmiers praticiens des soins primaires (ou « infirmiers praticiens de famille ») : leurs rôles sont la promotion de la santé, les soins préventifs, le diagnostic et le traitement de maladies et de blessures bénignes aiguës, ainsi que le contrôle et la gestion des maladies chroniques stables ;
- Les infirmiers praticiens de soins aigus (ou infirmiers praticiens pour adultes, pédiatriques ou en néonatalogie) : ils fournissent des soins infirmiers avancés dans les hôpitaux pour les patients qui sont atteints de maladies chroniques ou en phase aiguë. Ces infirmiers praticiens travaillent dans des services hospitaliers tels que la néonatalogie, la néphrologie et la cardiologie.

Les infirmiers praticiens en soins primaires ou en soins aigus nécessitent un niveau Master comme aux États-Unis.

Depuis 1991, les infirmiers praticiens peuvent prescrire une vaste liste de médicaments sans supervision de médecins comme les antibiotiques, les antiviraux ou encore les antidépresseurs. D'autres traitements nécessitent une supervision des médecins tels que les

anticoagulants. Depuis 2006, des traitements entraînant une dépendance ou les opiacés et morphiniques peuvent également être prescrits par les infirmiers praticiens.

3.3. Royaume-Uni

Les infirmiers praticiens ont été introduit dans le « National Health Service » (équivalent de la Sécurité Sociale en France) dans les années 1970.

Les infirmiers au Royaume-Uni ont acquis le droit de prescrire des médicaments dans les années 1990, et le droit de prescrire des opiacés en 2009. De nos jours tous les infirmiers, même ceux ne travaillant pas en tant qu'infirmiers en pratique avancée, peuvent être formés en tant qu'infirmiers prescripteurs, à condition d'avoir validé le premier cycle universitaire, d'avoir 3 ans d'expérience et de valider une formation spécifique.

Il existe 4 catégories d'infirmiers praticiens :

- Les infirmiers cliniciens spécialisés : ils peuvent réaliser des consultations, des diagnostics, des prescriptions médicales avec ou sans la supervision des médecins. Ils peuvent également gérer certaines maladies chroniques (suivi, éducation thérapeutique et conseil sur le mode de vie) ;
- Les infirmiers praticiens avancés : ils ont le même rôle que les infirmiers cliniciens mais plus orienté sur les consultations médicales en remplaçant les médecins ;
- Les infirmiers consultants : ils sont plus orientés dans le domaine de la recherche, la formation et l'amélioration des soins ;
- Les « Modern Matrons », équivalent au rôle de cadre dans un service hospitalier.

Les infirmiers praticiens avancés ont au moins le niveau licence mais la majorité possède un master. Pour les autres catégories d'infirmier praticien, un niveau master est requis.

Plusieurs raisons expliquent le développement des infirmiers en pratique avancée telles que : améliorer l'accès aux services de santé, promouvoir la qualité et la continuité des soins et répondre aux besoins des patients.

4. La question de recherche

Nous venons de voir trois exemples de pays où les infirmiers en pratique avancée sont implantés depuis plusieurs années avec des responsabilités diverses selon les pays.

Le point commun entre ces trois pays est de répondre à un manque de médecins et d'améliorer la prise en charge des patients.

En France, comme cité précédemment, la création des infirmiers en pratique avancée découle de la loi de modernisation de la santé pour répondre également à un déficit de médecins.

La première génération d'infirmier en pratique avancée date de 2019, et nous attendons 5 000 IPA d'ici 2024 selon l'objectif initial. Cependant on retrouve une réticence de la part des médecins généralistes qui est relayée dans la presse, par exemple : le droit de prescrire des examens complémentaires, de faire le suivi des patients chroniques, la non-rémunération des patients adressés aux IPA etc... Ces réticences ne sont pas exprimées par tous les médecins et certains médecins travaillent déjà avec les infirmiers en pratique avancée.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes interrogés, et que nous avons souhaité connaître l'avis des médecins généralistes sur la profession d'infirmier en pratique avancée dans le Tarn.

L'objectif principal est de rechercher les attraits et les éléments négatifs de cette profession pour les médecins. L'objectif secondaire est de rechercher des facteurs pouvant influencer une collaboration médecin et infirmier en pratique avancée.

A noter que, dans l'élaboration de cette thèse, nous nous intéresserons seulement aux infirmiers en pratique avancée libéraux, en soin primaire et non-salariés dans une structure privée ou publique.

Matériels et méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative transversale sous forme de questionnaire adressé aux médecins généralistes du Tarn.

Cette étude est hors champs de la loi Jardé, ne collectant pas de données personnelles et respectant l'anonymat des participants. Cette étude n'a pas nécessité de déclaration auprès de la CNIL ni de la CPP.

2. Population d'étude et recrutement

Dans le cadre de notre étude, nous avons interrogé les médecins généralistes exerçants seul, en cabinet de groupe, en centre de santé ou en maison de santé pluridisciplinaire dans le département du Tarn.

Les critères d'exclusion étaient l'exercice d'une autre spécialité que la médecine générale et/ou l'exercice dans une structure hospitalière.

Le recrutement a été réalisé grâce à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Tarn qui nous a transmis la liste des médecins généralistes exerçant dans le département avec le numéro de téléphone des cabinets médicaux. Dans un souci de secret professionnel, la CPAM ne nous a pas transmis les mails des médecins généralistes.

Une consœur ayant réalisé son travail de thèse quantitative précédemment dans le Tarn, nous a permis de récupérer la plupart des adresses mails. Parmi les médecins n'ayant pas d'adresse mail, un contact téléphonique a été réalisé pour connaître leur volonté de participer à notre étude, et ainsi leur envoyer le questionnaire lorsque la réponse était positive.

3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé grâce au logiciel « Google Forms ». Les questions ont été élaborées d'une part grâce à des articles de loi encadrant l'exercice des infirmiers en pratique avancée, et d'autre part grâce à un travail de revue de la littérature de thèses qualitatives réalisées précédemment.

4. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé entre décembre 2022 et février 2023. Le questionnaire a été envoyé par mail à 245 médecins le 14/12/2022, puis une seconde relance a été effectuée le 17/01/2023. Un mois après la seconde relance, nous avons clôturé les résultats, soit le 17 février 2023.

5. Analyse des résultats

Les résultats ont été analysés par les logiciels Google Forms et Microsoft Excel.

Pour renforcer la validité et la pertinence des résultats, un biostatisticien a participé à l'analyse.

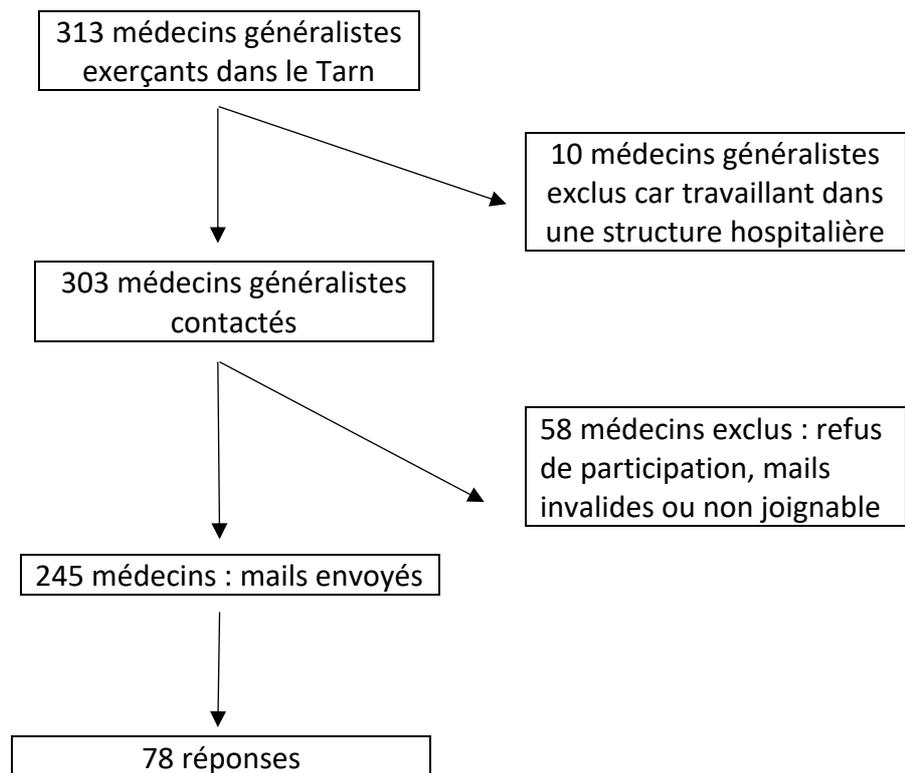
Résultats

Sur les 313 médecins présents dans la liste de la caisse d'assurance maladie du Tarn, 10 médecins ont été exclus car ils exerçaient dans une structure hospitalière.

58 médecins n'ont pas reçu le questionnaire. Les raisons étaient le refus, leur indisponibilité ou une adresse mail erronée.

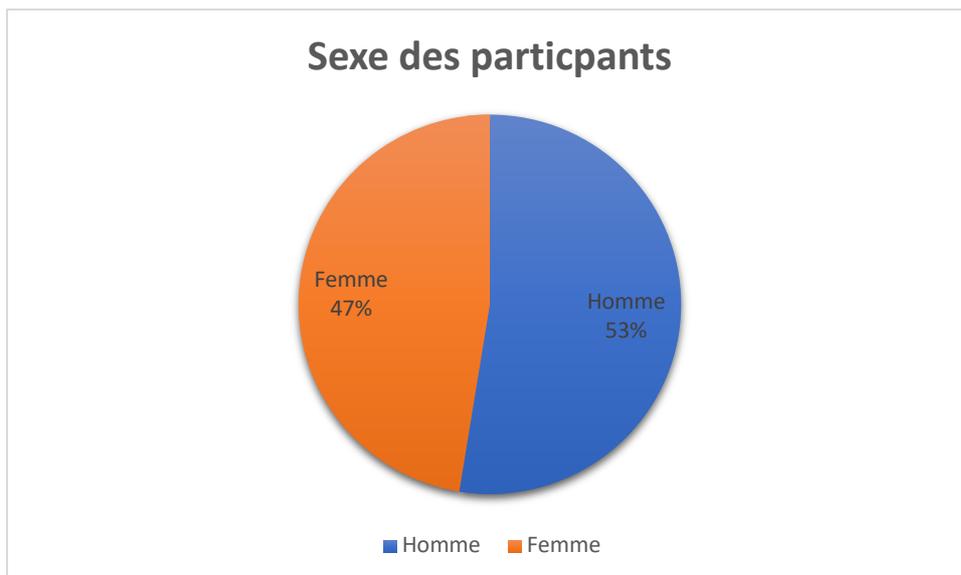
Au total, 245 médecins ont reçu le questionnaire par mail.

Sur ces 245 médecins, nous avons obtenu 78 réponses soit un taux de participation de 31,8%.



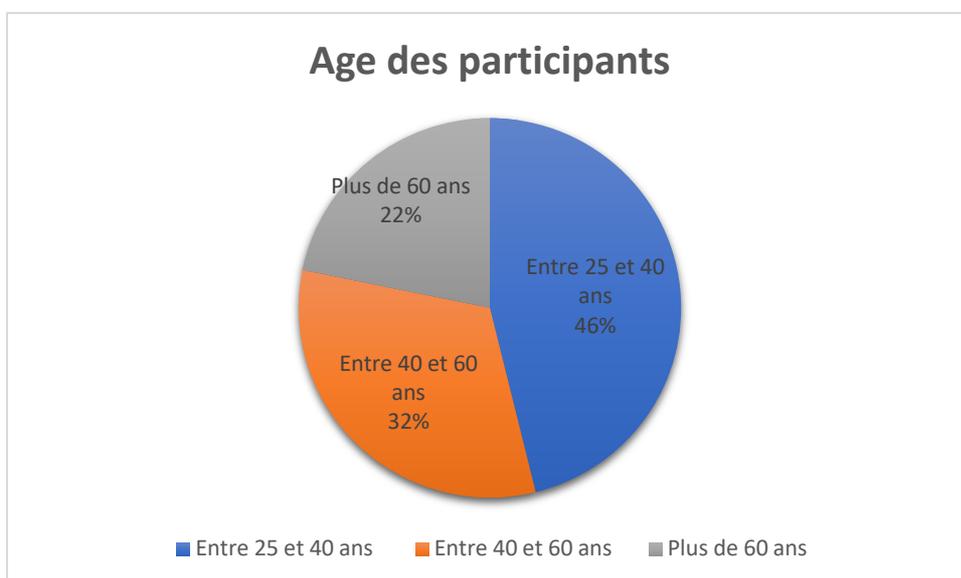
1. Sexe des participants

Sur les 78 réponses, nous retrouvons 41 participants homme (53% de notre échantillon) et 37 participantes femme (47% de notre échantillon). La proportion entre les deux sexes est quasiment similaire avec seulement 4 participants hommes de plus que les femmes.



2. Age des participants

Trente-six participants ont entre 25 et 40 ans (46%), 25 participants entre 40 et 60 ans (32%) et 17 participants ont plus de 60 ans (22%). Les jeunes médecins représentent quasiment la moitié de notre échantillon. Nous observons que plus les médecins sont âgés moins ils ont participé à notre étude.

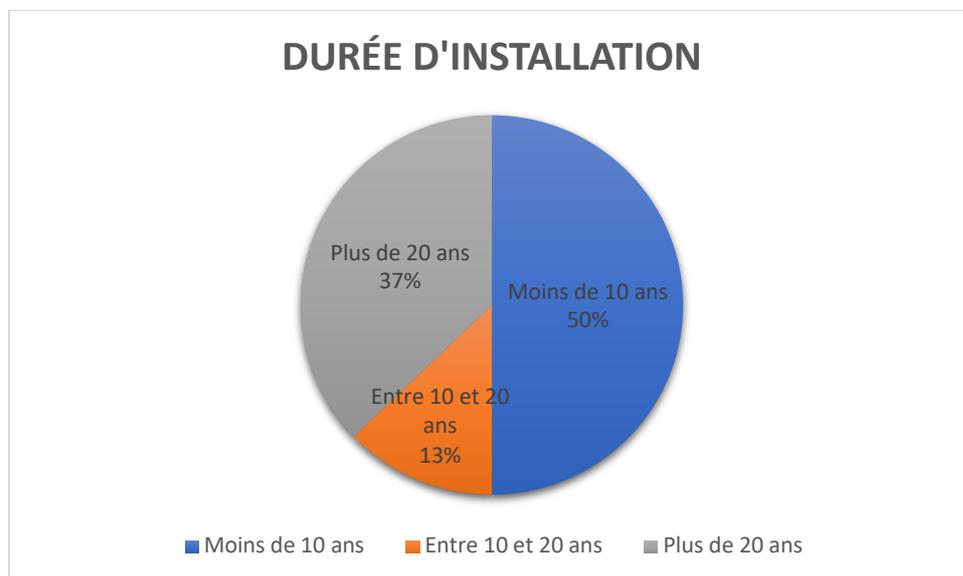


Au vu de la participation des médecins âgés de moins de 40 ans, nous avons voulu savoir quel était le nombre de médecins à s'être installé dans le Tarn ces 10 dernières années. Nous avons ainsi contacté le conseil de l'ordre du département du Tarn. Malheureusement, malgré notre sollicitation, nous n'avons pas obtenu de réponse.

Nous pouvons néanmoins supposer que la majorité des jeunes médecins a répondu à notre étude : cela nous montre que cette génération de médecins se questionne sur le métier d'infirmier en pratique avancée.

