La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale

Jean-François Colmas

▶ **To cite this version:**

Jean-François Colmas. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02507787

HAL Id: dumas-02507787

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02507787

Submitted on 13 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Par

JEAN-FRANCOIS COLMAS

Né le 18 février 1985

LA PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS INFIRMIERS : MISE AU POINT ET PERSPECTIVES POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement à Nice le 18 novembre 2019

Examinateurs de la thèse :

Président du jury : Pr MICHEL BENOIT

Directeur de thèse : Dr NICOLAS VIRARD

Membres du jury : Dr ANTOINE SICARD

Dr JEAN TESTA

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	Pr. BAQUÉ Patrick
Vice-doyens	
Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr DELLAMONICA jean
Etudiants	M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL David

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme.	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie-Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien BENOLIEL	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) Immunologie
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	(47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M . FRANCO Alain
M. ZIEGLER Gérard
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Au Président du jury,

Au Professeur MICHEL BENOIT

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie.
Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous portez à ce sujet en votre qualité de responsable pédagogique du Diplôme d'État d'Infirmier en pratique avancée à l'université de Nice Sophia Antipolis.

Aux membres du jury,

Au Docteur JEAN TESTA
Merci de me faire l'honneur de votre présence parmi ce jury.
Permettez-moi de vous exprimer mon profond respect et ma gratitude.

Au Docteur ANTOINE SICARD
Merci de me faire l'honneur de votre présence parmi ce jury.
Merci pour votre enthousiasme, j'espère que mon travail sera à la hauteur de vos attentes.
Merci pour la rapidité de votre réponse et votre disponibilité.

À mon directeur de thèse,

Au docteur NICOLAS VIRARD
Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail et d'avoir su relever ce défi à mes côtés.
Merci pour tes remarques très justes, qui ont permis à ce travail de progresser dans les moindres détails, ainsi que pour ta disponibilité.
Je te suis très reconnaissant d'avoir endossé ce rôle et de m'avoir fait confiance.

Remerciements

À ma famille :

Tout d'abord, je remercie ma compagne, Amélie, pour toutes ces années de médecine qu'elle a effectuées à mes côtés, et ce, depuis notre rencontre sur les bancs du lycée. Une présence indéfectible et beaucoup d'amour malgré des épreuves peu communes et difficiles. La force d'un amour à toute épreuve. L'orthographe et la syntaxe de qualité de cette thèse lui reviennent. Mon petit Valentin a surveillé en grande partie l'écriture de cette thèse et de très près même, participant à sa manière, parfois, à l'utilisation du clavier. Son petit frère à venir a su, lui aussi, s'exprimer à travers le caractère de sa mère.

À mon grand-père, Papou, qui ne verra pas cette thèse mais qui, par son exemple et son amour, m'a fourni les bases nécessaires à ce devenir et à ma grand-mère, Mamoune, qui, toujours présente dans l'éducation et l'amour, m'a permis d'être le médecin que je deviens.
À ma mère qui a fait preuve de présence à mes côtés durant ces années de médecine, à mon père, ma sœur et mon neveu Noé.

À mon oncle et ma tante, Alain et Ghisou, toujours disponibles, qui m'ont apporté une aide précieuse depuis le début. Merci pour votre soutien et vos expériences médicales.

À mes cousins, Jean-Philippe, pour ces moments de complicité depuis l'enfance et Nicolas, avec qui, en plus, j'ai eu le privilège de partager quelques années de médecine, occasion de discussions et soirées mémorables.

À Jean-Marc et Marie, pour leur présence, leur gentillesse et leur accueil. Je suis honoré de faire partie de leur famille. Merci pour tous ces bons moments et repas partagés depuis tant d'années. Vous êtes des grands-parents formidables.

À ma tante, Marie Alix, pour son amour, sa douceur toute enrobée de gentillesse et à mon oncle Alain je ne me remettrai jamais d'une certaine pêche au gros.
A ma tante, Maby, et à mes cousins qui ont fait plein de petits cousins à leur tour ou à venir.

À mes amis : Paul, mon frère et Sarah ta gentillesse, Vincent ta sagesse et Marie ton caractère, Jeremy ta complicité et Audrey ton dynamisme, Thibault ta présence et Claire ton énergie.
À Mihai, mon associé, pour ta bonne humeur et ton énergie.

À mes compagnons et amis de médecine :

Nicolas pour les moments d'amitiés et les côtes de bœuf, Naike pour ton soutien et ta gentillesse, Armand pour ton amitié indéfectible et tous les moments de complicité, Vincent pour ta bonne humeur, Anne-Sophie ma binomette, Marie ta gaieté, Stéphanie en souvenir des soirées, Philippe et Axel, Cecilia ma co-interne pleine d'énergie.

À mes belles rencontres en Corse :

Vincent mon co-interne d'élite et colocataire, merci pour tout, Marine ma co-interne de jet-set à Saint-Tropez, merci pour ton rire et ta bonne humeur, Marianne, Wiwi, Maelle, Marie, Loris, Dora, Vincent, Laura, Julie, Neil.

À mes maîtres de stages :

Aux séniors du service de Gériatrie à Bastia, votre formation reste à ce jour une force pour moi, en plus de votre accueil chaleureux.

Aux séniors des urgences de Bastia avec qui j'ai fait 97 gardes la première année.

Aux séniors des urgences de Saint-Tropez, pour votre formation, pour les barbecues et les très nombreux repas avec fous rires garantis.

Et tout spécialement :

Au Dr Marc C, maître et ami, en qui j'ai découvert un mentor, qui m'a accueilli de la plus belle façon et dont je garde un souvenir impérissable, avec une pensée pour Marina et Tom.

Au Dr Dominique P, maître et ami, pour son accueil sincère, sa confiance, son partage et sa super famille, sans oublier Sophie, la secrétaire de choc, beaucoup de rires et de bons souvenirs.

« Seul on va vite, ensemble on va plus loin »

Proverbe africain

Abréviation

IPA : infirmières en pratique avancée

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'état

IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

IPAL : infirmières en pratique avancée libéral

IDEL : infirmière diplômée d'état libéral

HAS : Haute autorité de santé

ZRR : Zone de revitalisation rurale

RNCP : Le Répertoire National des Certifications Professionnelles

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

COSCOM : contrat de stabilisation et de coordinations des médecins

COTRAM : contrat de transition pour les médecins.

CSTM : contrat de solidarité territoriale médecin

PMO : prescription médicale obligatoire

PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale

PrefICS : projet de Préfiguration d'infirmiers cliniciens spécialisés

CII : Conseil International des Infirmiers

IPADE : infirmiers en pratique avancée diplômés d'Etat

LMD Licence master doctorat

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soin

JORF : Journal Officiel de la République Française

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaires

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

RÉSUMÉ

LA PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS INFIRMIERS : MISE AU POINT ET PERSPECTIVES POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Introduction : Parmi les projets de la loi Santé 2018-2022 est votée la création d'une nouvelle spécialité d'infirmiers en pratique avancée. Ils pourront devenir des assistants médicaux auprès des médecins libéraux mais aussi exercer de manière libérale.

Objectif : Faire une mise au point des connaissances et évaluer la perspective de la future collaboration entre les médecins et les infirmiers en pratique avancée en assistants médicaux ou libéraux auprès des médecins généralistes.

Méthode : Une enquête qualitative a été menée auprès de dix médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet de groupe ou en individuel, en milieu urbain ou rural, interviewés lors d'entretiens semi dirigés d'août à septembre 2019. Les entretiens ont été enregistrés, retranscris intégralement puis analysés par codage axial.

Résultat : La communication sur la création d'une nouvelle spécialité d'infirmiers en pratique avancée est partielle auprès des médecins interviewés et aucun n'envisage de collaboration avec un infirmier en pratique avancée en assistant médical. Les principales causes sont la responsabilité, le salariat, le coût, les aides avec critères d'éligibilité élitiste, dégressives sur trois ans et les objectifs d'augmentation de patientèles inatteignables source de déséquilibre qualitatif/quantitatif des consultations ainsi que la perte de contact avec les patients. Concernant l'infirmier en pratique avancée libéral, les médecins interviewés refusent de confier leurs patients chroniques stables, remettent en cause le niveau de formation qui leur permet de prescrire et ne veulent pas de la responsabilité de médecin référent.

Conclusion : Cette enquête révèle la difficulté et souvent le refus d'une future collaboration des médecins généralistes avec les infirmiers en pratique avancée en tant qu'assistant médical ou libéral. Pour beaucoup, cette nouvelle collaboration en l'état heurte leur vision de la médecine générale libérale. Les médecins souhaitent une modification des compétences établies.

Mots clés : Infirmier pratique avancée, assistant médical, collaboration, IPA, IPAL, Critères d'éligibilité et objectif, refus médecin généraliste, médecine générale

ABSTRACT

ADVANCED NURSE PRACTITIONER: DEVELOPMENT AND PERSPECTIVES FOR GENERAL PHYSICIAN

Introduction: Among the projects of the Health Act 2018-2022 is voted the creation of a new specialty of nurses in advanced practice. They will be able to become medical assistants to liberal doctors but also to practice in a liberal way.

Objective: To develop knowledge and assess the perspective of future collaboration between physicians and nurses in advanced practice being assistant or liberal to general practitioners.

Methods: A qualitative survey was conducted among ten private general practitioners working in group or individual practices, in urban or rural areas, interviewed in semi-structured interviews from August to September 2019. The interviews were recorded, transcribed in full and then analyzed by axial coding.

Outcome: Communication on the creation of a new advanced practice nursing specialty is partial among the physicians interviewed and none are considering collaborating with an advanced nurse practitioner as a medical assistant. The main causes are responsibility, salary, cost, subsidies that is elitist, digressive eligibility criteria over three years and the objectives of increasing the number of patients who cannot be reached with a qualitative/quantitative imbalance in consultations as well as the lack of contact with patients. Concerning the liberal advanced nurse practitioner, the doctors interviewed refuse to give their stable chronic patients and question the level of training that allows them to prescribe and the responsibility of being the referring doctor.

Conclusion: This survey reveals the difficulty and often the refusal of future collaboration between general practitioners and nurses in advanced practice as medical assistants or liberal. For many, this new collaboration as it stands, offends their vision of general medicine. Generals physicians want a change in established competencies.

Keywords: Advanced nurse practitioner, Medical Assistant, Collaboration, IPA, IPAL, Eligibility criteria and objective, refusal of general practitioner, general medicine.

Table des matières

Remerciements 7
Abréviations 9
Résumé 10
Abstract 13
1 Introduction **14**
2 Contexte actuel **15**
2.1 Déficit médical 15
2.2 Causes du déficit médical 17
2.3 Plan de santé en réponse au déficit médical 19
2.3.1 L'ouverture du numérus clausus 19
2.3.2 Les zones de revitalisation rurale (ZRR) 20
2.3.3 Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées 20
2.3.4 Règle de délivrance et prise en charge en pharmacie 21
2.3.5 Maintenir les médecins actifs malgré l'âge atteint de la retraite 21
2.3.6 Stratégie nationale de santé 2018-2022 22
3 Le modèle étranger **23**
3.1 Les Etats-Unis 23
3.2 L'Australie 25
3.3 Le Royaume-Uni (Angleterre) 27
4 Proposition d'un modèle de soin français en pratique avancée **29**
4.1 Projet de loi en France 29
4.2 Définitions et missions 32
4.3 Règle et encadrement de la formation 33
4.4 Programme de formation 34
4.5 Pour la médecine générale 36
4.5.1 En interne, IPA salarié 37
4.5.2 En externe IPA libéral 39
5 Matériel et méthode **41**
5.1 Type d'étude 41
5.2 Population étudiée 41
5.2.1 Critères d'inclusion 41
5.2.2 Recrutement 41

5.2.3 Caractéristiques de l'échantillon 41
5.3 Entretiens 42
5.3.1 Préparations 42
5.3.2 Réalisation des entretiens 42
5.3.3 Retranscriptions et entretiens 43
5.3.4 Nombre d'entretien 43
5.4 Analyse 43
6 Résultats 44
6.1 Caractéristiques descriptives 44
6.2 Gestion du cabinet et évolution de la pratique 44
6.3 Représentation et connaissance de l'IPA et son rôle 45
6.4 Opinion, perspective d'un infirmier en pratique avancée en assistant médical 46
6.5 Eligibilité, rémunération et objectif d'aide 47
6.6 Impact sur le médecin généraliste 47
6.7 Ouverture et opinion sur l'infirmier en pratique avancée libéral 48
7 Discussion 49
7.1 Exposition du résultat principal de l'étude 49
7.1.1 Gestion et évolution des pratiques 49
7.1.2 Connaissance et représentation du projet d'IPA 49
7.1.3 Acceptation de l'IPA et perspective 50
7.2 Confrontation des résultats aux données de la littérature : validité externe 52
7.3 Exposition des biais et limites de l'étude : validité interne 52
7.3.1 Biais interne 52
7.3.2 Biais externe 53
7.3.3 Biais d'investigation 53
7.3.4 Biais d'interprétation 53
8 Conclusion 54
Bibliographie 56
Annexe 1 : Texte de lois 59
Annexe 2 : Listes des pathologies, biologies, actes de suivis et actes techniques de l'IPA 65
Annexe 3 : Programme de formation 68
Annexe 4 : Questionnaire 71

1. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années maintenant se crée un déficit médical au sein du territoire français. Dans un premier temps rural, il n'est pas rare que ce phénomène s'étende aussi aux zones urbaines. Ce déficit, de par son inertie, ne pourra pas être équilibré avant plusieurs années, ceci étant notamment dû au temps de formation du corps médical. Les études de médecine sont longues et ne peuvent être raccourcies. L'offre de soin a évolué en conséquence.

A ce phénomène s'ajoute une population avec une espérance de vie améliorée, donc une population vieillissante, ce qui entraine une augmentation des prises en charge polypathologiques et chroniques.

Les besoins de santé de la population et l'aspiration des professionnels à étendre leurs champs d'intervention nécessitent de proposer, dans le contexte français, de nouvelles modalités de pratiques professionnelles.

Le pouvoir administratif dispose d'un rôle central dans le cadre de l'implantation de la pratique avancée. Il est en capacité de mettre en œuvre une politique de soins qui permet le développement de nouveaux métiers de la santé et qui met en œuvre une politique managériale favorisant l'implantation de l'infirmier en pratique avancée.

Depuis 2007, des expérimentations ont été lancées et des rapports ont été faits au cours de ces dix dernières années, pour aboutir à la proposition d'une nouvelle spécialité située entre le médecin et l'infirmier.

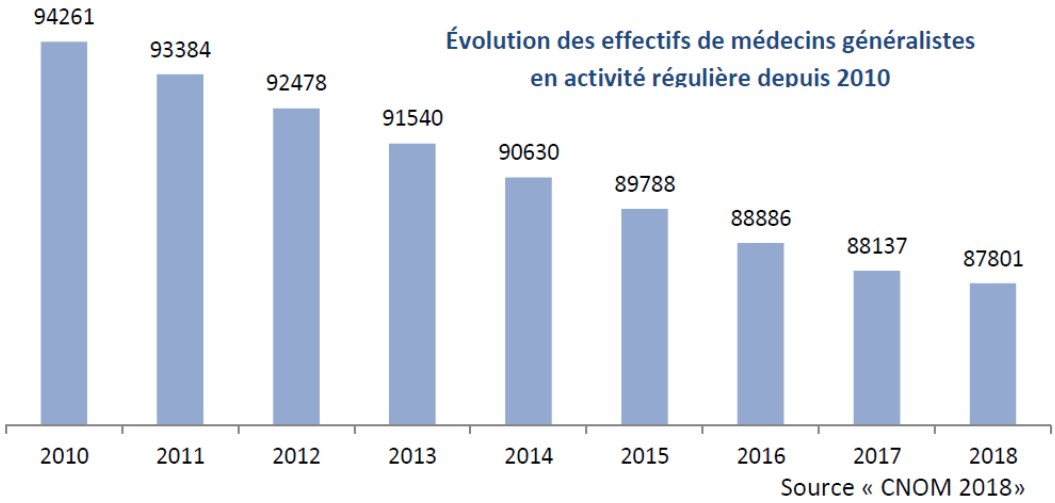
Il s'agit d'une pratique globale, différente d'une pratique centrée sur la maîtrise d'un champ disciplinaire (logique de spécialisation) avec la nécessité de prises de décisions complexes qui renvoient le professionnel à un positionnement sur les champs de la décision médicale. On peut y voir un glissement de compétences qui a pour but et avantage de contenir les dépenses.

Le but de ce travail est d'une part, de faire une mise au point sur ce qui a nécessité la création de l'infirmier en pratique avancée, et d'autre part de connaitre les modèles sur lesquels ce diplôme se base tant internationaux que français ainsi que le parcours de création des directives d'encadrement de cette nouvelle spécialité et enfin, de faire le point sur ce qui a été établi et voté en France. Puis, fort de cette mise au point, d'établir une perspective de ce métier dans sa future collaboration entre les infirmiers en pratique avancée et la médecine générale avant même que la première promotion soit en place d'ici septembre 2020.

2. CONTEXTE ACTUEL

2.1 Déficit médical

Le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre est en augmentation (296 755 au 1er janvier 2018, +2% par rapport à 2017). Cependant, comme nous le voyons dans le graphique 1, le nombre de médecins en activité régulière (hors retraite et remplaçant) est encore en légère baisse (-0,1%), à 198 081. Depuis 2010, le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 10%.[1]Cette tendance à la baisse concerne en premier les médecins généralistes. S'ils étaient 94 261 en activité régulière en 2010, en 2018 ils ne sont plus que 87 801, soit une baisse de 7,3% depuis 2010 (0,4% depuis 2017).

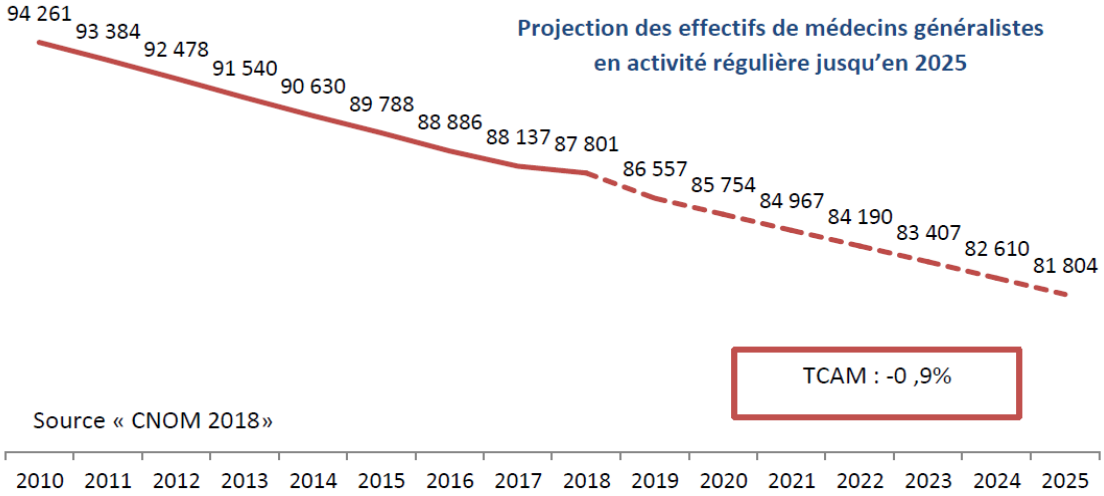


Graphique 1 : Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010, Source « CNOM 2018 »

Sans compter une tendance à opter pour l'exercice salarié : exercice choisi par 47% d'entre eux aujourd'hui, contre 42% en 2010. La proportion de médecins libéraux a suivi le chemin inverse, passant de 47% à 42% sur la même période. L'exercice mixte reste stable, à 11%.