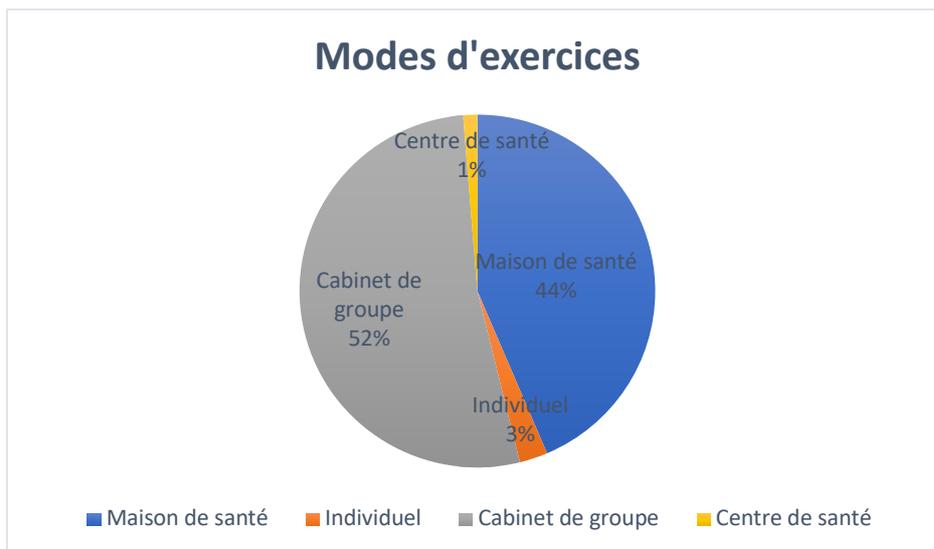
3. Durée d'installation

Trente-neuf médecins sont installés depuis moins de 10 ans (50%), 10 médecins entre 10 et 20 ans (13%) et 29 médecins ont plus de 20 ans d'installation (37%). La durée d'installation de moins de 10 ans coïncide avec l'âge des jeunes médecins, les médecins installés depuis plus de 20 ans représentent la seconde proportion. Ceci s'explique par une durée d'installation plus importante des médecins dans la tranche d'âge 40-60 ans.



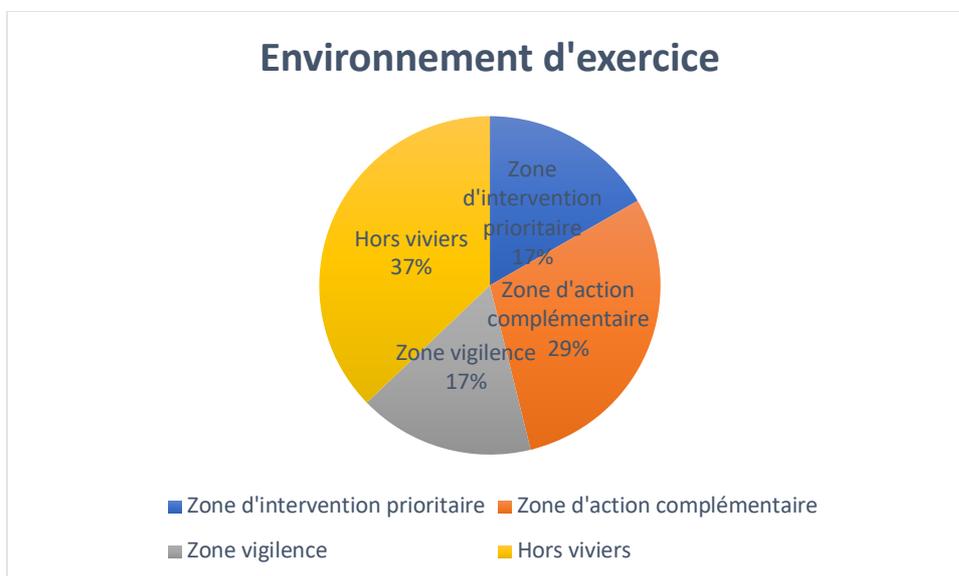
4. Mode d'exercice

Le nombre de médecins travaillant dans les cabinets en groupe était de 41 (52%), 34 médecins étaient en maison de santé pluridisciplinaire (44%), deux médecins avaient une activité individuelle (3%), et un seul médecin travaillait dans un centre de santé (1%). Les principales structures d'exercice dans notre échantillon étaient les maisons de santé pluridisciplinaire et les cabinets de groupe. Une infime proportion de médecin travaillaient dans les centres de santé ou les cabinets individuels. Les deux médecins exerçant dans les cabinets individuels étaient tous les deux âgés de plus de 60 ans.



5. Environnement d'exercice

Treize médecins exerçaient dans une zone intervention prioritaire (17%), de même pour 13 médecins en zone de vigilance (17%), 23 médecins exerçaient dans une zone d'action complémentaire (29%) et pour finir 29 médecins étaient dans une zone hors viviers (37%). Nous observons une bonne disparité sur la répartition des médecins dans le territoire du Tarn avec une proportion un peu plus élevée pour les médecins travaillant hors viviers.



6. Professionnels de santé travaillant dans la structure

La majorité de nos médecins travaillait avec des infirmiers, soit avec « un seul type » d'infirmier ou avec plusieurs infirmiers de compétence différentes.

Les médecins collaborant avec un seul type d'infirmier étaient au nombre de 34, répartis de la façon suivante : 12 médecins travaillaient avec des infirmiers diplômés d'état et 22 avec des infirmiers Azalée.

Parmi les médecins collaborant avec plusieurs infirmiers :

- 25 médecins travaillaient avec des infirmiers diplômés d'état et les infirmiers azalée
- 1 médecin travaillaient avec des infirmiers diplômés d'état et un infirmier en pratique avancée
- 1 médecin avec un infirmier Azalée et un infirmier en pratique avancée.

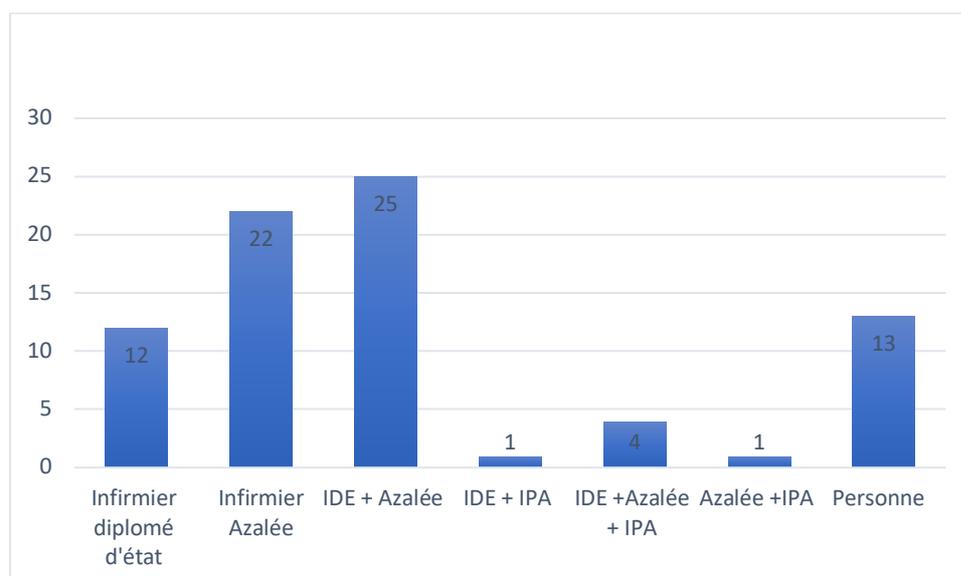
Ces deux derniers médecins exerçaient dans un cabinet de groupe.

Quatre médecins collaboraient avec les 3 types d'infirmiers : diplômé d'état, azalée et infirmier en pratique avancée. Ces quatre médecins exerçaient tous dans une maison de santé pluridisciplinaire.

Enfin, 13 médecins travaillaient sans infirmier : 2 médecins exerçant dans un cabinet individuel et 11 médecins exerçant dans un cabinet de groupe.

La structure accueillant les 3 types d'infirmiers était une maison de santé pluridisciplinaire, qui par définition est un lieu d'échanges entre les différents professionnels de santé.

En ce qui concerne la profession d'infirmier en pratique avancée, nous les retrouvons également dans les cabinets de groupe.



7. Connaissance des rôles de l'infirmier en pratique avancée

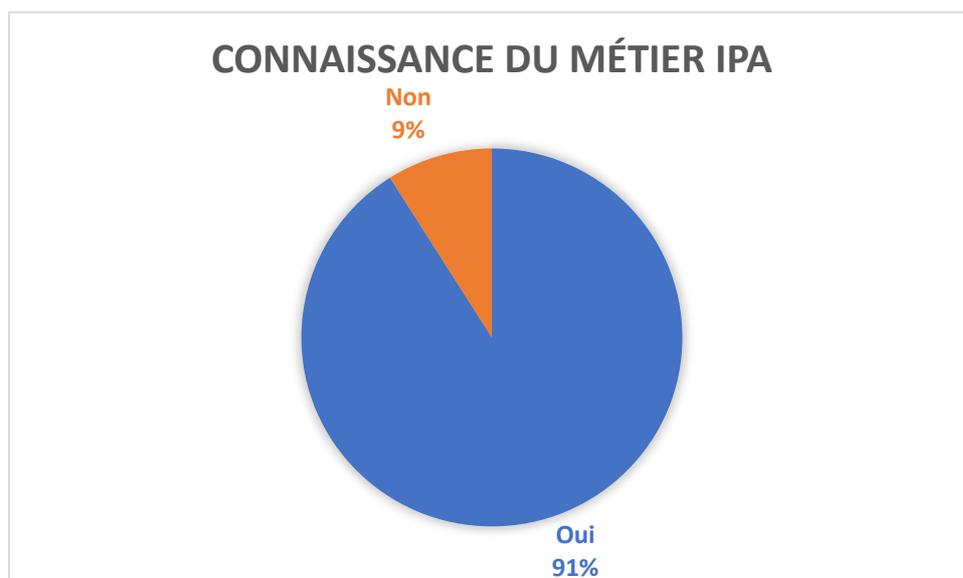
Les médecins ont été interrogés dans un premier temps sur la connaissance du métier d'infirmier en pratique avancée.

Soixante-et-onze médecins connaissaient ce métier (91%), seulement 7 médecins n'étaient pas au courant de ce corps de métier (9%).

Parmi ces 7 médecins qui ne connaissaient pas le métier d'infirmier en pratique avancée :

- 2 médecins étaient âgés entre 25 et 40 ans, exerçants dans une MSP ;
- 2 médecins étaient âgés entre 40 et 60 ans exerçants dans un cabinet de groupe ;
- 2 médecins étaient âgés de 60 ans et plus, l'un exerçant dans un cabinet de groupe et l'autre dans un cabinet individuel.

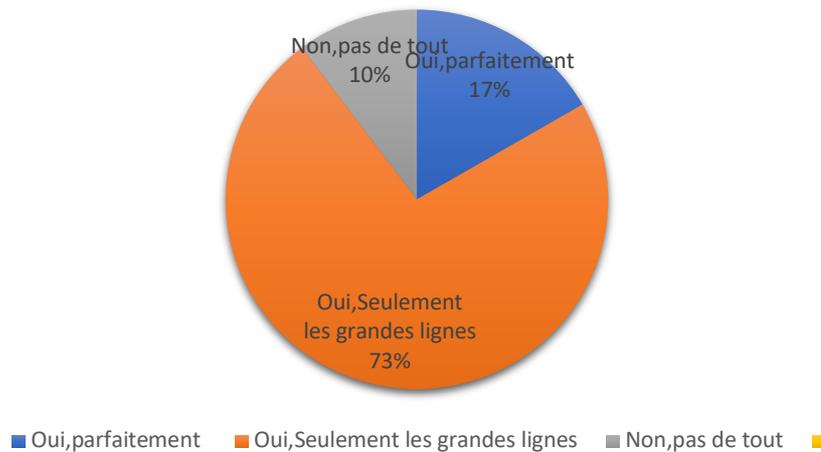
Un faible pourcentage de médecins interrogés ne connaissait pas cette profession. Les caractéristiques de ces médecins étaient variées, chaque tranche d'âge était représentée, et les différentes structures d'exercice également.



Dans un second temps, nous avons questionné les médecins sur les connaissances du rôle des infirmiers en pratique avancée. Treize médecins connaissaient parfaitement leurs rôles (17%), 57 médecins en connaissaient les grandes lignes (73%) et 8 médecins ne connaissaient pas du tout leurs rôles (10%).

Parmi ces 8 médecins, 7 d'entre eux ont répondu à la question précédente une méconnaissance de la profession, un médecin a entendu parler des IPA sans connaître leurs rôles.

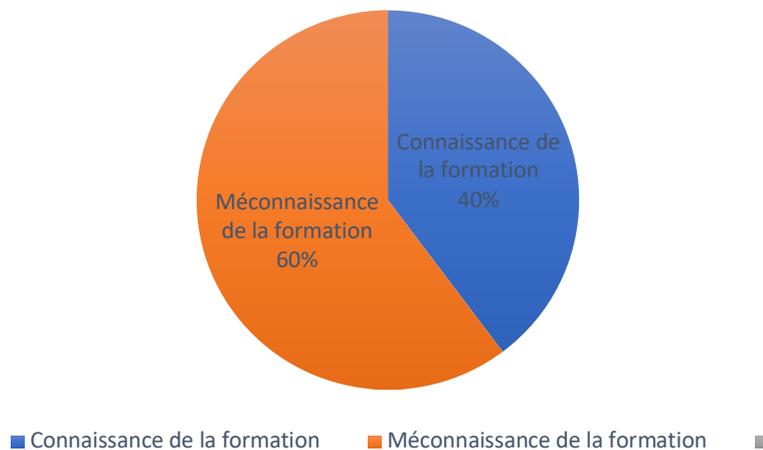
Connaissance du rôle des IPA



8. Formation des infirmiers en pratique avancée et avis

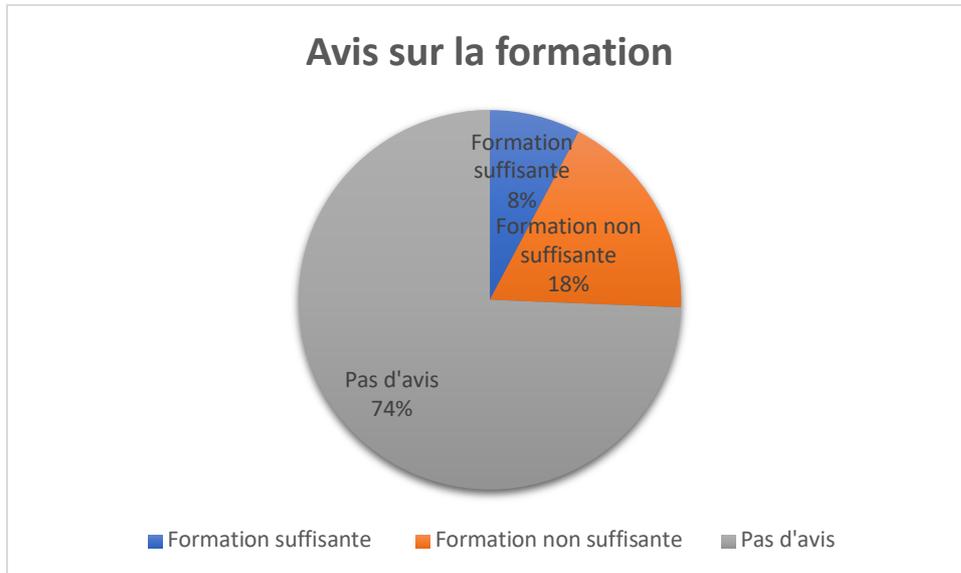
Quarante-sept médecins ne connaissaient pas la formation pour devenir IPA (60%) et 31 médecins la connaissaient (40%). Les médecins étaient peu informés sur leurs rôles, leurs domaines d'action et ne connaissaient pas la formation nécessaire pour devenir IPA.

Connaissance de la formation



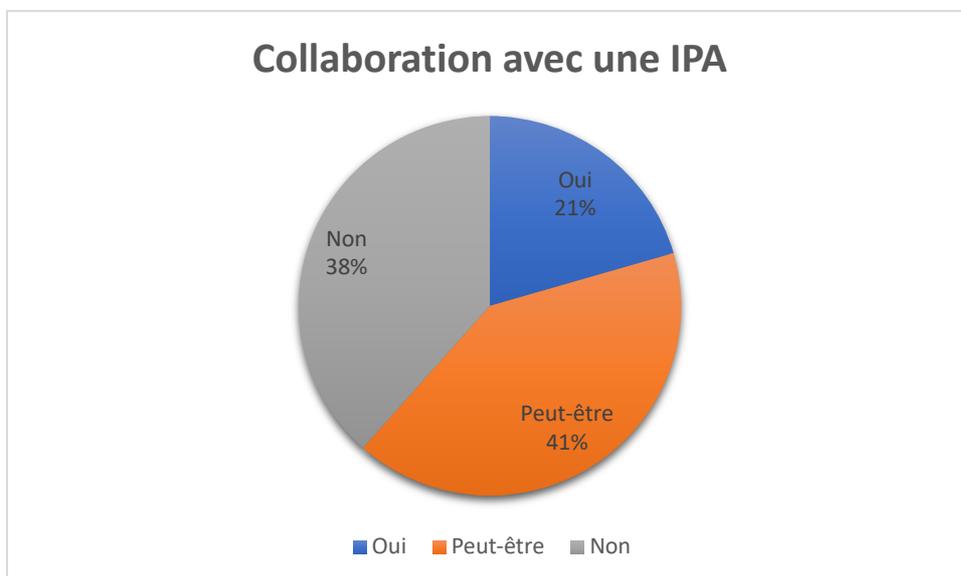
Cinquante-huit médecins n'avaient pas avis sur la formation des IPA (74%), 14 médecins jugeaient cela insuffisant (18%) et 6 médecins pense qu'elle était suffisante (8%). Ces résultats se justifient, comme présenté dans la question précédente, par une méconnaissance de la formation, de ce fait les médecins ne peuvent émettre un avis sur la formation.

Parmi les médecins connaissant la formation, seule une minorité ont exprimé une formation suffisante des IPA.



9. Collaboration avec les IPA : analyse descriptive et statistique

Sur la question d'une future collaboration : 32 médecins ont répondu peut-être (41%), 30 médecins ne travailleront pas avec un IPA (38%) et 16 médecins souhaitent collaborer (21%).



Parmi les 30 médecins qui étaient réticents à une collaboration avec un IPA : 18 médecins avaient entre 25 et 40 ans, 6 entre 40 et 60 ans, 6 plus de 60 ans. C'étaient principalement des jeunes médecins, mais leur taux de participation était également plus élevé dans notre étude.

Sur ces médecins, 19 médecins travaillaient dans un groupement de cabinet et 11 dans une MSP, les médecins exerçants dans un groupement de cabinets étaient plus nombreux à exprimer leurs réticences par rapport à ceux travaillant dans une maison de santé pluridisciplinaire.

Le zonage de leur cabinet est la suivante : 5 dans un ZIP, 6 dans une ZAC, 3 dans une zone de vigilance et 16 étaient hors viviers. La grande majorité des médecins exerçaient dans une zone hors viviers où le manque de médecins est moins important.

Inversement, parmi les 16 médecins favorables à une collaboration avec un IPA : 8 étaient âgés entre 25 et 40 ans, 5 avaient entre 40 et 60 ans et 3 avaient plus de 60 ans. La part des jeunes médecins était légèrement plus importante, mais comme cité précédemment le taux de participants des jeunes médecins était plus élevé.

Neuf médecins exerçaient dans une MSP, 5 étaient dans un cabinet de groupe, un en cabinet individuel et un en centre de santé. On retrouve une disparité sur les structures avec un petit avantage dans les MSP.

Pour le zonage, 2 médecins étaient dans une zone d'intervention prioritaire, 6 en zone d'action complémentaire, 4 en zone de vigilance et 4 en hors viviers. Il n'existe pas de zone d'exercice qui ressort, la proportion de chaque zone est globalement similaire.

Parmi toutes les caractéristiques citées (l'âge, la zone d'exercice, la structure d'exercice ou encore la présence d'un infirmier diplômé d'état ou d'un infirmier Azalée), nous avons recherché s'il existait un lien de collaboration médecin et infirmier en pratique avancée.

Dans le cadre de nos analyses statistiques, nous avons regroupé les zones d'intervention prioritaire avec les zones d'action complémentaire. On considéra cette zone où le manque de médecins est le plus important. Et on regroupera les zones de vigilances avec les zones hors viviers où le manque de médecin est « moindre ».

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé la variable « travailler avec un infirmier en pratique avancée dans le futur » en analysant les modalités oui, non et peut-être par le test de Fisher et le test de khi-deux.

Sur les différents critères analysés : âge, zonage, mode d'exercice et la présence d'infirmier diplômé d'état ou Azalée, il n'existait pas de lien significatif pour les modalités : oui, non et peut-être.

Cela signifie que l'âge des médecins n'a pas influencé sur sa décision de travailler ou non avec un infirmier en pratique avancée ($p=0,209$), ni sa zone d'activité ($p=0,296$), ni sa structure d'exercice ($p=0,224$).

Le fait de travailler avec un infirmier diplômé d'état comparé aux médecins ne travaillant pas avec un infirmier diplômé d'état n'a pas influencé sur la décision d'une future collaboration avec un infirmier en pratique avancée ($P=0,451$).

Le résultat était identique pour les médecins travaillant avec un infirmier azalée comparés aux médecins exerçants sans infirmier azalée (P=0,3).

| Caractéristiques | Travail avec l'IPA dans le futur | | | p-value |
|---|----------------------------------|-------------|-------------------|---------|
| | Non, N = 30 | Oui, N = 16 | Peut-être, N = 32 | |
| Age | | | | 0,209 |
| <i>Entre 25 et 40 ans</i> | 18 (60%) | 8 (50%) | 10 (31%) | |
| <i>Entre 40 et 60 ans</i> | 6 (20%) | 5 (31%) | 14 (44%) | |
| <i>Plus de 60 ans</i> | 6 (20%) | 3 (19%) | 8 (25%) | |
| Zonage | | | | 0,296 |
| <i>ZV et HV</i> | 19 (63%) | 8 (50%) | 14 (44%) | |
| <i>ZIP ou ZAC</i> | 11 (37%) | 8 (50%) | 18 (56%) | |
| Mode d'exercice | | | | 0,224 |
| <i>Cabinet de groupe</i> | 19 (63%) | 5 (36%) | 16 (52%) | |
| <i>Maison de santé pluridisciplinaire</i> | 11 (37%) | 9 (64%) | 15 (48%) | |
| <i>Individuel ou centre de santé</i> | 0 | 2 | 1 | |
| Présence IDE VS PERSONNE | | | | 0,451 |
| <i>Présence IDE</i> | 17 (74%) | 12 (92%) | 14 (74%) | |
| <i>Travaillent sans Infirmier (Missing*)</i> | 6 (26%) | 1 (7.7%) | 5 (26%) | |
| | 7 | 3 | 13 | |
| Présence AZALEE VS PERSONNE | | | | 0,3 |
| <i>Présence Azalée</i> | 15 (71%) | 14 (93%) | 24 (83%) | |
| <i>Travaillent sans Infirmier (Missing**)</i> | 6 (29%) | 1 (6.7%) | 5 (17%) | |
| | 9 | 1 | 3 | |

n (%)

Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

*Ce sont les médecins qui sont avec des IDE associé à d'autres infirmiers IPA ou azalée

**Ce sont les médecins qui sont avec les IDE et les IPA

Dans une seconde partie, nous avons inclus les médecins indécis pour une collaboration avec les infirmiers en pratique avancée, ce sont les médecins ayant répondu « peut-être ».

Le détail des réponses des médecins indécis était la suivante : 10 médecins étaient âgés entre 25 et 40 ans, 14 entre 40 et 60 ans et 8 avaient plus de 60 ans. La part des médecins d'âge intermédiaire était la plus importante suivie des jeunes médecins.

La répartition était quasiment équivalente entre cabinets de groupe et maisons de santé, avec respectivement 16 et 15 médecins.

Pour le zonage, 8 médecins étaient dans une zone d'intervention prioritaire, 10 dans une zone d'action complémentaire, 6 en zone de vigilance et 8 étaient hors viviers. La répartition était variée pour ce groupe de médecins.

Nous avons regroupé dans cette partie les réponses « oui » correspondant aux médecins favorables à une collaboration avec les réponses « peut-être », en émettant l'hypothèse d'une possible collaboration dans le futur avec un infirmier en pratique avancée.

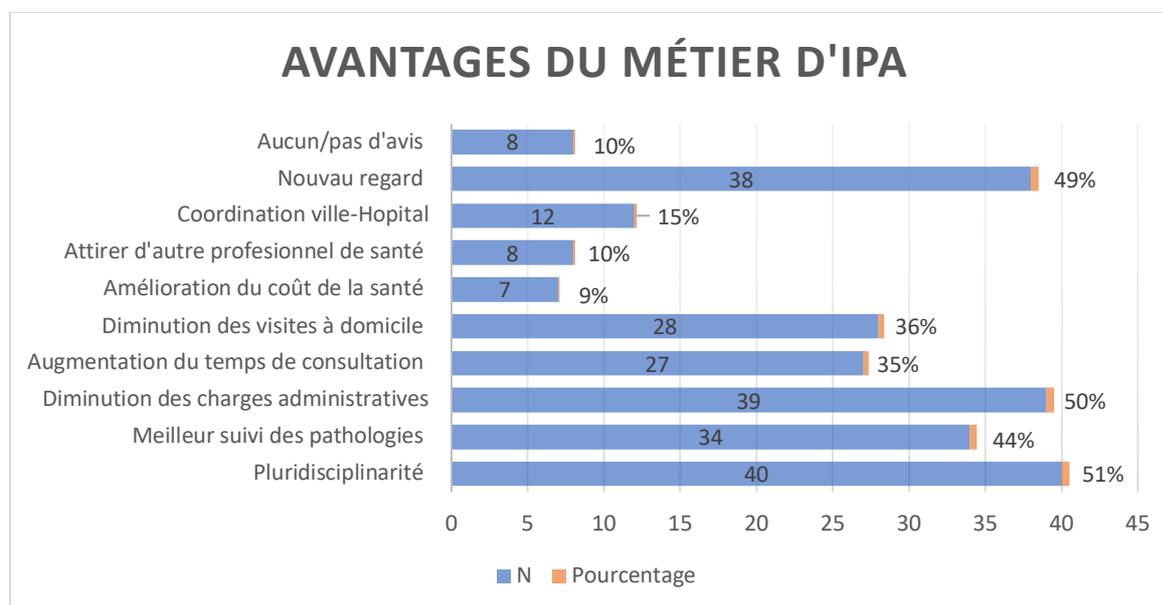
En comparant les réponses non et les réponses oui et peut-être par le test de Fisher et le test du khi-deux, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes. Cela signifie que malgré un regroupement des médecins favorables et ceux qui seraient favorables à une collaboration avec les infirmiers en pratique avancée, nous ne retrouvons pas de lien avec les critères analysés. Que cela soit l'âge ($p=0,116$), les zones d'activités ($p=0,132$), le mode d'exercice ($P=0,156$) ou encore la présence d'un infirmier diplômé d'état ($p=0,53$) ou d'un infirmier azalée ($p=0,18$), tous ces critères n'avaient aucune influence sur une collaboration médecin-infirmier en pratique avancée.

| Caractéristiques | Travail avec IPA futur ENVISAGEABLE | | p-value |
|--|-------------------------------------|--------------------------|---------|
| | Non, N = 30 | Oui et Peut-être, N = 48 | |
| Age | | | 0,116 |
| <i>Entre 25 et 40 ans</i> | 18 (60%) | 18 (38%) | |
| <i>Entre 40 et 60 ans</i> | 6 (20%) | 19 (40%) | |
| <i>Plus de 60 ans</i> | 6 (20%) | 11 (23%) | |
| Zonage | | | 0,132 |
| <i>Zone de vigilance et hors vivier</i> | 19 (63%) | 22 (46%) | |
| <i>Zone intervention prioritaire et zone d'action complémentaire</i> | 11 (37%) | 26 (54%) | |
| Mode exercice | | | 0,156 |
| <i>Cabinet de groupe</i> | 19 (63%) | 21 (47%) | |
| <i>Maison de santé pluridisciplinaire</i> | 11 (37%) | 24 (53%) | |
| <i>Individuel et centre de santé</i> | 0 | 3 | |
| Présence IDE VS PERSONNE | | | 0,53 |
| <i>Présence IDE</i> | 17 (74%) | 26 (81%) | |
| <i>Travaillent sans Infirmier (Missing)</i> | 6 (26%) 7 | 6 (19%) 16 | |
| Présence AZALEE VS PERSONNE | | | 0,18 |
| <i>Présence Azalée</i> | 15 (71%) | 38 (86%) | |
| <i>Travaillent sans Infirmier (Missing)</i> | 6 (29%) 9 | 6 (14%) 4 | |

n (%)

Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

10. Avantages du métier d'infirmier en pratique avancée



Les différents avantages cités dans notre questionnaire sont tirés des différents travaux de thèse réalisés par des confrères et consœurs. Ce sont principalement des thèses qualitatives où les médecins ont exprimé leur opinion sur la profession d'IPA. Les avantages qui reviennent le plus lors des différents entretiens sont présents dans notre questionnaire.

A travers les différentes réponses, nous avons pu classer les avantages en 3 groupes distinct :

- Le groupe « avantages soulignés par la moitié de notre échantillon » ;
- Le groupe « avantages soulignés par un tiers des médecins » ;
- Le groupe « avantages peu soulignés ».