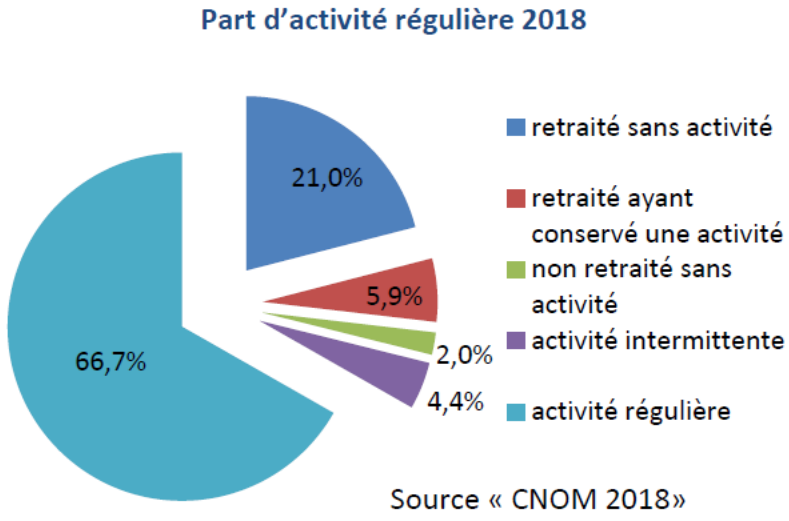
Les effectifs de médecins généralistes en activité régulière devraient baisser jusqu'à 81 804 médecins en 2025, voir graphique 2, selon une méthode de calcul dite de régression linéaire avec un taux de croissance moyen annuel de -0.9%.[2]

[1] https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/demographie-medicale-projet-loi-sante-2022
[2] CNOM atlas 2018 version complète Dr Patrick BOUET président



Graphique 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (Source CNOM 2018)

On peut voir au travers du graphique 3, une part de retraités ayant gardé une activité. Lorsqu'on l'intègre, le pronostic apparait en réalité sous-évalué.



Graphique 3 : Part d'activité régulière 2018, (Source CNOM 2018)

D'autres phénomènes se surajoutent au déficit du temps médical. D'une part, le nombre de médecins qui exercent en activité salariale en structure. D'autre part, l'exercice s'est très fortement féminisé chez les jeunes : 64,1 % de femmes chez les moins de 40 ans (contre 30% chez les 60 ans et plus)[3]. De plus, le temps de travail hebdomadaire (homme ou femme) des moins de 45 ans diminue par rapport à leurs ainés.

[3] CNOM atlas 2018 : synthèse activité régulière

L'Atlas de la démographie médicale met par ailleurs en évidence l'insuffisance de "l'index de renouvellement générationnel" (rapport des médecins de moins de 40 ans sur les médecins de 60 ans ou plus) qui se situe ainsi à 0.85 pour les médecins généralistes, ce qui dénote un renouvellement insuffisant[4].

Parmi les phénomènes qui ont contribué à masquer le déficit médical on trouve la stratégie d'ouverture aux médecins étrangers qui sont 16% (en 2017), ce sont des médecins exerçant en France avec un diplôme étranger[5]. Le nombre des médecins avec un diplôme européen ou extra-européen inscrits au tableau de l'ordre des médecins a quasiment été multiplié par deux (+ 90 %) entre 2007 et 2017 et devrait atteindre les 30 000 en 2020.

2.2 Causes du déficit médical

Cela commence en 1971, depuis cette date, les inscriptions en faculté de médecine ont triplé, passant de 3000 à 9000 étudiants par an. Cela découle d'un après Mai 68, mais surtout, de la convention médicale qui a solvabilisé la clientèle et a rendu très enviable la situation financière de la profession.

Quelques voix s'élèvent alors sur les dangers d'une inflation des effectifs médicaux, avec le double spectre d'une flambée des dépenses censées être stimulées par l'offre de soins, et d'une paupérisation des médecins devenus trop nombreux. Gestionnaires et syndicats médicaux se rejoignent pour demander une limitation du nombre de médecins formés.

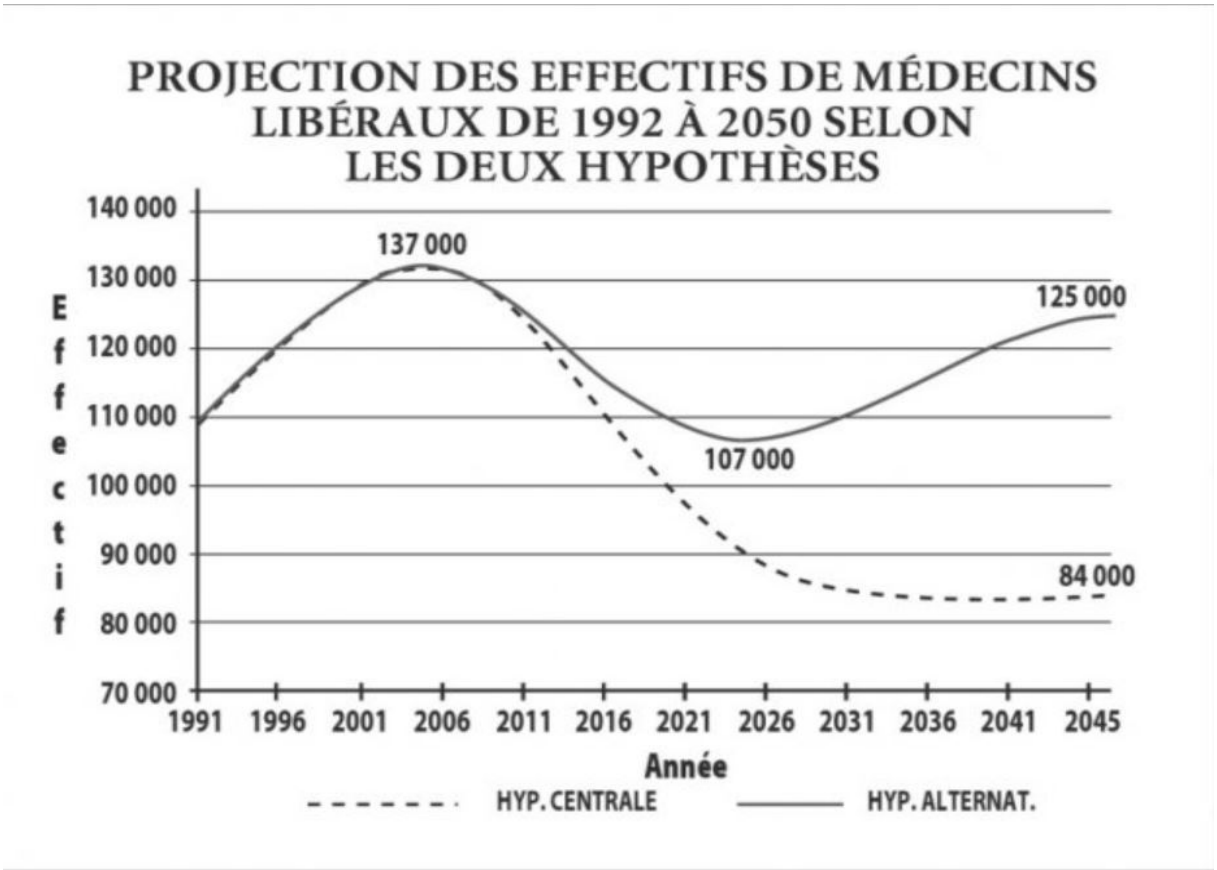
À cette époque, la décision est loin d'être absurde. La demande de soins n'est pas très importante et les médecins sont loin d'être débordés. La crainte d'un afflux de praticiens désœuvrés est tout à fait compréhensible.

Le mot "sélection" n'étant pas politiquement correct, trois ans après mai 1968, on trouvera le terme " numerus clausus" pour qualifier la limitation arbitraire du nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine.

Le chiffre retenu en 1971, 8588 étudiants, constitue d'ailleurs une limitation plutôt raisonnable pour l'époque[6]. Mais la situation se durcit en 1977, après le choc pétrolier et sous l'influence de Simone Veil. Alors la commission Fougères décide de durcir la restriction du numérus clausus.

[4] https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/demographie-medicale-projet-loi-sante-2022
[5]https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/wbco0l/cnom_chiffres_cles_atlas_2018_0.pdf
[6] Dr Daniel Wallach, *Numerus clausus, pourquoi la France va manquer de médecins* 2011, Springer, France.

Dans le contexte de l'époque en 1987, le conseil de l'Ordre de la Creuse explique : « il n'y a aucun avenir pour un jeune généraliste qui s'installerait dans ce département. » Quasiment tous les ordres départementaux tentent de dissuader les jeunes médecins de s'installer. C'est pourtant à ce moment, à la fin des années 80, qu'il aurait fallu anticiper les besoins accrus qui s'annonçaient pour la décennie suivante. Malheureusement, la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) est fervente de la diminution du numerus clausus ; la caisse va jusqu'à considérer qu'il faut reconvertir des milliers de médecins. Gilles Johanet est son nouveau directeur. Il est énarque, conseiller à la cour des comptes. Il sera le principal artisan de la limitation drastique jusqu'à obtenir 3500 étudiants en 1993.



Graphique 4 : Projection des effectifs de médecins libéraux de 1992 à 2050 selon les deux hypothèses. (Source CNAM octobre 1993)

Ce graphique projectif de l'époque, si on le réfère en 2019, est en dessous de la réalité actuelle. (Graphique 4). Ce n'est qu'en 1998, et donc bien tardivement, que les autorités sanitaires et les syndicats médicaux prennent brutalement conscience du risque de pénurie qui se profile pour les années 2000. Quasiment seul contre tous, Gilles Johanet, directeur de la CNAMTS, réussira à maintenir quelques années de plus le numérus clausus au plus bas.

Le point de non-retour ayant été atteint, l'augmentation tardive du numerus clausus ne fonctionnera pas. La médecine libérale, déjà mise à mal par l'hospitalo-centrisme de la formation et le blocage des honoraires conventionnels, est en difficulté.

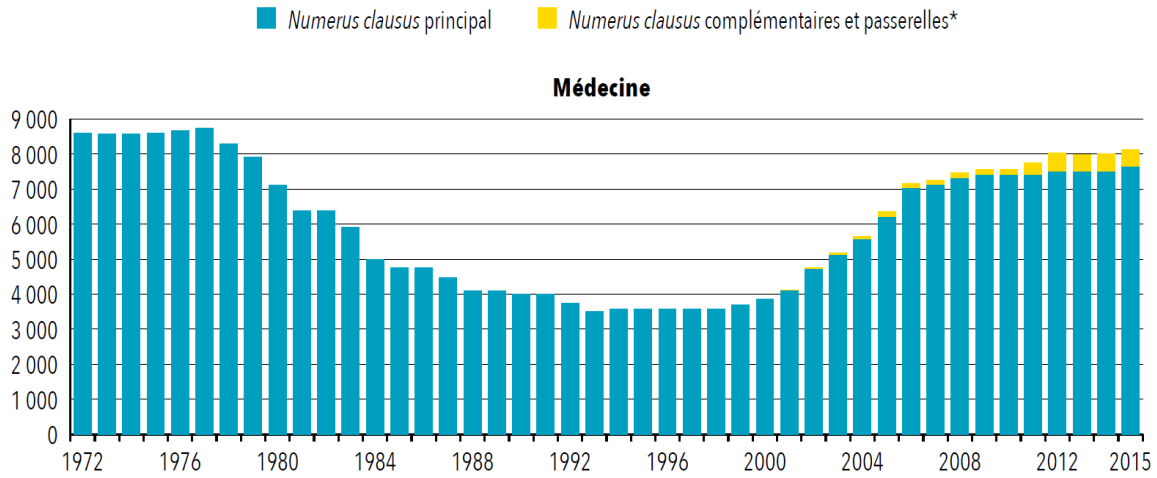
L'argument d'une mauvaise répartition des médecins, avec des régions sur et sous-dotées, perdurera quelques années avant que s'impose l'évidence : il existe des déserts médicaux jusque dans Paris.