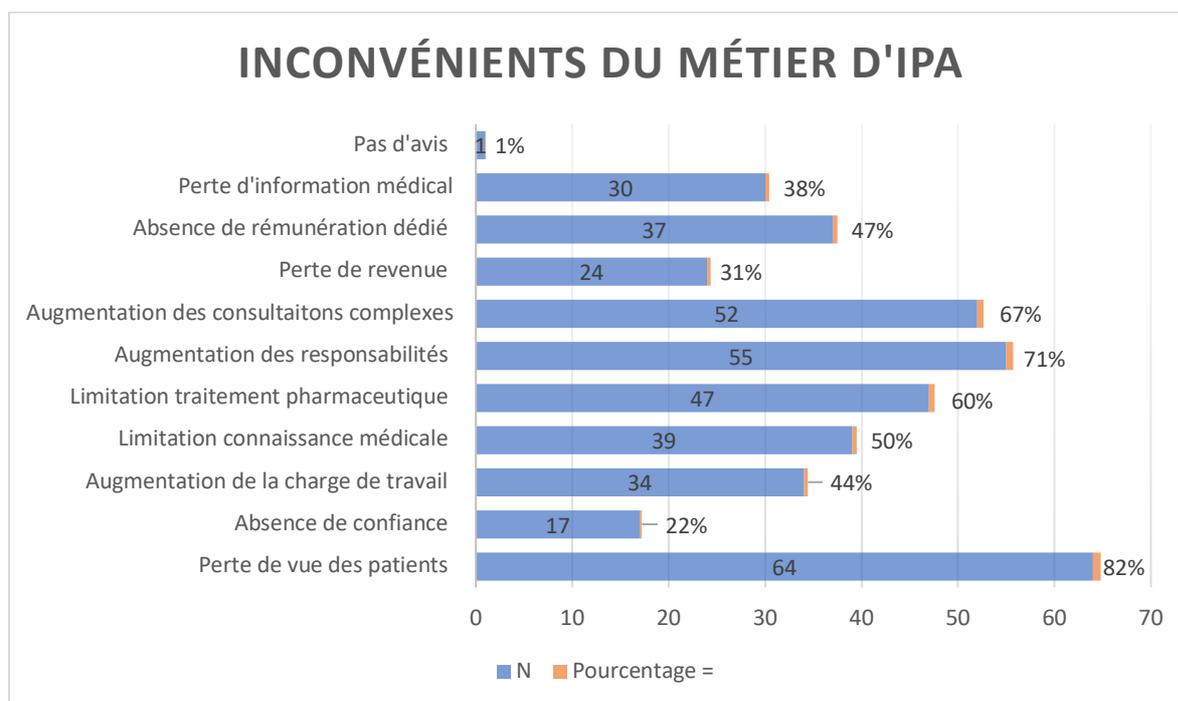
Parmi les avantages soulignés par la moitié de notre échantillon nous avons retrouvé en première position la pluridisciplinarité à 51%, puis la diminution de charges administratives à 50% et un nouveau regard pour le patient pour 49%. Nous avons mis dans cette catégorie l'item « meilleur suivi de leurs pathologies » évoqué par 44% des médecins interrogés.

Dans le groupe « avantages soulignés par un tiers » : nous avons retrouvé une diminution des visites à domicile à 36% et une augmentation des temps de consultation à 35%.

Enfin, dans le groupe « avantages peu soulignés », dans un ordre décroissant nous avons retrouvé une meilleure coordination ville-hôpital (15%), une attirance des professionnels de santé (10%), et 10% des médecins n'ont trouvé aucun avantage ou n'avaient pas d'avis sur les IPA. En dernière position nous retrouvons l'amélioration du coût de la santé à 9%.

A travers ces données, nous avons observé deux groupes distincts : les avantages sont partagés par un médecin sur deux mais surtout des avantages peu considérés par les médecins.

11. Inconvénients du métier d'IPA



De la même façon dans la partie « avantages du métier d'IPA », nous avons repris les différents inconvénients cités par les médecins puis nous avons établi cette question en fonction des inconvénients qui revenaient le plus.

Nous avons pu regrouper ces inconvénients en 3 groupes en fonction des taux de réponses.

Le premier groupe est celui qui a obtenu plus de 50% de suffrage où nous avons retrouvé la perte de vue des patients. La perte de vue des patients est soulignée à 82% des médecins, l'augmentation des responsabilités à 71%, l'augmentation de consultations complexes à 67% et les limites des connaissances des IPA sur les traitements pharmaceutiques à 60%.

La moitié des médecins interrogés redoutaient une limite dans les connaissances médicales, 47% le manque de rémunération dédiée (en effet c'est le médecin qui adresse ses patients aux IPA et des réunions sont à prévoir pour discuter des patients). Dans la continuité, 44% des médecins estimaient qu'ils auraient une augmentation de la charge de travail.

Un peu plus d'un tiers des médecins (38%) redoutaient une perte d'informations médicales, 31% soulignaient une perte financière, le manque de confiance était de 22%. Et un médecin n'avait pas avis sur la question.

Dans la case autre avis :

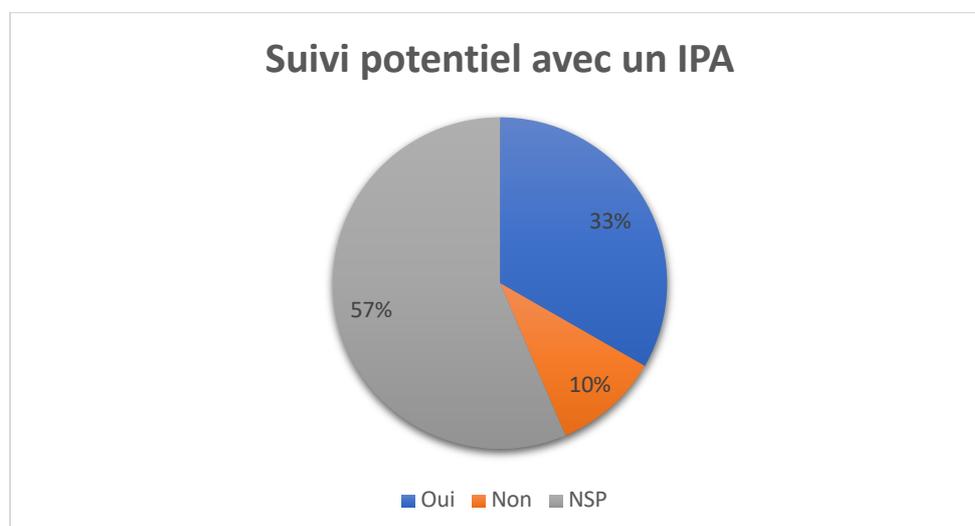
Un médecin soulignait des revenus plus élevés pour les IPA que pour lui « *Recherche d'information chronophage car les IPA ont un accès direct hors de ma structure. IPA payés 210 à 200 euros par an pour un suivi sans difficulté alors qu'un patient stabilisé n'est vu chez moi que 2 fois par an, donc je suis payé 50 euros quand l'IPA sera payé 200 euros. L'IPA est mieux payé que le médecin alors qu'il est beaucoup moins bien formé, pratique la médecine sans être médecin, n'assumera pas ses erreurs.* »

Un autre soulignait le risque de discréditation du médecin « *Dispersion de la parole d'où un manque de repère pour les patients, on le voit déjà avec certains paramédicaux qui discréditent la parole du médecin* ». Ou encore de faire un double emploi entre les IPA et les infirmiers azalée « *quid de leur rémunération, par qui ? double emploi avec ide azalée sur certaines pathologies* »

Sur le plan statistique, le nombre malheureusement restreint de médecins collaborant avec un infirmier en pratique avancée (au nombre de 6 dans notre étude) , ne permettrait pas de réaliser une analyse statistiquement significative sur les aspects positifs ou négatifs de cette profession.

12. Relation Patient-Infirmier en pratique avancée

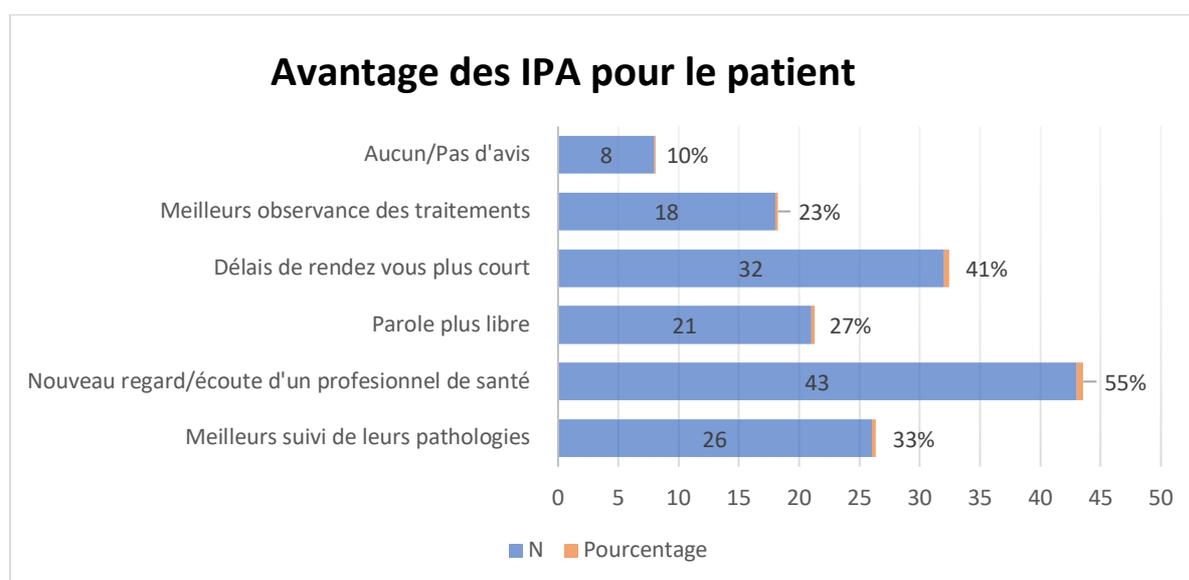
Nous nous sommes intéressés dans un premier temps à savoir si leurs patients seraient favorables pour un suivi avec un IPA. Cinquante-sept pourcents des médecins interrogés ne savaient pas si leurs patients seraient pour ou contre, 10% des médecins ont pensé qu'ils ne le seraient pas, et un tiers des médecins (33%) ont pensé que leur patientèle serait favorable.



En ce qui concerne l'avantage des IPA pour les patients, nous avons remarqué que l'item nouveau regard/écoute était mentionné par 55% des médecins, 41% pensaient que cela permettrait un délai de rendez-vous plus court, et pour 33% cela permettrait un meilleur suivi des pathologies.

La parole serait plus libre pour 27% des médecin interrogés, 23% des médecins ont pensé qu'il y 'aurait une meilleure observance des traitements.

Dix pourcents des médecins interrogés n'avaient pas d'avis ou n'exprimaient aucun avantage des IPA pour leurs patients.



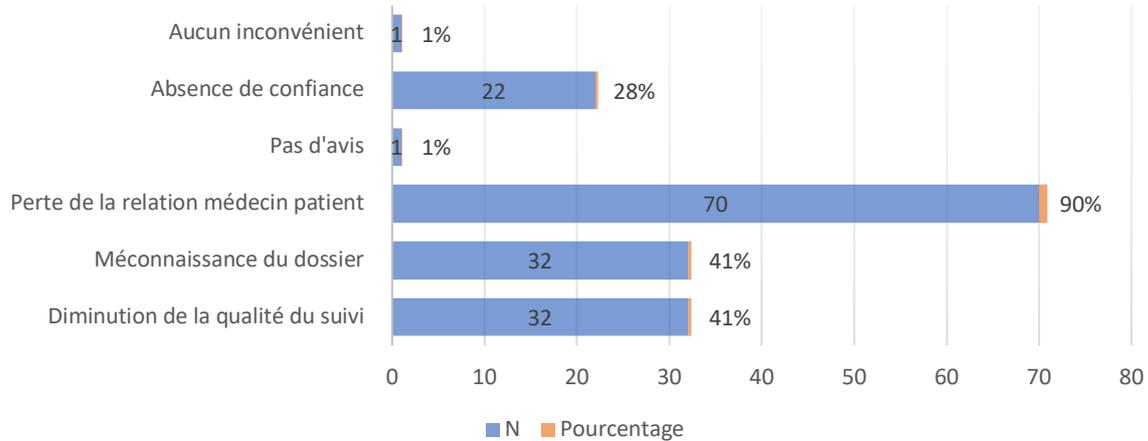
En ce qui concerne les inconvénients, 90% des médecins étaient marqués par la perte de la relation médecin malade

Dans une même proportion 41% des médecins soulignaient la méconnaissance du dossier et une qualité de suivi moindre (par rapport à un suivi par un médecin). Vingt-huit pourcents des médecins pensaient que leurs patients auraient un manque de confiance vis-à-vis des IPA.

Enfin 1 médecin n'évoquait aucun inconvénient et un autre médecin n'avait pas d'avis sur la question.

Dans la case « autre » : un médecin soulignait la présence d'un intermédiaire de plus, ce qui risquerait de faire perdre des informations médicales.

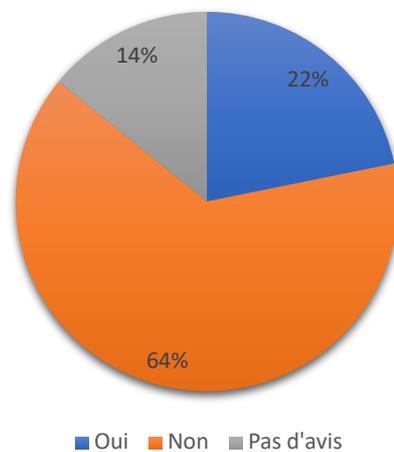
Inconvénient des IPA pour les patients



Enfin, à savoir si le rôle des IPA permettrait de lutter contre les déserts médicaux : 64% des médecins ont pensé que non, 14% n'avaient pas d'avis et 22% ont pensé que oui.

La majorité des médecins ne pensaient pas que cette profession serait une solution pour lutter contre les déserts médicaux néanmoins, un peu moins d'un quart ont pensé le contraire.

Solution pour lutter contre les déserts médicaux



Discussion

1. Discussion de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative pour pouvoir interroger un nombre important de médecins par rapport à une méthode qualitative.

En effet, la méthode qualitative nous aurait permis d'interroger les médecins afin de connaître leurs opinions et pensées. Cependant, des travaux ont déjà été effectués précédemment sur le ressenti des médecins généralistes à propos des infirmiers en pratique avancée.

Le questionnaire réalisé dans le cadre de notre recherche se base sur les différents résultats retrouvés dans ces précédents travaux et les textes de loi encadrant cette profession (annexe 2-7).

1.1. Les limites de l'étude

Notre étude présente certaines limites notamment un biais de recrutement. En effet, les médecins ayant participé à ce travail sont sensibles à la question des infirmiers en pratique avancée.

On observe également un biais de sélection. Notre population d'étude est plus jeune par rapport à la moyenne nationale des médecins généralistes installés qui est de 57,6 ans (15).

1.2. Les forces de l'étude

Notre étude présente néanmoins certaines forces. En effet, nous avons obtenu un taux de participation de 31,8% ce qui correspond à un taux élevé par rapport à d'autres thèses quantitatives. Cela montre l'intérêt des médecins généralistes pour ce sujet d'actualité.

Le nombre de questions permettait également de balayer plusieurs interrogations sur le sujet des infirmiers en pratique avancée.

Les résultats obtenus ont été analysés avec l'aide d'un biostatisticien, permettant une deuxième lecture des différents résultats et la réalisation de calculs statistiques.

2. Discussion des résultats

2.1. Représentativité de l'échantillon

Notre échantillon est plus jeune que la moyenne nationale, les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 46% des médecins interrogés dans notre étude, alors que la moyenne nationale se situe à 20,4%. De même, pour les médecins âgés de plus de 60 ans, ils représentent 22% de notre échantillon, alors que la moyenne nationale se situe à 48,7%.

En revanche, le taux de médecins âgés entre 40 et 60 ans est similaire au taux national de 30,9% contre 32% dans notre étude (1).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les jeunes médecins sont plus concernés par cette profession que leurs aînés, car ce sont les jeunes médecins qui porteront la médecine générale de demain alors que les médecins plus âgés, plus proches de l'âge de la retraite, sont moins intéressés par cette profession.

Le sexe ratio des médecins est similaire à la moyenne nationale : dans notre étude nous retrouvons 47% de femmes et 53% d'hommes, la moyenne nationale est de 44,6% de femmes et 55,4% d'hommes (1).

Les médecins sont plus ouverts à une activité de groupe, en effet 98% de notre échantillon travaillait en groupe que ça soit aussi bien en maison de santé pluridisciplinaire, qu'en cabinet de groupe ou en centre de santé. Ces modes d'exercices sont plébiscités par les médecins, cela permet de travailler avec différents professionnels de santé, de s'entraider, de développer des axes de soins et/ou de prévention, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

Au contraire, le travail dans des cabinets seuls est moins représenté. Dans notre étude, seuls 2 médecins exerçaient dans un cabinet individuel. Tous les deux étaient âgés de plus de 60 ans.

Ces cabinets individuels vont probablement disparaître quand cette génération de médecins partira à la retraite, au profit de ces structures pluridisciplinaires.

La répartition des médecins en fonction du zonage géographique était équilibrée dans notre échantillon. Si l'on divise en deux groupes : les zones d'interventions prioritaires (ZIP) avec les zones d'actions complémentaires (ZAC) qui représentent à eux deux 46% des médecins interrogés ; les zones de vigilances (ZV) avec les zones hors viviers (ZHV) qui sont depuis le 4 mai 2022 classé par l'ARS Occitanie (16) comme zone d'appui régional, représentent 54% de notre échantillon.

Cet équilibre entre les deux groupes facilite la comparaison entre les médecins présents dans les zones où le manque de médecin est plus marqué (ZIP ou ZAC) par rapport aux médecins présents dans les zones d'appuis.

2.2. Une connaissance abstraite du métier d'IPA

La connaissance du métier d'IPA est un sujet d'actualité, en effet 91% des médecins interrogés ont entendu parler de cette profession.

Bien que la quasi-majorité des médecins ait entendu parler du métier d'IPA, la connaissance de leurs rôles publiés par les arrêtés du 18 juillet 2018 est plus mitigée, seulement 17% d'entre eux connaissent parfaitement leurs rôles, et inversement 10% n'en étaient pas du tout informés.

Ce manque de connaissances des rôles de l'infirmier en pratique avancée se retrouve dans plusieurs thèses, avec une confusion avec les infirmiers azalée ou les assistants médicaux :

La thèse du Dr Noirod (17), souligne que seulement : « *1 médecin sur 15 connaissait parfaitement le rôle de IPA, les autres médecins avaient des notions imprécises et 3 médecins en connaissaient pas du tout leurs rôles* » ; « *On constate une certaine confusion des rôles entre les IPA, les assistants médicaux et les infirmières de l'association ASALEE* ».

Dans la thèse du Dr Le Cann (18), « *les médecins exprimaient leurs incertitudes sur les tâches effectuées par l'IPA avec une vision parfois mélangée avec d'autres professionnels de santé* ».

Dans la thèse du Dr Colmas (19), « *la plupart des médecins ont entendu parler des IPA* », mais « *ne savent pas grand-chose* », « *ils représentent les IPA comme un assistant* ».

Enfin le Dr Aghnastios qui montre dans son travail de thèse (20) : « *des représentations hétérogènes du rôle professionnel de l'IPA* ».

Les internes interrogés étaient également peu informés sur cette profession. Soit ils ne connaissent pas la profession, soit ils ont brièvement entendu parler des IPA, mais la connaissance de leurs rôles était floue pour la plupart d'entre eux. Ce résultat est retrouvé dans la thèse du Dr Laroche (21).

La formation des infirmiers en pratique avancée était aussi méconnue par une majorité de médecins. Sans cette connaissance sur leur formation ni sur leurs domaines d'action, les médecins sont dans l'incertitude. Les seules informations sont apportées par les médias, le bouche à oreille ou les revues spécialisées.

La méconnaissance de ce métier peut entraîner un blocage de la part des médecins, résumant par exemple les infirmiers en pratique avancée à « des sous-médecins ».

2.3. Collaboration médecin et infirmier en pratique avancée

L'objectif de notre travail était de trouver un lien entre différents critères comme l'âge, la structure d'exercice, la zone de travail ou la présence d'un infirmier (Azalée ou IDE) et une probable collaboration avec les infirmiers en pratique avancée. Les résultats obtenus ne retrouvaient aucun lien entre ces différents critères et une collaboration avec un IPA, malgré les hypothèses formulées précédemment.

La première hypothèse était celle de l'âge. On pouvait supposer que les jeunes médecins seraient plus favorables à travailler avec les IPA, car cela pouvait leur permettre d'avoir une

nouvelle approche de la médecine, de travailler en pluridisciplinarité ou encore de libérer du temps pour leur vie privée par exemple.

A l'inverse, que les médecins âgés seraient moins favorables, car ils sont proches de la retraite et préféreraient rester sur leur mode d'exercice habituel.

La question peut aussi se poser pour les infirmiers en pratique avancée : si le médecin avec lequel ils travaillent part à la retraite, qui va leur adresser les patients ?

La seconde hypothèse était le développement des maisons de santé pluridisciplinaire, structures où plusieurs professionnels de santé sont présents, favorisant ainsi les échanges et la collaboration interprofessionnelle. Les infirmiers en pratique avancée, avec un rôle de suivi des patients chroniques et de collaboration avec le médecin, trouveraient toute leur place au sein de ces structures.

A l'inverse les cabinets de groupe peuvent être moins favorables au développement des infirmiers en pratique avancée, par le manque de bureau, de salle commune par exemple où les échanges pluriprofessionnels seraient plus complexes.

Cependant, la présence des IPA peut également gêner l'organisation des professionnels présents dans la structure. En effet, les infirmiers en pratique avancée ont des compétences communes avec d'autres professionnels paramédicaux et peuvent donc empiéter sur les compétences des infirmier Azalée dans le cadre de la prévention par exemple. La rémunération à l'acte, la présence d'un nouvel acteur peut engendrer des craintes, et créer des tensions entre ces professions comme le souligne le Dr Noirot (17).

Leur présence va également engendrer un travail supplémentaire pour le médecin par l'élaboration de protocoles ou l'organisation de réunions, mais aussi pour les secrétaires notamment par l'augmentation des appels pour les rendez-vous en plus de leur travail habituel.

Ces hypothèses de tension interne entre les différents professionnels paramédicaux dans la structure, de surcharge de travail peuvent expliquer une certaine réticence des médecins à recourir aux IPA, d'autant plus dans des structures comme les maisons de santé pluridisciplinaire où les professionnels de santé se côtoient régulièrement.

La dernière hypothèse est le zonage des médecins. Dans les zones où le manque de médecin est marqué, nous pouvons supposer une meilleure acceptabilité des IPA.

En effet, dans les zones telles que les ZIP ou les ZAC, la présence d'infirmiers en pratique avancée peut aider le médecin en allégeant sa charge de travail, en prenant en charge une partie de sa patientèle et ainsi lui libérer du temps pour la gestion des urgences, de l'administratif etc...

A l'inverse, dans les zones d'appuis où le nombre de médecins est « suffisant », l'intérêt des infirmiers en pratique avancée est moindre (17), car les patients prendront plutôt rendez-vous chez leur médecin que chez l'IPA, si les délais de rendez-vous sont raisonnables.

Malgré tout, on peut émettre une nuance. En effet, bien qu'on retrouve une différence non significative ($p < 5\%$) sur le zonage, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de différence du tout. On peut supposer qu'avec un échantillon plus important et si on obtenait plus de réponses, on pourrait montrer que les zones sous denses (ZIP et ZAC) sont plus favorables à une collaboration avec les infirmiers en pratique avancée (avec un p inférieur à 5%).

2.4. Les avantages soulignés par les médecins généralistes

De nombreux pays travaillent déjà avec l'équivalent des infirmiers en pratique avancée, mis en place pour lutter contre le manque de médecins généralistes. Le recours aux IPA dans les autres pays tend à se généraliser dans la prise en charge des patients et les IPA intègrent progressivement le paysage de la Santé.

Dans notre étude, les médecins interrogés étaient assez septiques à l'idée d'une future collaboration. Seuls 17% des médecins interrogés ont émis un avis positif, 41% des médecins ne voulaient pas collaborer, et 42% étaient indécis et ont répondu « peut-être ».

Comme pour toute nouveauté, il faut laisser du temps aux différents acteurs pour apprécier le rôle de chacun. Prenons l'exemple des infirmiers Azalée, la mise en place s'est faite progressivement et de nos jours de nombreuses structures ont un infirmier Azalée.

Malgré une approche assez septique des médecins interrogés, cette profession présente certains avantages soulignés par la moitié des médecins.

D'une part la pluridisciplinarité est considérée comme le plus important : le fait de travailler en groupe avec plusieurs professionnels de santé va favoriser les échanges interprofessionnels, notamment les connaissances et points de vue. Ces échanges permettraient un enrichissement personnel et professionnel (17) comme par exemple une amélioration des connaissances médicales pour les infirmiers en pratique avancée.

D'autre part, la diminution de la charge administrative est le deuxième critère. Les médecins sont confrontés à une lourdeur administrative qui ne cesse d'augmenter.

Malgré la mise en place d'assistants médicaux via l'avenant 7 de la convention médicale du 20 Juin 2019 (22), certaines charges administratives incombent aux médecins tels que les certificats médicaux, les certificats de décès, les dossiers MDPH etc...

Cette lourdeur administrative dénoncée depuis plusieurs années prive les médecins de l'essence même de leur métier qui est la pratique de la médecine. Citons l'exemple des

certificats médicaux pour les activités sportives, l'école ou encore la crèche prennent en moyenne entre 1h30 à 2h par semaine et par médecin. Des mesures sont en cours d'études en 2023 sur ces certificats « inutiles » par le ministre de la santé François Braun (23), mais malgré cette réforme, d'autres lourdeurs administratives seront toujours présentes.

Enfin, le « regard nouveau » du patient est le troisième point souligné par les médecins. Celui-ci à l'habitude de voir ses patients, de connaître ses antécédents, ses traitements. Ceci est à la fois un avantage mais peut être aussi un inconvénient : à cause de « cette habitude », le médecin peut omettre de prescrire certains examens complémentaires, certains actes de prévention.

La présence d'un autre professionnel de santé permet de poser un regard neuf sur le patient. En effet les IPA ne connaissent pas le patient, ils vont reprendre à zéro leur suivi et compléter certains oublis des médecins. Cette complémentarité est retrouvée dans l'étude de Ehrlich et al(24) où la présence d'un infirmier en pratique avancée permet d'obtenir des informations complémentaires que le médecin seul ne pourrait pas obtenir sans cette collaboration « *Les participants ont fourni de nombreux exemples de cas où des patients ont partagé des informations importantes liées à la santé qui n'avaient pas été auparavant partagées ou offertes lors des consultations standard chez les médecins généralistes. Les infirmiers en pratique avancée ont été en mesure de fournir au généraliste des informations qui, autrement, auraient été négligées* ».

De plus, dans les avantages peu soulignés par les médecins, on retrouve l'augmentation du temps de consultation par l'attribution des patients chroniques stabilisés aux infirmiers en pratique avancée et une diminution des visites à domicile. Même si le médecin adresse une partie de sa patientèle aux infirmiers en pratique avancée, cela ne signifie pas qu'ils auront plus de temps libre. Les tâches administratives, les réunions dans les maisons de santé, ou encore les débriefing et élaboration de protocoles incombent toujours au médecin et fait perdre du temps de consultation.

Bien que l'argument des visites à domicile pour les patients chroniques pourrait être un plus pour les médecins généralistes, surtout dans les zones rurales où le manque de médecins est plus important, les infirmiers en pratique avancée peuvent être une solution (20).

On peut supposer que c'est la méfiance des médecins sur les connaissances médicales des infirmiers en pratique avancée et le droit de prescription qui freine le médecin à cette délégation de tâches.

Les avantages peu soulignés par les médecins sont :

- Le lien ville hôpital : bien que les infirmiers en pratique avancée puissent prendre rendez-vous avec les spécialistes d'organes pour les différents suivis tout comme les secrétaires ou les assistantes médicaux, ils n'ont pas de contact privilégié avec l'hôpital à moins d'avoir travaillé plusieurs années dans un ou plusieurs services.

- Leur présence a peu d'influence sur le coût de la santé, en effet leur formation, leur installation ou encore leur forfait nécessitent un coût pour la Sécurité Sociale tout comme les consultations chez le médecin. *D'autant plus que le forfait a été réactualisé et majoré via l'avenant 9 de la convention nationale (25).*

Plusieurs études se sont penchées sur la question du coût dans le développement des infirmiers en pratique avancée avec des résultats contrastés.

Dans l'étude réalisée par Delamaire et La fortune évaluant les pratiques d'infirmières avancées dans 12 pays développés (26), ils soulignent que l'économie réalisée sur le salaire des infirmiers par rapport à celui d'un médecin est compensée par des consultations plus longues, un nombre d'adressage plus important de patients à d'autres médecins ou la prescription d'un nombre plus élevé d'examens complémentaires.

L'étude de Litaker et al (27), montre que les coûts moyens par patient et par an sont plus importants pour le groupe « médecin-IPA » comparé au « groupe médecin seul » : 134,68 dollars contre 93,70 dollars par patient et par an ($p < 0,001$), mais les auteurs ne précisent pas à quoi correspondent ces coûts.

Dans les deux cas, on ne tient pas compte des économies réalisées sur le long terme susceptibles d'améliorer la qualité de soin et la diminution des complications. Comme le souligne justement une revue de la littérature paru en 2010 par Bauer et al (28): *« qu'au-delà du coût économisé par le salaire des infirmiers en pratique avancée, la réduction de certaines complications, du recours aux services d'urgences et du nombre d'hospitalisations évitées par la prise en charge spécifique des IPA participe à une réduction globale des dépenses de santé ».*

Pour finir, leur présence n'est pas un argument pour attirer d'autres médecins.

D'autres critères rentrent en jeu tels que : une structure pluridisciplinaire, des locaux neufs et modernes, le nombre de médecins présents dans la structure ou encore l'ambiance de travail. Bien entendu, la présence d'un infirmier en pratique avancée est un plus dans une structure, cela apporte une valeur ajoutée pour le médecin et pour les patients mais n'est pas un critère déterminant l'installation d'un médecin.

2.5. Les inconvénients du métier d'infirmier en pratique avancée

De nombreuses critiques sont émises à propos du métier d'infirmier en pratique avancée, chaque médecin émet des avis divergents qu'on retrouve dans différentes thèses (17)(18).

Nous avons repris dans notre questionnaire les inconvénients qui ressortent le plus dans ces travaux de thèse et par le biais de notre travail, nous avons essayé de confirmer ou infirmer ces inconvénients.

Le principal argument évoqué était la perte de vue du patient. En effet, adresser les patients chroniques stabilisés aux infirmiers en pratique avancée diminuerait le nombre de

consultations annuelles chez son médecin généraliste. La fréquence de consultations diminuerait et serait de l'ordre d'une ou deux consultations par an, cette fréquence serait comparable à celle d'un spécialiste d'organe. Alors que le médecin généraliste est le médecin de proximité, qui suit parfois toute la famille, qui connaît l'intimité de ses patients, cela aboutit à des relations privilégiées chères aux médecins. Ce sentiment de perte de vue des patients, est une réelle crainte pour les médecins, soulignée par nombre d'entre eux.

Dans la thèse du Dr Noirot : « Le médecin généraliste, c'est le médecin de famille qui connaît ses patients, leurs vie privées, conférant une relation privilégiée avec les patients, qui se confie sans jugement » (17). Dans celle du Dr Colmas, il y'aurait une « perte de communication privilégiée médecin/patient » (19). Enfin, dans le travail du Dr Laroche : « Certains internes craignent que l'IPA rompt le lien du médecin avec son patient » (21) .