2.3 Plan de santé en réponse au déficit médical

2.3.1 L'ouverture du numérus clausus

Depuis 2007, l'objectif a été d'ouvrir le numerus clausus de manière progressive et en fonction des capacités d'accueil de chaque faculté.[7] Face à l'évidence de l'inertie de cette action, due au nombre d'années de formation, d'autres actions ont été proposées.

(Graphique 5).



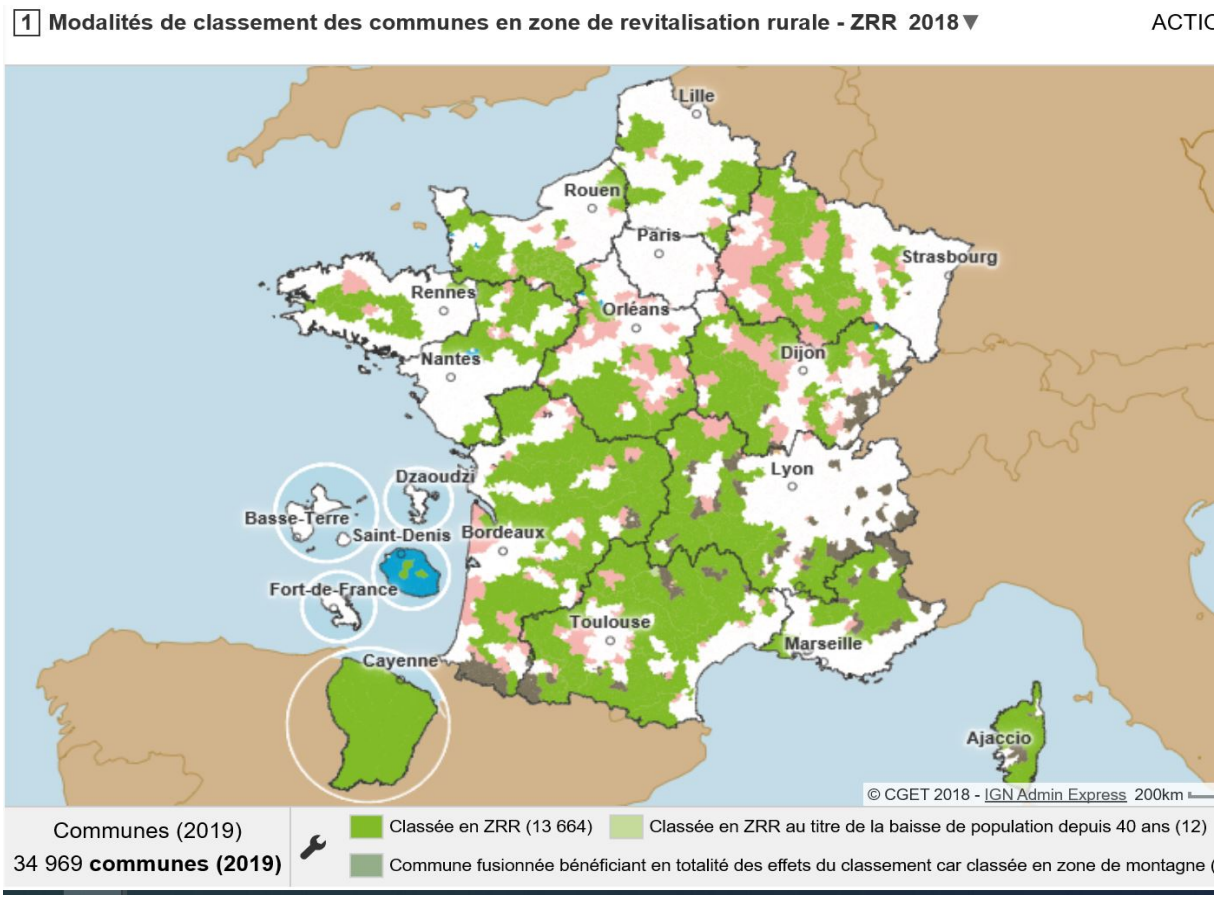
Graphique 5 : Evolution du numérus clausus en médecine.

2.3.2 Les zones de revitalisation rurale (ZRR)

Les ZRR [8] visent à aider le développement des territoires ruraux principalement à travers des mesures fiscales et sociales. Elles ont été créées par la loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement du Territoire du 4 février 1995.

Une réforme des ZRR en 2018 a simplifié les critères de classement des territoires pris en compte en fonction de la densité moyenne par habitant et le revenu fiscal médians. (Carte 1) [9]

[7] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf
[8] https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=typo_zrr.zonage_zrr&s=2018&view=map26
[9] https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/zones-de-revitalisation-rurale-zrr/



Carte 1 : Carte des zones ZRR en 2018

2.3.3 Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées.[10]

On dénombre quatre types de contrat dont le but, quel que soit le contrat, est l'aide à la répartition des praticiens sur le territoire médical.

Le CAIM, contrat d'aide à l'installation des médecins est une aide financière de 50 000 € sous condition de travailler quatre jours par semaine, elle est donnée en deux fois.

Le COSCOM, contrat de stabilisation et de coordination des médecins, incite la formation de stagiaires et à une contrepartie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité et une participation à la permanence de soins.

Le COTRAM : contrat de transition pour les médecins. Ce contrat prépare la cessation d'activité en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Le CSTM, contrat de solidarité territoriale médecin, facilite l'exercice ponctuel de médecins. Tout type d'intervention ponctuelle est prise en compte : vacation, contrats avec un confrère ou une collectivité territoriale pour une durée minimale de dix jours par an. Cela donne droit à une aide annuelle de 25 % des honoraires de votre activité.

[10] https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees

2.3.4 Règles de délivrance et prise en charge en Pharmacie

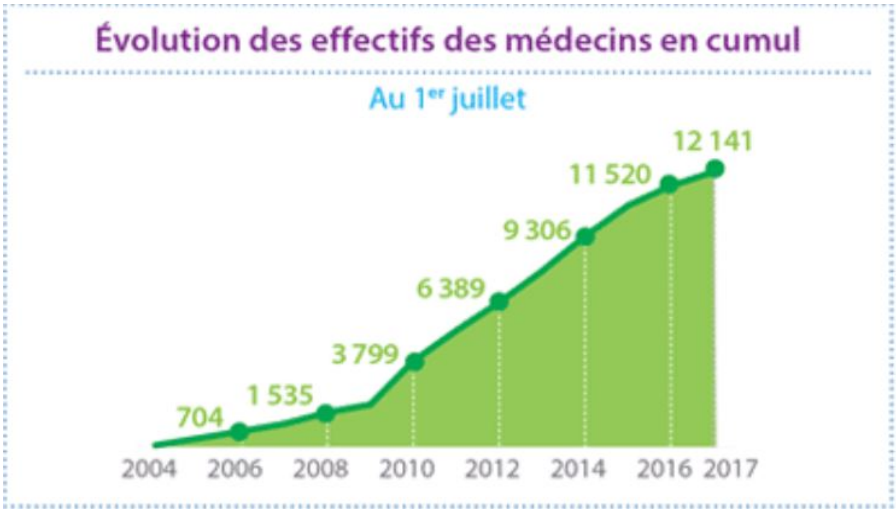
Depuis quelques années, les pharmaciens bénéficient de prérogatives et de services toujours plus avancés. Le but est de diminuer le recours à la consultation chez le praticien.
Leur sont confiés le dépistage diabétique et tensionnel, l'éducation de l'asthme, des anticoagulants et bilan de médication pluridisciplinaire formalisée par l'ARS en mission.
Ils peuvent également dispenser une pilule contraceptive pour une durée supplémentaire de six mois dans les mêmes conditions ainsi qu'une pilule du lendemain. Ils peuvent faire une délivrance exceptionnelle, sur la base d'une prescription médicale renouvelable dont la durée de validité est expirée, d'une boîte de médicaments supplémentaire aux patients qui n'ont pas pu faire renouveler leur ordonnance.

Depuis le 1er mars 2019, la vaccination antigrippale fait partie des missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine sur l'ensemble du territoire. [11]

Dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2019 (PLFSS), une expérimentation à la dispensation par les pharmaciens d'officine de certains médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO) a été mise en place. Plusieurs pathologies ont été identifiées comme la cystite, la conjonctivite ou l'eczéma dans un premier temps.

2.3.5 Maintenir les médecins actifs malgré l'âge théorique atteint de la retraite

L'augmentation régulière de l'âge du départ à la retraite contribue à sa manière à gommer les effets du papy boomer médical en retardant l'âge de départ à la retraite.



Graphique 6 : évolution des effectifs des médecins en cumul.

[11] HAS avis du 25 juillet 2018, *Extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination*

Entre 2016 et 2017, il a progressé de 11 520 à 12 141, soit 5,39 % d'augmentation.
(Graphique 6) Le cumul retraite et activité libérale ne cesse de s'accroître depuis 2009.

2.3.6 Stratégie nationale de santé 2018 – 2022.

Le gouvernement établit que le déficit médical continuera à se creuser jusqu'en 2025. Face à ce déficit inévitable et afin de néanmoins survenir au besoin de consultation croissant sur le territoire français, des évaluations ont été réalisées pour savoir comment augmenter le nombre de consultations par médecin. La réponse envisagée : en libérant du temps médical.
Une évaluation interne établit à 7% la perte de temps global, en prise en charge administrative par le médecin.
L'objectif global, pour palier au déficit médical, dans le plan santé Stratégie nationale[12] de santé 2018-2022, est d'augmenter le temps de consultation médical et aussi l'augmentation du volume de consultation.

Afin d'apporter une solution dans les années à venir et en complément des plans d'actions actuels le gouvernement souhaite mettre en place au sein de la pratique médicale une délégation des tâches médicales aux infirmiers.
Il est évident qu'une idée a émergé en repensant ce modèle-là. Il existe déjà ce type de modèle de collaboration au sein des hôpitaux où l'on observe un glissement de compétences ayant entrainé des créations de sous spécialités par discipline.

De ce travail d'équipe, déjà préexistant en hospitalier avec le modèle des IADE, IBODE, puéricultrices, émerge le concept de délégation de tâches afin de gagner du temps pour celui qui a le plus de compétences ou qui fait défaut par le temps ou par le nombre.[13]
L'HAS a déjà émis un rapport[14] en 2008 concernant cette évolution de délégation de tâches.

De cette stratégie émerge le sujet de cette thèse concernant la pratique avancée en soins infirmiers qui est basée sur ce qui se fait dans les pays du monde entier. Il a fallu néanmoins de longues concertations et des études préliminaires afin d'adapter les exemples internationaux à notre système de soins français unique dans son modèle de soins.

[12] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
[13] Berland Y., *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences,* rapport d'étape. (2003)
[14] Haute Autorité de Santé (2008), *Délégation, transferts, nouveaux métiers…Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*, Recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS", avril.

3. LE MODÈLE ÉTRANGER

Beaucoup de pays cherchent à améliorer la prestation des soins de santé en examinant les rôles des différents corps professionnels, y compris les infirmières. Le développement de nouveaux rôles infirmiers plus avancés peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans un contexte d'offre de médecins limitée voire en diminution. Cela pourrait aussi permettre de contenir les coûts en délégant certaines tâches d'une main-d'œuvre médicale onéreuse aux infirmières.

Un rapport de 2010 a étudié l'état des lieux de la pratique avancée dans douze pays de l'OCDE et conclut que « le développement de nouveaux rôles infirmiers plus avancés peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans un contexte d'offre de médecins limitée, voire en diminution. Cela pourrait aussi permettre de contenir les coûts en déléguant certaines tâches d'une main-d'œuvre médicale onéreuse aux infirmières ».

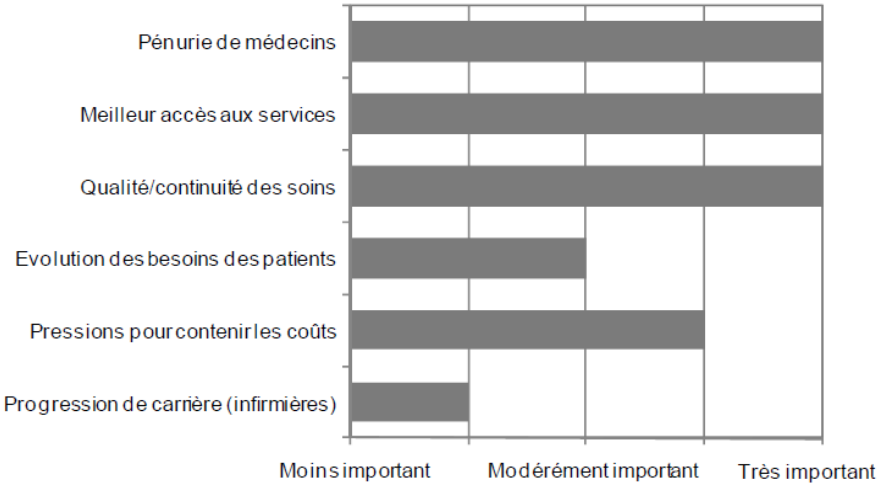
3.1 Les États-Unis

En 1954, dans l'État du New Jersey, dans le domaine de la psychiatrie, l'Infirmière Clinicienne Spécialisée est apparue. Puis, en 1965, pour la pédiatrie, l'Infirmière Praticienne Spécialisée voit le jour à l'Université du Colorado.
À ce jour, quatre rôles en pratique avancée sont valides : l'infirmier anesthésiste, la sage-femme, l'infirmier clinicien spécialiste, l'infirmier praticien.

Ce sont les pionniers du modèle de pratique avancée. Pour des raisons économiques et de déficit de la démographie médicale, cette pratique est devenue très vite une nécessité. Le pays compte plus de 100 000 assistantes avec une augmentation de 7%. Les Etats-Unis doivent mettre en œuvre un modèle consensuel d'infirmières en pratique avancée : avec la multiplication des spécialisations, il n'existe pas de modèle uniforme de régulation. Il y a une volonté d'harmoniser[15] autant que possible les pratiques avancées.

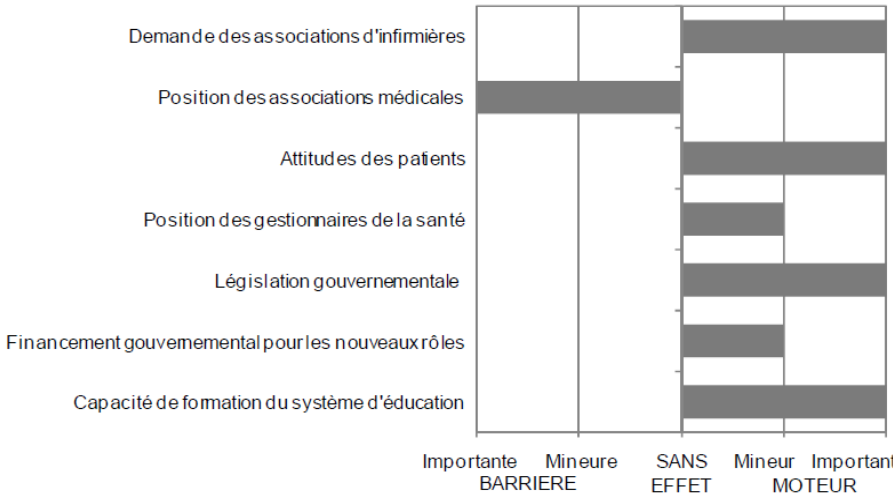
Une étude prospective montre une accélération du besoin médical et prédit 127 821 en 2025[16]. La conclusion de cette constatation démographique est que le nombre d'assistants a augmenté de 72% en 15 ans. Il y a donc une augmentation exponentielle qui témoigne de la nécessité absolue pour leur système de santé. (Graphique 7)

[15] Aiken L.H. et R. Cheung, "Nurse workforce challenges in the United States : implications for policy", OECD Health Working Papers, n° 35, OECD, Paris (2008)
[16] US Department of Health and Human Services, *The Registered Nurse Population : initial findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses*, HRSA. (2010)



Graphique 7 : raisons d'introduction de rôles avancés pour les infirmières aux Etats-Unis
Source « National Council of State Boards of Nursing » au questionnaire (2009) de l'OCDE.

La majorité des états accorde, à présent, aux infirmières en pratique avancée, un droit étendu à prescrire, et 47 états autorisent les infirmières praticiennes à prescrire des produits stupéfiants. Dans certains états, elles peuvent prescrire une grande gamme de médicaments sans supervision de médecins, incluant de puissants produits opiacés pour les soins palliatifs et des produits narcotiques tels que la morphine ou des substances psychotropes.[17]



Graphique 8 : Principaux Facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées aux Etats-Unis. Source : Réponse du « National Council of State Boards of Nursing » au questionnaire (2009) de l'OCDE.

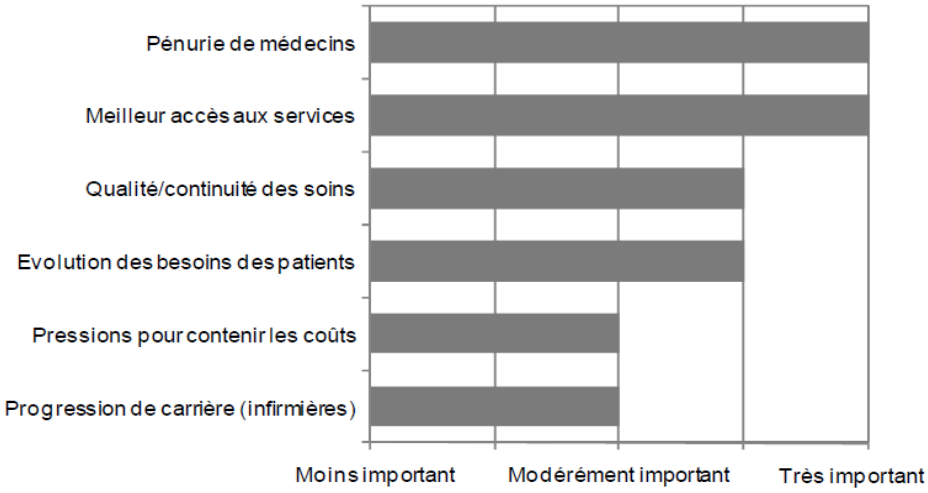
[17] American College of Physicians (2009), *Nurse practitioners in primary care, American College of Physicians Policy Monograph available on website of American College of Physicians*

On constate beaucoup de facteurs facilitants et favorisants dont notamment l'aspect économique très en faveur mais non financé à la hauteur espérée par rapport à l'initial. (Graphique 8). Le principal obstacle est la position des associations de médecins qui voient dans cette mise en place un manque d'encadrement par les médecins des pratiques avancées.[18]

3.2 L'Australie

Comme dans d'autres pays du monde, l'Australie doit faire face à une pénurie à long terme des professionnels de santé. Cela est particulièrement vrai dans les zones rurales et éloignées du pays. Une réforme de santé récente cherche à pallier les pénuries d'effectifs grâce à différentes stratégies, en particulier par la progression du rôle des infirmières et en augmentant leur nombre au niveau des pratiques avancées.

La catégorie des infirmières praticiennes est apparue en 2000, initialement dans les services d'urgence à l'hôpital. Le gouvernement augmente le recours aux infirmières praticiennes dans les soins primaires où les besoins sont croissants en raison de l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population, (Graphique 11).



Graphique 11 : Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Australie

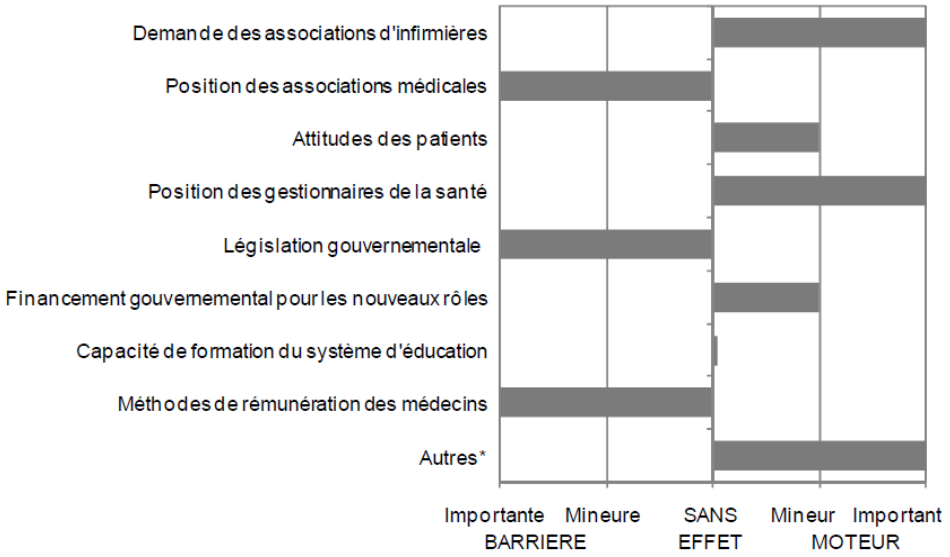
Les « Advanced Practice Nurses » travaillent à l'amélioration des soins et effectuent des tâches liées aux qualités de commandement, l'équivalent de cadre infirmier en France.

Les infirmières praticiennes sont davantage impliquées dans les soins cliniques directs des maladies chroniques telles que l'asthme, les pathologies cardiaques, les attaques cérébrales (suivi), le diabète, le cancer, le VIH, les hépatites et les maladies des reins mais elles sont

[18] American Academy of Nurse Practitioners, *Nurse practitioner facts* (2009) disponible sur www.aanp.org.

également primordiales pour la fourniture des soins primaires en zones rurales et éloignées. Les infirmières en régions rurales et isolées exercent souvent à un niveau avancé. La première étude nationale sur les infirmières praticiennes, réalisée en 2007, a montré que les infirmières praticiennes aux urgences à l'hôpital étaient les plus employées au niveau national (26.9% de toutes les infirmières praticiennes)[19].

Les infirmières praticiennes peuvent prescrire une vaste gamme de médicaments sans supervision de médecins depuis 1991 (incluant les antibiotiques, les antiviraux, les antidépresseurs), certains médicaments peuvent seulement être prescrits sous la supervision des médecins (tels que les anticoagulants ou les anticholestérols). La législation dans une juridiction a été amendée en 2006 pour permettre aux infirmières de prescrire des médicaments pouvant entraîner une dépendance[20] et même de puissants produits opiacés et morphiniques. Les infirmières praticiennes doivent suivre une formation complémentaire de 60-80 heures pour pouvoir prescrire des médicaments.



Graphique 12 : Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Australie.

On peut voir, comme dans beaucoup de pays, que les associations médicales s'opposent à ce développement. (Graphique 12). Depuis le 1er novembre 2010, les activités des infirmières praticiennes, travaillant en dehors du secteur hospitalier public, sont remboursées ainsi que leurs

[19] Gardner G., A. Chang, C. Duffield, "Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing", Journal of Advanced Nursing, 57 (4), 382-391. (2007)
[20] Australian Nursing and Midwifery Council, *National Competency Standards for the Nurse Practitioner*. (2006)

prescriptions de médicaments via le « Medical Benefits Schedule » et le « Pharmaceutical Benefits Scheme ».

La prescription par les infirmières est un enjeu qualitatif mais aussi économique. Une étude montre que le coût dans le cadre des pathologies chroniques diminue car le recours aux prescriptions régulières permet une prévention du recours au médecin dont les soins coûtent de manière globale plus cher. Il y a un lien qui montre que si la qualité de soin est meilleure et surtout plus régulière le coût de la prise en charge global diminue.[21]

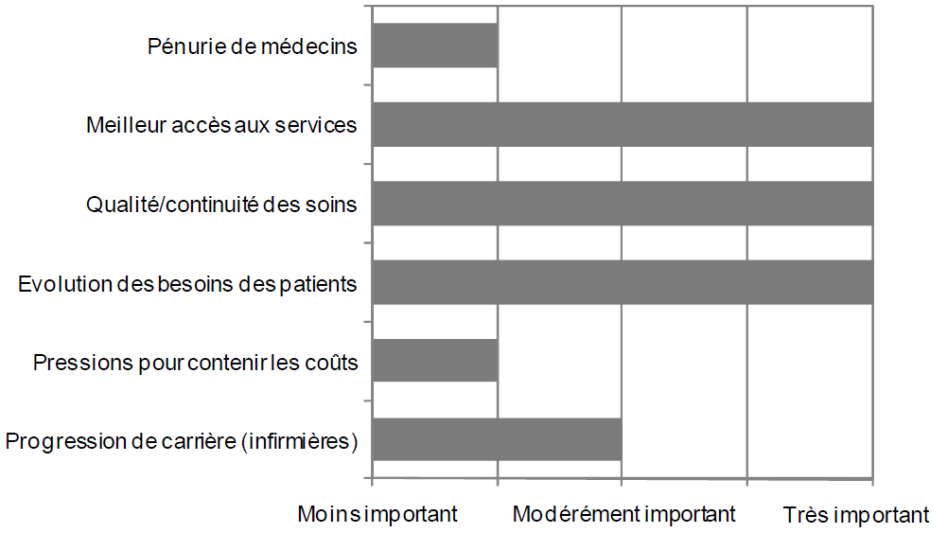
3.3 Le Royaume-Uni (Angleterre)

Le Royaume-Uni (Angleterre) possède une longue expérience d'infirmières en rôles avancés. Les infirmières praticiennes (souvent appelées à présent les « infirmières praticiennes avancées ») ont été introduites dans le « National Health Service » au début des années 1970, mais c'est dans la dernière décennie que leur nombre a proliféré. Au départ, les infirmières praticiennes avancées travaillaient pour la plupart dans les soins primaires, mais plus récemment, elles ont été affectées en soins aigus, initialement aux services d'urgences, puis dans les autres services hospitaliers.

Les infirmières au Royaume-Uni (Angleterre) ont acquis le droit de prescrire des médicaments au début des années 1990 puis des stupéfiants en 2009. De nos jours, toutes les infirmières (pas seulement celles qui travaillent en pratiques avancées) peuvent être formées en tant qu'infirmiers prescripteurs, à la condition qu'elles atteignent le niveau requis (diplôme de premier cycle universitaire), qu'elles aient au moins trois ans d'expérience et qu'elles aient complété le programme de formation spécifique qui comprend 26 jours de théorie et 12 jours de pratique.[22]

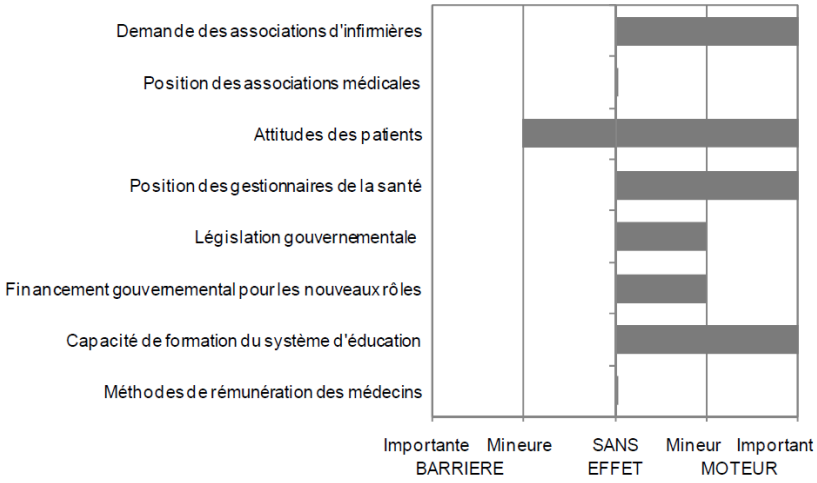
Trois raisons principales expliquent l'expansion des rôles avancés infirmiers au Royaume-Uni (Angleterre) : améliorer l'accès aux services, promouvoir la qualité et la continuité des soins, et répondre de manière plus efficace à l'évolution des besoins des patients. (Graphique 13).

[21] Martin-Misener R. et al., "Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedicfamily physician model of care: the Long and Brier Islands Study", Primary Health Care Research and Development, 10 (1): 14. (2009)
[22] Royal College of Nursing (United Kingdom), *Maxi nurses. Advanced and specialist nursing roles*, RCN, London. (2005)



Graphique 13 : Principales raisons de l'introduction de rôles avancés pour les infirmières en Angleterre

Un peu comme une exception aux autres modèles étrangers, la communauté médicale n'est pas un frein. Seule l'attitude des patients est volatile et peut être à la fois moteur majoritairement mais aussi de manière plus faible un frein. (Graphique 14).



Graphique 14 : Principaux facteurs entravant ou facilitant le développement des pratiques infirmières avancées en Angleterre.

Plusieurs évaluations au Royaume-Uni ont montré que les infirmières en pratique avancée fournissaient des services fiables et de niveau comparable à ceux fournis par les médecins. [23]

[23] Sibbald B., "Skill Mix in Primary Care - the UK experience", colloque "Politiques et organisations des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ? ", 21 octobre 2009, DREES, IRDES, PROSPERE, Paris

4. PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SOIN FRANÇAIS EN PRATIQUE AVANCÉE

Historiquement en France, nous pouvons prendre comme modèle préexistant celui des IBODE. Le début du concept apparait en 1948, puis il est retravaillé en 1968 et établi en 1992 dans la formation telle qu'elle existe aujourd'hui, à un décret près, en 2001.

Un deuxième modèle est celui des IADE, qui, en 1949, était commun au médecin et à l'infirmier puis, après création de la discipline médicale, évolue en 1960 en infirmières aides anesthésistes. Le reste du parcours est long pour accéder au diplôme d'IADE dans les années 80 à 90, avec de multiple addendum de conditions et d'évolution de pratiques.

Fort de ces deux exemples au sein même du territoire français pour la discipline infirmière, le gouvernement et le ministère de la Santé, plus précisément, mettent en place une proposition d'évolution pour le métier d'infirmier sous la forme à nouveau, de spécialité infirmier.

Les consultations et rapports ministériels ont été effectués. Les textes de lois ont été rédigés. À ce jour, nous sommes passés au stade des décrets puis certifications facultaires pour aboutir au début de la formation des infirmières en pratique avancée.

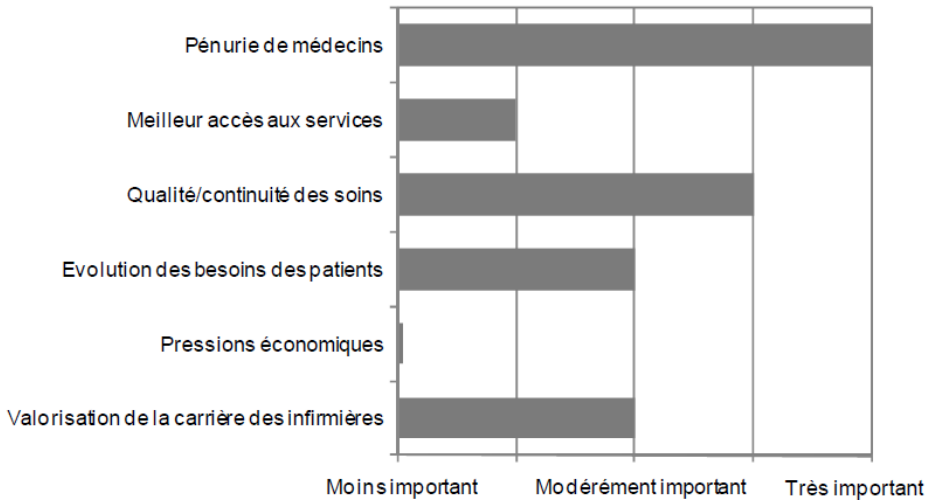
4.1 Projet de loi en France

Les besoins de santé de la population et l'aspiration des professionnels à étendre leurs champs d'intervention nécessitent de proposer, dans le contexte français, de nouvelles modalités de pratiques professionnelles.

En ce qui concerne les infirmiers, la fonction d'infirmier de pratique avancée est définie en France dans le rapport HAS de janvier 2007 « coopération entre professionnels, pratiques avancées, transfert et partage de compétences ».

Il s'agit d'une pratique globale, différente d'une pratique centrée sur la maîtrise d'un champ disciplinaire (logique de spécialisation) avec la nécessité de prises de décisions complexes qui renvoie le professionnel à un positionnement sur les champs de la décision médicale.
Cette nouvelle forme d'exercice reprend et complète l'article 51 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) 2009-879 du 21 juillet 2009[24] portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui prévoyait la mise en œuvre de protocoles de coopération.

[24] Légifrance JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.



Graphique 15 : Principales raisons du développement de nouveaux rôles avancés infirmiers en France

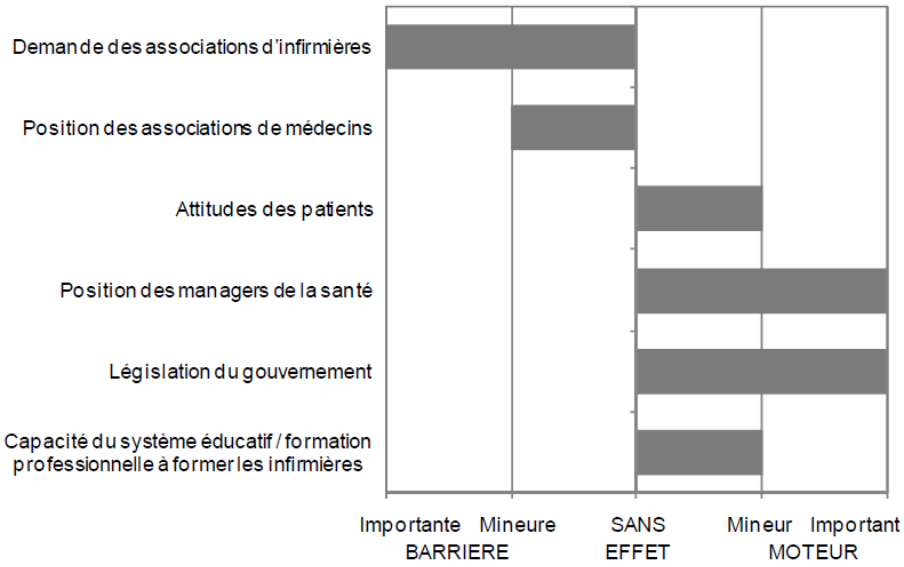
Le projet a été précisé en 2014 par la DGOS, à partir de la notion de profession réglementée, avec la possibilité d'un exercice du métier au-delà du champ de compétence défini réglementairement. Les finalités exprimées alors par la DGOS étaient : (Graphique 15)
-d'apporter une réponse aux tensions de démographie médicale et améliorer les problèmes d'accès aux soins,
-de contenir l'augmentation des coûts de santé,
-d'améliorer les perspectives de carrière des professions paramédicales,
-d'adapter la réponse à l'évolution de la demande de soins et promouvoir la qualité des soins.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France accompagne depuis janvier 2014 la préfiguration des fonctions d'infirmier de pratique avancée auprès d'acteurs de la santé et de la formation, afin d'apporter des pistes pour l'évolution des modèles professionnels.

Le projet de Préfiguration d'Infirmiers Cliniciens Spécialisés (PrefICS)[25] mis en œuvre en 2014, 2015 et 2016 a permis d'apporter des orientations concrètes pour faire évoluer le rôle des infirmiers et organiser la mise en œuvre de leurs fonctions au travers d'une approche pragmatique nourrie par les travaux des établissements de santé, par un dialogue concerté avec les universités, et le respect des prérogatives de chacune des parties prenantes.
Le projet PrefICS fournit des éléments susceptibles de contribuer aux discussions pour la généralisation des fonctions d'infirmiers de pratique avancée.

[25]ARS Ile de France Projet « Préfiguration d'Infirmiers Cliniciens Spécialisés » Rapport final.

À partir de 2016, les travaux de l'ARS Ile-de-France et les productions du projet PrefICS fournissent des données susceptibles de contribuer aux réflexions en cours au niveau national et à la généralisation de la pratique avancée (Graphique 16). Ils constituent un référentiel de missions et de compétences pour l'infirmier de pratique avancée adapté au contexte français. Ils mettent en lumière et illustrent les facteurs clés de succès pour son intégration réussie dans les organisations et dans les parcours de soins.



Graphique 16 : Principaux moteurs ou barrières permettant le développement de rôles avancés infirmiers en France.

C'est dans le chapitre II : Innover pour préparer les métiers de demain, à l'article 119 de la Loi N° 2016-41 du 26/01/2016 dite « Loi de modernisation de notre système de santé » que cette formation trouve sa source. Cet article est à l'origine de l'article L. 4301-1 du Code de la Santé Publique qui introduit l'exercice en pratique avancée par les auxiliaires médicaux au sein d'une équipe coordonnée par un médecin.

Cela a abouti à la rédaction d'un texte de loi qui a été inscrit au JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°18 et établit le Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée[26]. Il inscrit les prérogatives de ce nouvel exercice avec des modifications régulières en fonction des corrections faites à la demande des syndicats et des rapports d'expertise. Un agenda de modification de ces décrets est établi jusqu'en 2022, il est susceptible d'être modifié et renforcé en fonction des évolutions et des premières difficultés rencontrées. (Annexe 1).

[26] Légifrance JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 18 Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

4.2 Définitions et missions

Selon le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) [27] :

« L'infirmier en pratique avancée (IPA) dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat. Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin. »

L'IPA apporte son expertise et participe en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant 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.

L'IPA intervient dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par un médecin traitant et exerce dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suit des patients au regard de leurs pathologies dans le cadre d'un protocole d'organisation signé par les médecins ou autres infirmiers en pratique avancées.

L'IPA discutera du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il reviendra vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repèrera une dégradation de l'état de santé d'un patient.

Quatre domaines d'intervention sont définis :

- pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires
- oncologie et hémato-oncologie
- Psychiatrie et santé mentale
- maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

Liste des activités visées par le diplôme d'Etat d'IPA :

L'observation, le recueil et l'interprétation des données dans le cadre du suivi médical d'un patient dans son domaine d'intervention.

Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

[27] RNCP *Résumé descriptif de la certification Diplôme d'Etat Diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée reconnu au grade universitaire de master*. Code RNCP : 31191

La conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
La mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.
La contribution à des études et des travaux de recherche. Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

Liste des compétences évaluées :
Pouvoir évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé et l'organisation du parcours de soins et de santé du patient.
Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
Organiser les parcours de soin et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique.
Dans le domaine d'intervention " psychiatrie et santé mentale ", le protocole d'organisation est établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs infirmiers exerçant en pratique avancée.

4.3 Règle et encadrement de la formation

Cette formation s'inscrit dans le cursus Licence Master Doctorat LMD, les infirmiers en pratique avancée diplômés d'Etat (IPADE) auront le grade de Master. La procédure, le calendrier, la composition du jury d'admission sont fixés par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité à délivrer le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
Les candidats précisent la mention de la formation qu'ils souhaitent suivre.
Sauf pour les titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique qui ne peuvent accéder qu'à la mention psychiatrie et santé mentale. Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités à cet effet, conformément aux codes de l'éducation[28].

[28] Légifrance Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

Conformément à l'arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, ce programme s'adresse en priorité à des personnes diplômées dotées d'une solide expérience clinique.

Il pourra également accueillir, en formation initiale, de nouveaux professionnels à l'issue de leur diplôme d'Etat mais l'exercice en pratique avancée dans le domaine d'intervention choisi ne leur sera possible qu'après trois ans d'exercice professionnel.

Le parcours individuel d'un étudiant et les unités suivies dans chaque semestre d'étude doivent être validés au préalable par le Directeur d'Étude concerné. Dans la pratique, à l'occasion des changements de semestres, les Directeurs d'Étude et les équipes pédagogiques présentent aux étudiants les parcours-types et les conseillent dans le choix des unités d'enseignement compatibles ainsi que pour les projets, stages et mémoires.

Au début de chaque semestre, les étudiants doivent donc préciser leur choix d'unités (et éventuellement les changements de parcours) en fonction de l'évolution de leur projet personnel.

Ce choix est fixé sur un document écrit validé par le Directeur d'Étude concerné. Il s'agit donc d'un parcours individualisé entièrement centré autour de la mention de chaque étudiant du diplôme. La notion de progression est centrale. De plus, la valorisation des acquis de la carrière des infirmiers constitue une ambition première de ce Diplôme d'Etat mention IPA.

4.4 Programme de formation

Le programme qui suit est donné à titre d'exemple car chaque faculté a le loisir d'organiser sa formation tant que le contenu est respecté. Ainsi, seule la chronologie au sein de chaque année peut varier mais d'une année sur l'autre le contenu est stable.
Une première année de tronc commun suivie d'une deuxième année avec le choix de spécialisation. (Tableau 1).

Le parcours individuel d'un étudiant et les unités suivies dans chaque semestre d'étude doivent être validés au préalable par le Directeur d'Étude concerné. Ce choix est fixé sur un document écrit et validé par le Directeur d'Études concerné.

Le programme de formation a été conçu afin de développer leur expertise, mais également d'acquérir les compétences nouvelles nécessaires à un exercice futur de praticien en santé ayant la maîtrise de gestes, d'actes relevant du transfert de compétence médicale.

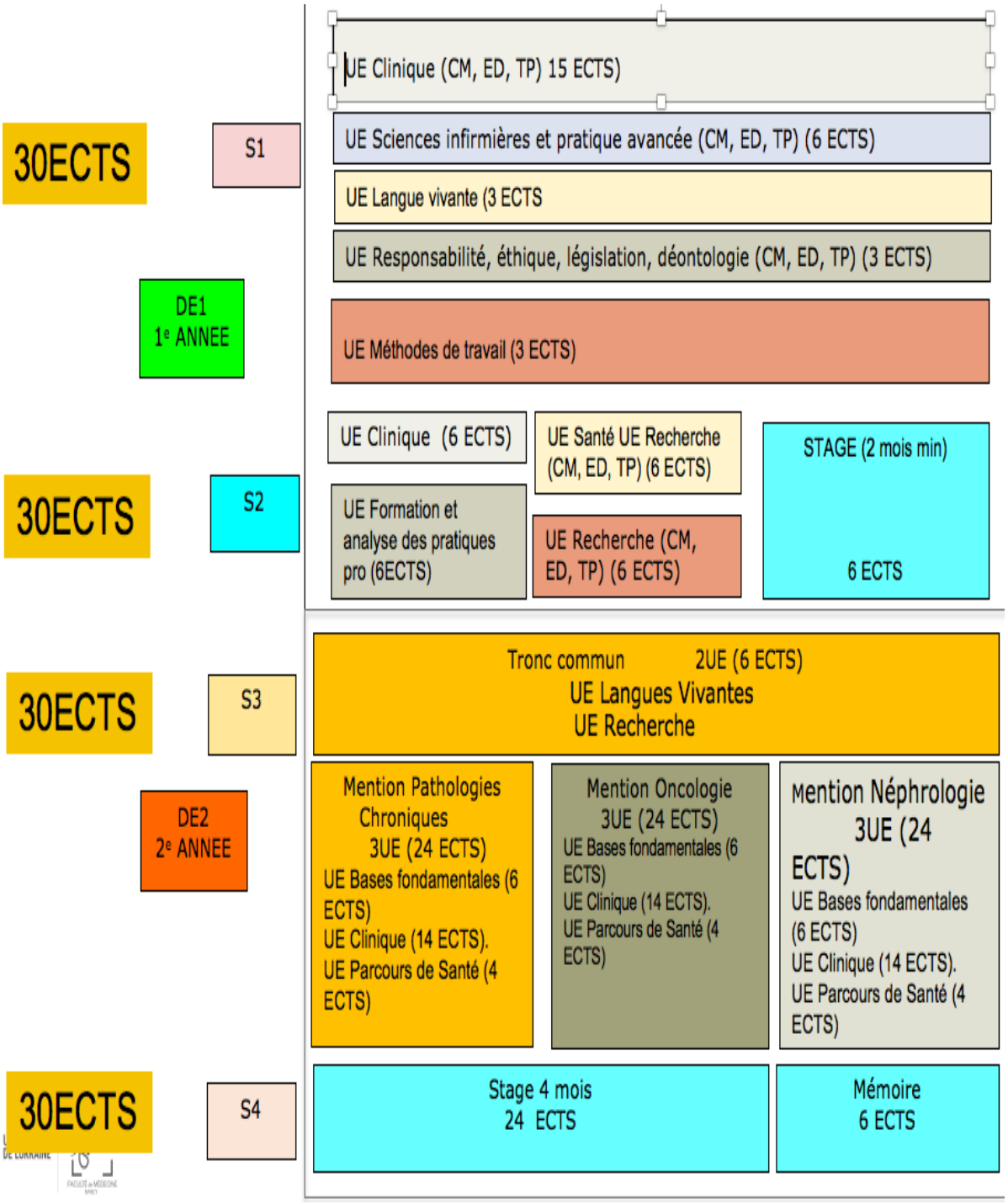


Tableau 1 : Exemple de programme de la formation de l'université de Lorraine

La formation est organisée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée confère le grade universitaire de master et précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-1 du code de la santé publique.

4.5 Pour la médecine générale

L'infirmier en pratique avancée peut intervenir « en présentiel ou à distance » à trois niveaux d'activité : l'orientation, l'éducation, la prévention et le dépistage ; la coordination des parcours « entre les soins de premier recours, les spécialistes de recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux » ; l'évaluation et les conclusions cliniques.

Il peut conduire un entretien avec le patient, réaliser une anamnèse de sa situation et procéder à un examen clinique.

En fonction des résultats obtenus, l'infirmier peut ensuite « réaliser des actes techniques nécessaires au suivi de la ou des pathologies et interpréter les résultats », « prescrire des examens complémentaires nécessaires au suivi du patient et interpréter les résultats », prescrire des dispositifs médicaux, des médicaments « non soumis à prescription médicale obligatoire » ou « renouveler ou adapter des prescriptions médicales en cours ».

Le projet de décret précise le rôle du médecin dans l'équipe de soins et surtout, son rapport à l'infirmier en pratique avancée. C'est le médecin qui détermine « pour chaque domaine d'intervention, les patients auxquels sera proposé, avec leur accord, un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée », qui doit en retour informer le praticien s'il repère une dégradation de l'état de santé du patient ou « une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences ».

Il peut « renouveler ou adapter » les prescriptions de produits de santé et d'actes infirmiers et « prescrire et interpréter » une quarantaine d'examens de biologie médicale dans huit domaines : hématologie, hémostase et coagulation, microbiologie, hormonologie, enzymologie, protéines, biochimie et urines (Annexe 2).

Il peut enfin pratiquer seize actes techniques. Beaucoup font déjà partis du champ de compétences des infirmiers (prélèvements de sang, recueil des urines, etc.). Le point d'achoppement réside plus dans le fait que ces actes techniques peuvent être faits « sans prescription médicale », indique le projet de décret. Loin d'être anodine, cette précision apporte aux infirmiers une plus grande autonomie dans leur travail et redéfinit la nature du duo professionnel médecin-infirmier.

4.5.1 En interne, IPA salarié

L'infirmier en pratique avancée peut devenir l'assistant médical du médecin et sera salarié de celui-ci. Les assistants médicaux et/ou administratif peuvent être de plusieurs type et plusieurs niveaux de formation dont la nouvelle spécialité d'IPA qui sera médical et administratif.

Pour tenter d'atteindre l'objectif de 4 000 assistants médicaux en poste d'ici 2022, fixé par Emmanuel Macron, la CNAM s'apprête à lancer une campagne d'accompagnement des libéraux. Celle-ci ciblera en priorité les praticiens exerçant dans les zones en manque de médecins traitants, ceux déjà inscrits dans un exercice coordonné ou encore ceux respectant le plus de critères d'éligibilité. L'Assurance Maladie prévoit également de présenter systématiquement le dispositif aux nouveaux installés, lors du rendez-vous d'installation CPAM.

Le sujet de la rémunération a été établi par l'arrêté à l'avenant n°7[29] et détermine les règles et la participation à l'embauche dans la convention collective du personnel des cabinets médicaux et propose une nouvelle grille de rémunération afin d'intégrer les nouveaux métiers tels que celui d'assistant médical, infirmier en pratique avancée (IPA) ou encore coordinateur de projet.

À partir de septembre 2019, les médecins généralistes et autres médecins libéraux exerçant en groupe et à tarifs opposables pourront donc recruter un assistant médical, avec une aide financière de l'Assurance Maladie versée dans le cadre du forfait structure. Les praticiens pourront assigner à ces assistants médicaux des tâches administratives (accueil, création du dossier informatique…), en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation (habillage, déshabillage, prise de constantes…) et la coordination avec les autres acteurs de sa prise en charge. Toutefois, ces missions devront lui être propres et « se distinguer de celles relevant des autres catégories de métiers », précise l'Assurance Maladie.

Une grille tarifaire de la rémunération est proposée à cette effet. Pour une IPA, le référentiel est le même que celui des autres infirmiers, c'est-à-dire entre le niveau 8 (1 854 euros brut) et 13 (2 429 euros brut) mais avec possibilité de débuter directement en niveau 13.

La CNAM établit à travers des statistiques prospectives un gain de temps et donc une augmentation de consultation. (Tableau 2). Elle encourage aussi en conséquence à agrandir la patientèle et en a fait un des objectifs qui peuvent conditionner l'obtention d'un assistant médical de type IPA ou autres.

[29] Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant no 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2019

Gains de productivité attendus

	1/3 ETP	½ ETP	1 ETP
Patientèle MT entre 640 et 872 patients et file active entre 1 223 et 1 521 patients	20%	25%	35%
Patientèle MT entre 872 et 1 107 patients et file active entre 1 521 et 1 854 patients	15%	20%	30%
Patientèle MT entre 1 107 et 1 502 patients et file active entre 1 854 et 2 476 patients	7,5%	12,5%	20%
Patientèle MT entre 1 502 et 1 721 patients et file active entre 2 476 et 2 944 patients	4% + aide fixée à 8 350 € à partir de la 3e année	6% + aide fixée à 12 500 € à partir de la 3e année	12,5% + aide fixée à 25 000 € à partir de la 3e année
Patientèle MT et/ou file active supérieures à 1 721 patients et 2 944 patients	Maintien et aide non dégressive (12 000 