Cette perte de suivi du patient peut aussi engendrer une perte d'informations médicales. Cet argument est évoqué par 38% de notre échantillon. Le médecin voit moins le patient et si des changements de traitements sont effectués par les IPA ou par ses confrères, le médecin peut méconnaître certains changements thérapeutiques, suivi biologique.

De plus, en espaçant les consultations, le médecin doit refaire la synthèse des différentes consultations, examens complémentaires entre chaque consultation, cela se traduirait par une consultation plus chronophage.

Le deuxième argument évoqué est l'augmentation des responsabilités. La législation est malheureusement floue dans ce domaine, en effet l'article 119 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé (9) stipule que « *le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre* ». La question se pose si le professionnel de santé en question est le médecin ou l'infirmier en pratique avancée, car c'est le médecin qui délègue une tâche.

Lors de l'établissement d'un protocole, le nom et la signature du médecin sont inscrits. Si un problème survenait chez le patient, les médecins peuvent se poser la question de leurs responsabilités. Cette ambiguïté pose un souci majeur pour les médecins généralistes, également soulignée dans d'autres thèses (17)(18)(19)(29), engendrant un blocage sur une future collaboration avec un infirmier en pratique avancée.

Dans leur travail, Delamaire et Lafortune (26) évoque 4 facteurs empêchant le développement des infirmiers en pratique avancée, l'un des 4 facteur est « *l'impact de la législation et de la réglementation des activités des professionnels de santé sur le développement des nouveaux rôles* ». Les 3 autres facteurs seront évoqués progressivement dans les prochains paragraphes.

Le troisième argument est l'augmentation des consultations complexes. Si les patients chroniques stabilisés sont suivis par les infirmiers en pratique avancée, on peut supposer que les médecins ne verront plus ces consultations dites « simples » et devront gérer plus de consultations complexes (18)(20). Ces consultations complexes sont souvent plus longues, avec une charge mentale plus importante. Comme le souligne le Dr Laroche : « L'IPA prend les consultations faciles et peu stressantes pour laisser les plus difficiles et plus stressantes au

médecin » (21). De plus, les consultations complexes sont plus chronophages que les consultations simples. Dans l'exercice libéral où les médecins sont payés à l'acte, une baisse de consultations engendra automatiquement une baisse des revenus pour le médecin.

Les limites en termes de connaissances médicales des IPA sur les traitements pharmaceutiques est soulignée par la moitié de notre échantillon.

Le fait que des infirmiers suivent leurs patients et qu'ils fassent le renouvellement fait craindre aux médecins que le suivi soit de moins bonne qualité. Certains médecins comparent les infirmiers en pratique avancée à des étudiants en médecine de 5^{ème} année (19).

Les médecins ont une qualité de raisonnement clinique et une capacité de synthèse développée lors de leurs études et par leurs expériences personnelles. Les médecins souhaitent que les infirmiers en pratique avancée fassent preuve de ces mêmes qualités pour la prise en charges de leurs patients, se justifiant par le fait que « *le renouvellement ne se résume pas à un recopiage d'ordonnance* » (17)(18).

Cette crainte est aussi retrouvée chez les internes qui évoquent les mêmes arguments que leurs aînés : « *les IPA ne serait pas en mesure d'avoir une vision globale du patient ni d'avoir une capacité de synthèse* » ; « *L'IPA ne serait pas en mesure de prescrire et renouveler des thérapeutiques de manière optimale* » ou encore « *L'IPA pourrait manquer de connaissances médicales, et avoir un raisonnement trop simpliste pour faire comme le médecin* »(21).

Un peu moins de la moitié de notre échantillon (47%) regrette une absence de rémunération dédiée. Le médecin prend de son temps personnel pour sélectionner les patients qui seront suivis par les infirmiers en pratique avancée, mais aussi pour les réunions avec IPA. Ce temps médical consacré aux IPA est malheureusement non rémunéré (17).

Parmi les inconvénients peu soulignés par les médecins, on retrouve la perte de revenus. On peut supposer que la présence des IPA aurait peu d'incidence sur leurs revenus, malgré l'argument des consultations complexes. Ceci s'explique peut-être par le nombre peu élevé de médecin sur le territoire garantissant un travail permanent, même en collaborant avec les infirmiers en pratique avancée.

L'autre inconvénient peu souligné est le manque de confiance. C'est l'argument le plus faiblement représenté parmi ceux qui ont été cités. On peut l'expliquer par le fait que les médecins et les infirmiers ont l'habitude de collaborer depuis plusieurs années, ces deux professions sont complémentaires dans la prise en charge des patients. Même si le rôle des infirmiers en pratique avancée est peu connu, ce sont avant tout des infirmiers avec des qualités que nous connaissons.

Ils existent d'autres inconvénients cités par les médecins dans les diverses thèses, tels que le risque de confusion pour le patient d'avoir plusieurs professionnels de santé et ne plus savoir qui a quel rôle dans l'équipe de soins, comme par exemple qui consulter pour le

renouvellement de traitement, pour une consultation de prévention ou encore pour un acte de soin ? (18).

Il existe aussi un risque de concurrence entre les différents corps de métier, dans le monde libéral, où les différents professionnels de santé sont rémunérés à l'acte.

Le risque d'empiètement, de concurrence peut bloquer l'arrivée d'un infirmier en pratique avancé ou généré de la tension au sein d'une structure (20).

Un des médecins ayant participé à notre questionnaire le souligne également : « *Ou encore de faire un double emploi entre les IPA et les infirmiers azalée : quid de leur rémunération, par qui ? double emploi avec ide azalée sur certaines pathologies* »

Dans tous les cas, malgré les avantages et les inconvénients de cette profession, ce sont les patients les premiers concernés par ce dispositif, voyons ce que pensent les médecins pour leurs patients.

2.6. Avantages et inconvénients pour le patient

Dans cette partie, nous avons recherché l'avis des patients via l'interrogation de leur médecin. En effet, interroger directement les patients par le biais d'une thèse qualitative serait plus pertinent, mais les médecins généralistes sont des médecins de famille et ils suivent leurs patients depuis plusieurs années, permettant de connaître leur avis sur les différentes questions.

La première question était de savoir si leurs patients seraient favorables pour un suivi avec un infirmier en pratique avancée. Un tiers de médecins ont pensé que oui, plus de la moitié (57%) n'avait pas avis et seulement 10% ont pensé que non.

On retrouve peu de réponses négatives de la part des médecins pour leurs patients, car la présence d'un infirmier en pratique avancée peut aider les patients dans leur suivi. Dans de nombreuses études, la présence d'un professionnel de santé supplémentaire améliore la qualité de suivi et la prise en charge du patient.

En 2007, Boyer (30) a réalisé une étude qui évalue la qualité et le coût des soins des patients diabétiques de type 2 soit en réseau (avec des ateliers d'éducation thérapeutique, des groupes de paroles) soit par une prise en charge « standard » avec un suivi par un médecin généraliste constituant le groupe témoin. Les patients du groupe « réseau » bénéficient d'un suivi plus complet comparé au groupe « témoin ». Dans le groupe « réseau », 56,4% des patients bénéficient de 4 mesures d'hémoglobine glyquées ou plus par an contre 46,9% dans le groupe « témoin » ($p=0,005\%$) ; 61% des patients du groupe « réseau » ont au moins une recherche de micro-albuminurie par an contre seulement 27,3% dans le groupe contrôle ($p<0,0001$).

En ce qui concerne le contrôle ophtalmologique, 59,4% des patients du groupe « réseau » bénéficient d'au moins une consultation par an contre 40,8% pour le groupe « témoin », ($p < 0,0001$).

Cette étude met en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique et l'écoute du patient dans l'amélioration du suivi des patients diabétiques de type 2 (30).

Une autre étude française réalisée par Mousquès et al en 2010 (31) sur 11 mois confirme l'intérêt d'une collaboration entre médecin et infirmier dans la prise en charge des patients diabétiques. Il retrouve une réduction significative de l'hémoglobine glyquée dans le groupe médecin-infirmier, favorisé par intervention de l'infirmier en éducation thérapeutique par rapport au groupe médecin seul $p < 0,05\%$.

Tout comme les infirmiers diplômés d'état, la présence d'un infirmier en pratique avancée peut apporter des avantages aux patients. Le principal avantage qui ressort est le nouveau regard/écoute sur le patient. Ce critère est également mis en avant dans la question des avantages pour le médecin.

La présence d'un autre professionnel de santé permettrait d'améliorer la prise en charge du patient grâce à un suivi renforcé, tout en restant en coordination avec le médecin. Le temps de consultation plus long chez les infirmiers en pratique avancée permettrait de résoudre certaines problématiques, qui seraient difficile à résoudre en un quart d'heure chez son médecin généraliste. De plus, la présence d'un infirmier en face du patient peut libérer sa parole, n'ayant plus en face du patient le côté « impressionnant » du médecin.

Ces qualités d'écoute, de libération de la parole et approfondissement des tâches sont repris dans la thèse du Dr Laroche (21).

Les plannings des médecins sont assez chargés et le délai d'accès à un rendez-vous peut être long. L'autre avantage pour les patients est d'avoir un délai d'accès raccourci aux IPA. Ainsi les patients ne passeront plus par leur médecin mais par les infirmiers en pratique avancée, sous réserve que leurs plannings ne soient pas remplis rapidement comme chez le médecin. Il faut que le patient et le médecin adhèrent à ce nouveau métier pour un éventuel suivi.

Seulement un tiers des médecins évoque un meilleur suivi des pathologies pour les patients et 23% une meilleure observance des traitements avec l'IPA. Ces taux ne sont pas élevés et on peut l'expliquer par les interrogations des médecins sur la formation, la connaissance des IPA comme cité précédemment. On peut également supposer que la parole d'un infirmier en pratique avancée n'a pas la même valeur que celle d'un médecin, et que le patient sera moins observant sur les dires des infirmiers en pratique avancée.

Enfin, 10% des médecins n'avaient pas avis ou ont pensé qu'il n'y avait aucun avantage à avoir des infirmiers en pratique avancée. Cela rejoint les 10% des médecins qui pensent que leurs patients ne seraient pas favorables aux infirmiers en pratique avancée.

A l'opposé, l'inconvénient majeur mis en avant par 90% de médecins est la perte de la relation médecin-patient, qui est l'essence même du métier de médecin.

Les médecins connaissent leurs patients depuis plusieurs années, et inversement le patient a confiance en son médecin. Il existe une relation de confiance entre les deux parties. La présence d'un infirmier en pratique avancée dans la gestion médicale du patient peut déstabiliser les deux parties, et faire perdre cette communication privilégiée entre médecin et patient (18)(19).

Les autres inconvénients sont la méconnaissance du dossier médical et la diminution de la qualité du suivi, évoqués respectivement par 41% des médecins. Lors des premières consultations, l'infirmier en pratique avancée doit reprendre le dossier médical depuis le début. Chez les patients polypathologiques il risque d'y avoir une perte d'informations et de ce fait un suivi de moins bonne qualité. Bien entendu, lors d'un suivi régulier sur plusieurs années auprès des infirmiers en pratique avancée, la connaissance du dossier sera plus solide et le travail en équipe avec le médecin permettrait d'améliorer le suivi du patient.

Enfin, 28% de notre échantillon ont évoqué un manque de confiance des patients envers les infirmiers en pratique avancée. C'est le rôle du médecin d'informer ses patients sur cette profession, d'expliquer les avantages et les inconvénients, tout en précisant que le suivi est complémentaire à celui du médecin et ne se substitue pas à une consultation médicale. Pour cela il faut que le médecin adhère à ce projet, ce qui n'est pas le cas pour tous les médecins.

Mais les mentalités évoluent, la médecine est en perpétuelle évolution et le manque de médecins doit les faire réagir et trouver une solution pour prendre en charge tous les patients qui sont en demande.

2.7. Une profession qui fait débat

L'instauration du métier d'infirmier en pratique avancée dans le monde libéral fait l'objet de nombreux débats chez les médecins. A la fin de l'année 2022, un mouvement de grève inédit est lancé par les médecins généralistes dénonçant une dégradation de leur métier.

Le collectif « médecin de demain », très actif lors des mouvements de grève, dénonce la dégradation des conditions d'exercice, réclame une augmentation du prix de la consultation mais également prend position sur les infirmiers en pratique avancée (32).

Ce collectif dénonce une responsabilité floue entre les deux parties, selon l'article 119 de la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016, il est écrit que « le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre ». Cela pose question sur la responsabilité du médecin et de l'infirmier en pratique avancée, car si l'infirmier en pratique avancée commet une erreur médicale, le médecin est-il responsable ?

La question de l'assurance professionnelle du médecin fait également partie du débat : y aura-t-il une augmentation des cotisations si le médecin travaille avec un infirmier en pratique avancée ?

Il dénonce également une rémunération plus avantageuse pour cette profession, par avenant 9 de la convention nationale entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, entré en vigueur en septembre 2022, qui revalorise les modalités de rémunération des IPA et les aides prévues pour le démarrage de leur activité libérale (33).

Le conseil de l'ordre des infirmiers s'est défendu pour chaque point via un communiqué de presse datant de Janvier 2023 (34):

- Au sujet de la responsabilité : il souligne que la responsabilité de l'IPA en libéral est engagée au vu du décret encadrant cette profession. Et de ce fait, les infirmiers en pratique avancée ont l'obligation de souscrire à une assurance de responsabilité professionnelle comme les médecins.
- Au sujet de la rémunération : sur le prix des différents forfaits, l'ordre des infirmiers se défend en disant que les montants versés aux IPA sont dans le cadre d'un forfait trimestriel. En effet, si un patient nécessite plusieurs consultations sur un trimestre, le forfait sera la même, contrairement aux médecins qui sont payés à l'acte.

De nombreux points de discorde sont présents, et chaque partie à ses arguments pour se défendre. Mais en tout état de cause, c'est le patient qui pâtit de cette situation, il est de plus en plus difficile pour lui de se soigner, surtout dans les zones rurales. D'après les derniers chiffres publiés, 6 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant, dont 600 000 sont en affection longue durée.

L'été dernier, le Sénat a publié des chiffres en deçà des objectifs fixés lors du Ségur de la Santé : le nombre d'infirmiers en pratique avancée en activité était de 1700, et seulement 200 en activité libérale. C'est le nombre insuffisant de patient confiés par le médecin qui constitue le principal frein au développement de cette profession (35). *Le rapport de l'OCDE de 2010 sur 12 pays ayant des infirmiers en pratique avancée, explique que le principal frein au développement des infirmiers en pratique avancée est les associations et/ou syndicat médicaux de chaque pays (13).* Certains IPA, en ayant obtenu leur diplôme, ne peuvent subvenir à leurs besoins du fait d'un nombre peu élevé de patient à suivre et d'une rémunération peu avantageuse. En témoigne, sur France assos santé, le récit d'une infirmière en pratique avancée diplômée en 2019, qui gagne moins bien sa vie en tant qu'IPA, qu'elle doit maintenir une activité mixte pour subvenir à ses besoins par le manque de patients ou une rémunération non suffisante (36). D'autres témoignages sont présents comme celui

d'Arthur qui a signé des protocoles avec cinq médecins, mais seulement 2 d'entre eux lui orientaient des patients, et avec une file active de 50 patients, ce n'était pas viable financièrement (37).

La réticence de certains médecins et de certains syndicats de médecins empêchant le développement de cette profession ainsi qu'un mécanisme de financement peu avantageux sont deux autres facteurs limitants cité par Delamaire (26) au développement de la profession.

2.8. Pistes et arguments pour développer cette profession

Pour développer cette profession, il faudrait que les médecins jouent le jeu car ils sont un des facteurs limitants comme évoqué précédemment. Les infirmiers en pratique avancée sont dépendants des médecins, sans adressage de leur part, ils ne peuvent pas travailler. Néanmoins, cette dépendance va diminuer par la loi Rist qu'on évoquera dans la prochaine partie.

Pour favoriser cette collaboration, il faudrait que le médecin prenne le soin de connaître ce métier, soit par exemple en étant maître de stage ou par le biais d'autres structures qui collaborent avec un infirmier en pratique avancée. Cette connaissance du métier sur le terrain, permettrait un abord plus positif de la part des médecins (17).

Dans leur étude, Wilson et al (38) confirment cela : « *Les médecins n'ayant jamais expérimenté une collaboration avec un IPA sont convaincus que la formation actuelle des IPA ne soit inadaptée pour leur permettre d'assumer ce rôle avancé. Toutefois, il semblerait, à travers cette étude que l'expérience de la collaboration étroite avec les IPA dissipent ces craintes* ».

Le Dr Laroche sépare dans sa thèse (21) les internes en deux groupes : ceux ignorant le métier et les rôles des infirmiers en pratique avancée ; et ceux connaissant le sujet des infirmiers en pratique avancée. Ce dernier groupe est plus favorable à une future collaboration.

Plusieurs auteurs soulignent que le principal frein aux développements des infirmiers en pratique avancée serait le manque de connaissances ou de compréhension de cette profession(39)(40).

Il faut également établir une relation de confiance entre les 2 parties. Connaître l'infirmier en pratique avancée est un réel atout pour les médecins : savoir comment il travaille, ses domaines de compétence ou encore son relationnel. Cela permettrait aux médecins d'adresser leurs patients avec sérénité. Cette relation de confiance est primordiale pour une future collaboration, comme le souligne une revue systématique de 2017 (41), afin de se diriger vers une pratique uniforme entre les deux parties (20). En effet, si un infirmier en pratique avancée va au-delà ses compétences, cela peut engendrer des tensions avec le

médecin et avoir comme finalité une réticence à collaborer avec un infirmier en pratique avancée (18).

Un des médecins qui a participé à notre étude évoque aussi cet argument « *Dispersion de la parole d'où un manque de repère pour les patients, on le voit déjà avec certains paramédicaux qui discréditent la parole du médecin* »

Tout l'intérêt de cette profession se trouve dans les domaines que les médecins n'ont pas le temps d'explorer, et de manière plus globale faire gagner du temps aux médecins. Il ne faut pas résumer cette profession à un simple suivi des patients chroniques et de renouvellement de traitements. Leur champ de compétences est vaste. Il faudrait que chaque médecin s'intéresse à ce métier, et oriente la pratique des IPA vers les domaines que les médecins explorent peu et ainsi, de manière plus large, modifier l'organisation globale des services de soins.

En plus des efforts individuels de la part des médecins, il faut aussi un effort de la part des organisations de médecins et d'infirmiers pour résoudre les divers points de conflits afin de trouver un terrain d'entente.

Au Canada, pour réduire l'opposition entre la profession médicale et les associations d'infirmiers, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada a travaillé avec l'Association médicale canadienne en vue d'établir des principes et critères pour définir les champs de pratique et clarifier les questions de responsabilité, en réponse aux préoccupations des médecins sur la responsabilité financière pour les poursuites en justice concernant des soins conjoints avec des infirmières praticiennes (26).

De nombreuses études, réalisées dans les pays où le métier d'infirmier en pratique avancée est plus développé qu'en France, montrent une amélioration dans le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques.

L'étude de Mundinger et al (42) menée en 2000 compare la prise en charge d'un infirmier en pratique avancée et celle d'un médecin généraliste, de patients diabétiques, hypertendus ou asthmatiques. Des mesures sur l'hémoglobines glyquées, le peak-flow et la tension artérielle sont prise au début de l'étude et 6 mois après. Une différence significative a été retrouvée sur la diminution de la diastole dans le groupe infirmier en pratique avancée à 6 mois.

Cette étude est complétée par celle de Lenz et al (43) en 2004 avec un suivi sur 2 ans sur les mêmes critères mais il ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes.

En 2003, Litaker et al (27) ont comparé l'association infirmier en pratique avancée – médecin contre médecin seul dans la prise en charge de patients chroniques atteints d'hypertension artérielle ou de diabète non insulino-dépendant. Cent cinquante-sept patients ont été inclus dans l'étude, plusieurs paramètres sont mesurés au début de l'étude et à 1 an. Ils ne retrouvaient pas de différence significative sur la mesure de la tension artérielle ou du

cholestérol, mais une diminution significative sur l'hémoglobine glyquée dans le groupe médecin-infirmier en pratique avancée par rapport au groupe médecin seul.

Petek et al (44), en 2016 ont réalisé une étude rétrospective sur les patients diabétiques de type 2 avant et après l'introduction d'infirmier en pratique avancée dans leur suivi. Plusieurs paramètres ont été comparés comme la réalisation de bilans biologiques (Cholestérol, DFG, Hémoglobine glyquée, Bandelette urinaire), la recherche de mal perforant plantaire, de complications ophtalmologiques et la surveillance de la tension artérielle. Après l'intervention de l'infirmier en pratique avancée, il existait une amélioration significative de la qualité de soins concernant l'ensemble des paramètres excepté la tension artérielle et l'hémoglobine glyquée. On observe aussi une satisfaction des patients suivis par les infirmiers en pratique avancée, comme dans l'étude réalisée au Canada sur les coûts lors des suivis avec le médecin et l'infirmier en pratique avancée dans une zone rurale (45). Les patients sont satisfaits de cette collaboration, et cette satisfaction se traduit par une qualité de soin et surtout un suivi plus régulier, permettant de diminuer le coût des pathologies chroniques.

Enfin, l'étude de Shum et al (46) en 2000 a comparé un groupe de patients pris en charge par le médecin et l'autre groupe par l'infirmier en pratique avancée. Durant la même année Litaker et al (27) ont comparé 2 groupes de patients hypertendus ou diabétiques non insulino dépendant, pris en charge par un médecin seul ou par un médecin et infirmier en pratique avancée.

Ces 2 études révèlent des consultations significativement plus longues dans le groupe infirmier en pratique avancée par rapport au groupe médecin, et les IPA donnaient plus d'information aux patients. Shum et al (46) ont mis aussi en évidence la corrélation entre la durée de consultation et la satisfaction des patients.

Plus récemment, le Dr Blanc (47) en 2022 a recherché la compréhension et l'acceptabilité des infirmiers en pratique avancée par les patients par le biais d'une thèse quantitative. Il en ressort que les rôles et les missions sont compris hormis la prescription et le consentement, et il retrouve une excellente acceptabilité du métier d'IPA par les patients.

A travers ces différents exemples dans les autres pays où la profession est bien ancrée, nous retrouvons une bonne acceptabilité de la part des patients associée à une amélioration dans la prise en charge des pathologies chroniques. Néanmoins pour permettre le développement en France de cette profession, des changements sont nécessaires.

2.9. Une modification de la législation est nécessaire

La mise en œuvre des infirmières en pratique avancée nécessite souvent des changements dans la législation et la réglementation pour supprimer les obstacles à l'extension de leur champ de pratiques.

En Angleterre, plusieurs modifications réglementaires ont permis aux infirmiers en pratique avancée de prescrire des classes de médicaments de plus en plus vastes (26).

En effet, en 1994 les « Nurse Prescribers' Formulary » pouvaient prescrire une liste limitée de médicaments, puis en 2004 « Extended Nurse Prescribers' Formulary » a permis aux infirmiers de pratique avancée de prescrire une liste comprenant 180 produits dont les antibiotiques et des corticoïdes. En 2006, des modifications de la législation ont permis aux infirmiers prescripteurs indépendants de prescrire tous les médicaments pour tous les états de santé dont ils ont la compétence, à l'exception des produits stupéfiants. Les prescripteurs infirmiers indépendants sont répertoriés par le « Nursing and Midwifery Council ».

En 2009, une nouvelle législation est votée autorisant la prescription de produits stupéfiants, incluant des substances psychotropes.

La France doit également modifier sa législation pour permettre le développement de cette profession. En effet l'un des obstacles est la législation nationale qui limite les champs d'action des infirmiers en pratique avancée. Comme suggère Delamaire (26) « *il faudrait modifier la législation, avoir une définition plus générale du champ de pratique, par exemple en terme de mission général plutôt que des tâches/actes spécifiques, cela apporterait une plus grande flexibilité pour adapter les rôles des infirmières à l'évolution des besoins régionaux/locaux* ».

Ces changements de législation ont commencé par le remplacement de l'avenant 7 à la convention médicale des infirmiers par l'avenant 9 signé le 27 Juillet 2022 et rentré en application le 23 Mars 2023 (48). C'est un premier pas vers la reconnaissance de cette profession, par une augmentation de leurs forfaits de suivi, qui initialement reposaient sur un modèle économique non viable par un nombre surestimé de patients.

Le deuxième point majeur est le projet de loi de la députée Renaissance Stéphanie Rist ou la loi d'amélioration de l'accès aux soins (49) permettant un accès direct aux infirmiers en pratique avancée et une primo prescription de produit soumis à une prescription médicale obligatoire.

La loi Rist a été votée à l'Assemblée Nationale en janvier 2023 et adoptée par le Sénat le 14 février 2023. Les députés et les sénateurs vont tenter de s'accorder sur un texte commun en commission paritaire.

A travers cette loi, la dépendance des infirmiers en pratique avancée envers les médecins sera moindre, permettant une certaine autonomie de la profession. Ils doivent néanmoins exercer dans une structure coordonnée comme les centres de santé, les maisons de santé

pluridisciplinaire et les équipes de soins primaires. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) n'ont pas été votées par les sénateurs, et n'entrent pas dans le cadre d'une structure coordonnée au regret des syndicats d'infirmiers.

Les sénateurs ont également donné leur autorisation pour la primo-prescription. Ils ont modifié le texte de loi afin de classer les traitements à prescription obligatoire en 3 catégories en fonction du risque pour la santé qui, l'heure actuelle, n'ont pas encore été déterminées.

L'avenir nous dira si, une fois que cet article de loi sera mis en place, le métier d'infirmier en pratique avancée se développera et modifiera le paysage de la santé en France.

Le déficit en médecins sera encore présent sur plusieurs années malgré la suppression du numerus clausus. En attendant les nouvelles générations de médecins formés, il faut que les différents acteurs de santé collaborent pour traverser ce creux en termes de démographie médicale.

Comme pour les autres pays, les infirmiers en pratique avancée sont mis en place pour répondre aux déficits en médecins et aux demandes de soins qui augmentent chaque année.

La mise en place d'une nouvelle profession est toujours délicate, surtout si on touche à un droit fondamental des médecins comme le droit de prescription. L'exercice libéral est un autre facteur limitant pour cette profession à cause de la rémunération à l'acte des médecins ou des infirmiers diplômés d'état et cela peut créer des tensions entre les professionnels.

La profession d'infirmier en pratique avancée existe chez nos voisins, une évolution sur le plan législatif est nécessaire pour le développement de la profession en France.

Le retour des patients est plus que favorable dans les différents pays où se trouvent les IPA, avec une amélioration dans la prise en charge de leurs pathologies.

Conclusion

Les médecins sont partagés sur cette profession d'infirmier en pratique avancée. La plupart ne connaissent pas leur rôle précis mais seulement les grandes lignes (17–21,29) ce qui se traduit par des réponses variées, surtout chez les jeunes médecins dans notre étude.

Ce qui ressort positivement pour les médecins sont la pluridisciplinarité, un regard complémentaire dans la prise en charge du patient et la diminution de certaines charges administratives.

En revanche, la perte de vue des patients, l'augmentation des consultations complexes et la question des responsabilités en cas de problème sont des points négatifs.

Et cette méconnaissance de la profession se traduit également par une absence de critères sur lesquels jouer pour favoriser leur essor. En effet, l'âge, le zonage, le mode d'exercice ou la présence d'un infirmier ne sont pas des facteurs favorisant une collaboration avec les infirmiers en pratique avancée ($P > 0,05\%$).

Pour permettre le développement de cette profession, la connaissance de ce métier est un premier point essentiel. Une clarification sur la responsabilité est le deuxième point majeur et comme chez nos voisins, la nécessité d'une modification de la législation est le troisième point. Sans modification de la législation, la profession ne pourra pas se développer et les professionnels formés ne pourront pas vivre de ce métier. L'Angleterre (26) est le parfait exemple, avec l'augmentation progressive de leur champ d'actions au fil du temps.

En France, à la fin de la rédaction de cette thèse, sénateurs et députés ont adopté la loi Rist permettant la primo-consultation ainsi que la primo-prescription par les IPA. Mais la commission paritaire pour l'élaboration d'un texte commun n'a pas encore eu lieu. Cette modification de la législation associée à une revalorisation forfaitaire vise à développer plus rapidement cette profession selon les objectifs du Ségur de la santé de 2020 et pérenniser cette profession.

La question reste en suspens concernant l'augmentation de leurs compétences dans les prochaines années : y aura-t-il une meilleure acceptabilité auprès des médecins ? Et qu'en est-il pour les infirmiers en pratique avancée, pourront-ils travailler de manière sereine et avoir un revenu adéquat ?

Ces questionnements pourront faire l'objet d'un travail de recherche dans le futur, une fois que la loi Rist entrera en vigueur.

Toulouse, le 30/05/2023
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, Maieutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

Vu le Président
le 28/05/23


Références

1. Arnault - ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2022]. 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. Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur. 68-978 nov 12, 1968.
3. Déplaud MO. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68. Rev Hist Prot Soc. 2009;2(1):79.
4. Loi n°71-557 du 12 juillet 1971 ART. 1 A 7 : 71-557 juill 12, 1971.
5. LOI n° 79-4 du 2 janvier 1979 portant réforme de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur et relative aux études en pharmacie et au statut des personnels enseignants des unités d'enseignement et de recherche pharmaceutiques (1) - Légifrance [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000880020>
6. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
7. ER1213.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1213.pdf>
8. ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
9. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
10. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0164 du 19/07/2018 [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=3m3Uc5wFaulOOFWXk79HNR4APX7KalcLgYeuznhj5ZE=>
11. PUECH S. Diplôme d'Etat Infirmier en pratique avancée (IPA) [Internet]. Faculté de santé. Sylvie PUECH; [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://sante.univ-tlse3.fr/diplome-detat-infirmier-en-pratique-avancee-ipa>
12. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à

l'article R. 4301-2 du code de santé publique.

13. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août [cité 28 nov 2022]. (OECD Health Working Papers; vol. 54). Report No.: 54. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
14. Kaasalainen S, Martin-Misener R, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald F, Carter N, et al. A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada. *Nurs Leadersh Tor Ont.* 1 déc 2010;23 Spec No 2010:35-60.
15. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. :141.
16. Un nouveau zonage médecins élargi en Occitanie [Internet]. 2022 [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/un-nouveau-zonage-medecins-elargi-en-occitanie>
17. Noiroit 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]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2022.
18. Le Cann A. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée: les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2021 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474701>
19. Colmas JF. La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2019 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02507787>
20. Aghnatiou M. Soins infirmiers en pratique avancée: représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Côte d'Azur. Faculté de médecine; 2020 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280586>
21. Laroche M. Stage ambulatoire partagé entre étudiants en DES de médecine générale et étudiants en Master infirmier en pratique avancée: quels sont les regards des internes sur le travail collaboratif avec les infirmiers en pratique avancée et quel est l'impact du stage sur ces regards ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2021 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2021_Medecine_LarocheMickael.pdf

22. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
23. Mettre fin aux certificats médicaux inutiles pour alléger les tâches administratives des médecins [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16386>
24. Ehrlich C, Kendall E, St John W. How does care coordination provided by registered nurses « fit » within the organisational processes and professional relationships in the general practice context? *Coll R Coll Nurs Aust*. 2013;20(3):127-35.
25. Signature de l'avenant 9 : de nouvelles mesures pour valoriser l'activité des IPA [Internet]. 2022 [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/actualites/signature-de-l-avenant-9-de-nouvelles-mesures-pour-valoriser-l-activite-des-ipa>
26. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. Paris: OCDE; 2010 août [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
27. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *J Interprof Care*. août 2003;17(3):223-37.
28. Bauer JC. Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*. avr 2010;22(4):228-31.
29. Le Rendu M. Évaluation de la pertinence d'une infirmière en pratique avancée au sein de la permanence d'accès aux soins de Montpellier. France; 2019.
30. Boyer L, Ohrond C, Fortanier C, Fourny M, Horte C, Loï R, et al. Qualité, coût et impact de la prise en charge coordonnée des patients diabétiques de type 2 dans un réseau de santé. In 2007 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Qualit%C3%A9-co%C3%BBt-et-impact-de-la-prise-en-charge-des-2-Boyer-Ohrond/4dc56034096cb4234f7ffa04bc376e77475391c7>
31. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy Amst Neth*. déc 2010;98(2-3):131-43.
32. Médecins Pour Demain | Pour une revalorisation de la consultation [Internet]. 2023 [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://medecinspourdemain.fr/>

33. Avenant-9-infirmiers.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Avenant-9-infirmiers.pdf>
34. Conseil National - Stop aux Fake News sur les IPA et sur les infirmiers [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/publications/les-grands-dossiers/stop-aux-fake-news-sur-les-ipa-et-sur-les-infirmiers.html>
35. Proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/l22-328/l22-3285.html>
36. Santé AFA. Une nouvelle profession de santé : Les infirmier.e.s en pratique avancée (IPA) [Internet]. France Assos Santé. 2022 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2022/03/16/une-nouvelle-profession-de-sante-les-infirmier-e-s-en-pratique-avancee-ipa/>
37. Renaud A. Installation des IPA en libéral : un combat à l'issue incertaine [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2022 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/363465/installation-des-ipa-en-liberal-un-combat-a-lissue-incertaine.html>
38. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care-the GP perspective. *Fam Pract*. déc 2002;19(6):641-6.
39. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Santé Publique*. 2017;29(2):241-54.
40. de Guzman A, Ciliska D, DiCenso A. Nurse practitioner role implementation in Ontario public health units. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. 2010;101(4):309-13.
41. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nurs*. 18 janv 2017;16(1):6.
42. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 5 janv 2000;283(1):59-68.
43. Lenz ER, Mundinger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med Care Res Rev MCR*. sept 2004;61(3):332-51.
44. Petek D, Mlakar M. Quality of care for patients with diabetes mellitus type 2 in « model practices » in Slovenia - first results. *Zdr Varst*. 1 sept 2016;55(3):179-84.

45. Martin-Misener R, Downe-Wamboldt B, Cain E, Girouard M. Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner–paramedic–family physician model of care: the Long and Brier Islands study. *Prim Health Care Res Dev.* janv 2009;10(1):14-25.
46. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ.* 15 avr 2000;320(7241):1038-43.
47. Blanc J. Etude de la compréhension du rôle et des missions de l’infirmière en pratique avancée par les patients dans la région ex Midi-Pyrénées [Thèse d’exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2022.
48. Avis relatif à l’avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l’assurance maladie signée le 22 juin 2007.
49. 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 28 avr 2023]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0362_proposition-loi

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

13/02/2023 09:36

Evaluation de l'intérêt des médecins généralistes sur les infirmiers en pratique avancée en libéral, dans le Tarn

Evaluation de l'intérêt des médecins généralistes sur les infirmiers en pratique avancée en libéral, dans le Tarn

Madame,
Monsieur,

En

tant que médecin généraliste, j'effectue mon travail de thèse sur "l'évaluation de l'intérêt des médecins généralistes sur le rôle des infirmiers en pratique avancée (IPA) en libéral dans le Tarn", dirigé par le Dr Corbaz.

Le but de ce travail est de connaître votre opinion sur ce nouveau corps de métier, savoir si vous seriez intéressés de travailler avec un IPA ou non, et connaître vos raisons.

Je vous soumetts ce questionnaire d'une vingtaine de questions. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir le compléter – ce questionnaire étant totalement anonyme.

Répondre à ce questionnaire vous prendra moins de 3 minutes.

Merci beaucoup

Florent Dai

***Obligatoire**

1. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Un Homme
- Une Femme

2. Quel est votre âge ? *

Une seule réponse possible.

- Entre 25 et 40 ans
- Entre 40 et 60 ans
- Plus de 60 ans

3. Depuis combien de temps êtes-vous installé ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

4. Votre mode d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Individuel
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Centre de santé
- Autre : _____

5. Quel est votre environnement d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Zone d'intervention prioritaire (ZIP)
- Zone d'action prioritaire (ZAC)
- Zone de vigilance (ZV)
- Hors viviers (zone non en déficit de médecins)

6. Dans votre structure, on retrouve *

Plusieurs réponses possibles.

- Infirmier diplômé d'état
- Infirmier Azalée
- Infirmier en pratique avancée
- Personne

En ce qui concerne les infirmiers en pratique avancée

7. Avez-vous entendu parler des Infirmiers en pratique avancée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. Connaissez-vous le rôle des infirmiers en pratique avancée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, parfaitement
- Oui, mais seulement les grandes lignes
- Non, pas du tout

9. Connaissez-vous la formation pour devenir infirmier en pratique avancée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

10. Si oui, jugez-vous suffisante cette formation ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

11. Travaillez-vous en ce moment avec un infirmier en pratique avancée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. Dans l'avenir, songez-vous à travailler avec un infirmier en pratique avancée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Peut-être

13. Pour vous, quels sont les avantages à travailler avec un infirmier en pratique avancée ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Pluridisciplinarité (travail en groupe, temps d'échange interprofessionnel)
- Meilleur suivi des pathologies pour les patients (plus de consultations de suivi des patients avec les Médecins et IPA)
- Diminution des charges administratives (par exemple: prise de rendez-vous pour des examens complémentaires faite par les IPA)
- Augmentation du temps de consultation (les patients chroniques stabilisés seront vus par les IPA, ce qui libère du temps de consultation)
- Diminution des visites à domicile (les IPA feront le suivi et le renouvellement des patients chroniques stabilisés)
- Amélioration du coût de la santé (la consultation avec un IPA coûtera moins cher à la Sécurité Sociale qu'un médecin généraliste)
- La présence d'un IPA permettra d'attirer de nouveaux médecins généralistes
- Meilleure coordination du lien ville-hôpital (prise de rendez-vous avec les spécialistes)
- Nouveau regard d'un professionnel de santé (habitudes du médecin traitant qui peut oublier de prescrire un examen complémentaire, un vaccin etc..)
- Autre : _____

14. Et inversement, quels sont les inconvénients ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Perte de vue des patients (les patients chroniques stabilisés verront moins leur médecin traitant, on sera à l'image des consultations de spécialiste)
- Absence de confiance envers les IPA
- Augmentation de la charge de travail (création de protocoles avec le Médecin et discussion des patients)
- Limitation des connaissances des IPA pour les pathologies médicales
- Limitation des connaissances des IPA sur les traitements, les interactions et les effets secondaires
- Augmentation des responsabilités (législation floue en matière de responsabilité en cas de problème le médecin : qui est responsable ?)
- Augmentation des consultations complexes (les patients chroniques stabilisés seront vus par les IPA, les médecins verront les cas compliqués, plus chronophages)
- Perte de revenu (plus de consultations complexes, moins de patients vus dans la journée)
- Absence de rémunération pour le temps accordé aux IPA (protocoles, débriefings, adressage de sa patientèle)
- Perte d'information médicale (les examens complémentaires seront prescrit par les IPA, si pas de logiciel commun risque de perte des informations)
- Autre : _____

En ce qui concerne la relation entre patients et IPA

15. Pensez-vous que vos patients seraient d'accord pour être suivis par un IPA ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

16. Si oui, quels sont les avantages pour les patients selon vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Meilleur suivi de leurs pathologies chroniques
- Nouveau regard/écoute d'un professionnel de santé
- Parole plus libre avec les infirmiers en pratique avancée
- Délais de rendez-vous plus court
- Meilleure observance aux traitements prescrits et meilleure adhésion aux examens complémentaires à réaliser
- Autre : _____

17. Si non, quels sont les inconvénients pour les patients selon vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Diminution de la qualité de suivi (pas le même niveau d'expérience entre IPA et médecin)
- Méconnaissance du dossier médical, de l'histoire personnelle du patient (contrairement à son médecin traitant)
- Perte de la relation Médecin-patient (allongement des consultations de suivi avec son médecin traitant, tous les 6 mois à 1 an par exemple)
- Absence de confiance envers les IPA pour les pathologies médicales, les traitements
- Autre : _____

18. Pour finir, pensez-vous que les IPA sont une solution pour lutter contre les déserts médicaux ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévues à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

NOR : SSAH1817587A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4301-1 et R. 4301-2 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 16 mai 2018,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les pathologies chroniques stabilisées mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4301-2 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.

Art. 2. – La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 18 juillet 2018.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURRÈGES

Annexe 3 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée, Annexe I

14/07/2022 09:40

Article Annexe I - Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. ...



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE **Légifrance**
Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 santé publique

Article Annexe I

JORF n°0164 du 19 juillet 2018

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

Annexe I

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

Modifié par Arrêté du 11 mars 2022 - art. 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.
Gysothérapie.
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.

Uniquement dans le cadre du parcours médico-paramédical du domaine d'intervention Urgences :

Test à la trinitrine.
Recueil du signal et des images en échographie à l'aide de la technique FAST .
Pose de cathéter intra osseux, veineux profond (type " Désilet "), de pression artérielle sanglante.
Pose d'une oxygénothérapie haut débit, d'une ventilation non-invasive.
Pose d'une canule oropharyngée, d'un masque oropharyngé, mise en place d'un dispositif de ventilation sans laryngoscopie.
Ponction d'ascite.
Décompression d'un pneumothorax suffocant.
Pose d'attelle de traction.
Aide à la réduction de fractures.

Annexe 4 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée, Annexe II

14/07/2022 09:39

Article Annexe II - Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R...



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE **Légifrance**
Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 santé publique

Article Annexe II

JORF n°0164 du 19 juillet 2018

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

Annexe II

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

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 **Modifié par Arrêté du 11 mars 2022 - art. 1**

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 5 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée, Annexe III

14/07/2022 09:41

Article Annexe III - Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article ...



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE** **Légifrance**
Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 santé publique

Article Annexe III

JORF n°0164 du 19 juillet 2018

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

Annexe III

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

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

Modifié par Arrêté du 11 mars 2022 - art. 1

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 : débitmètre 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 6 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée, Annexe IV

14/07/2022 09:42

Article Annexe IV - Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article ...



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE **Légifrance**
Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 santé publique

Article Annexe IV

JORF n°0164 du 19 juillet 2018

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

Annexe IV

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

Modifié par Arrêté du 11 mars 2022 - art. 1

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

I.-Examens sanguins

HEMATOLOGIE :

- 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.

HEMOSTASE 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 cytobactériologique 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).
- Béta-HCG

ENZYMLOGIE :

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000045361284/2022-03-17

1/3

Annexe 7 : Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancé, Annexe V

14/07/2022 09:43

Article Annexe V - Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R...



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE **Légifrance**
Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 santé publique

Article Annexe V

JORF n°0164 du 19 juillet 2018

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

Annexe V

Version en vigueur depuis le 17 mars 2022

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

Modifié par Arrêté du 11 mars 2022 - art. 1

- 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.

AUTEUR : Florent DAI

TITRE : Évaluation de l'intérêt des médecins généralistes sur la profession d'infirmiers en pratique avancée : Étude quantitative dans le Tarn

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Claude CORBAZ

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine Toulouse Rangueil, le 27 Juin 2023

Introduction : Les infirmiers en pratique avancée sont mis en place depuis 2018 pour répondre à la pénurie de médecins et la demande croissante de soin du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques. Les précurseurs en matière d'infirmier en pratique avancée sont les Etats-Unis pour répondre à la même problématique qu'en France : le manque de médecins. L'objectif principal est de rechercher les attraits et les éléments négatifs de cette profession pour les médecins. L'objectif secondaire est de rechercher des facteurs pouvant influencer une collaboration médecin et infirmier en pratique avancée **Matériel et Méthode** : Nous avons réalisé une étude quantitative par élaboration d'un questionnaire via « Google Forms » adressé aux médecins généralistes libéraux exerçant dans le Tarn. Les résultats ont été analysés avec le logiciel Excel et par un biostatisticien.

Résultat : Les attraits soulignés par les médecins sont la pluridisciplinarité, la diminution de certaines charges administratives et un nouveau regard pour le patient. Les éléments négatifs sont la perte de vue des patients et les problèmes de responsabilités. Les facteurs étudiés dans notre étude comme l'âge, la zone d'activité, la structure ou encore la présence d'un infirmier n'influent pas les médecins sur la décision ou non de collaborer avec un infirmier en pratique avancée. **Discussion** : Cette profession fait débat chez les médecins. Le droit de prescription des infirmiers en pratique avancée est décrié, la responsabilité reste floue. Face à un refus de la part de certains médecins, cette profession a du mal à se développer. En 2023, la loi Rist est votée, le champ d'actions des infirmiers en pratique avancée sera élargi, permettant une évolution de cette profession. **Conclusion** : Les médecins sont partagés sur cette profession, des pistes d'amélioration comme la connaissance du métier d'infirmier en pratique avancée ou une législation moins floue permet de lever certain doute.

Mots-Clés : infirmier en pratique avancée, médecin généraliste, avis, rôles, attraits, éléments négatifs

Evaluation of the interest of general practitioners on advances practice nurse: quantitative study in Tarn, France

Introduction: Nurses advance practice set up in 2018 to respond to the shortage of doctors and the growing demand of care due to the aging of the population and the increase in chronic pathologies. The precursor in terms of nursing advanced practice is the United States responding to the same problem as in France: the lack of doctors. The main objective is to research the attractions and negative elements of this profession for doctors. The secondary objective is to research factors that may influence doctor-nurse collaboration in advanced practice. **Material and Method:** We carried out a quantitative study by developing a quiz by "Google Forms" addressed to private general practitioners working in the Tarn. The results were analyzed by Excel software and by a biostatistician. **Result:** The attractions underlined by the doctors are the multidisciplinary, the reduction of the administrative burdens and the new perspective for the patient. Negatives are loss of patient follow-up and the problems of responsibilities. The factors studied in our study such as age, area of activity, structure or the presence of a nurse do not influence doctors on the decision or not to collaborate with an advanced practice nurse. **Discussion:** this profession is debated among doctors, the right to prescribe nurses in advanced practice is decried, responsibility remains unclear, faced with a refusal on the part of doctor, this profession is struggling to develop. In 2023, the Rist law is passed, the field of action of nurse advanced practice will be widened, allowing an evolution of this profession. **Conclusion:** Doctors are divided on this profession, avenues for improvement such as knowledge of the profession of nursing in advanced practice or less vague legislation makes it possible to remove certain doubts.

Keywords : advances practice nurse, general practitioners, opinions, roles, attractions, negative elements

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE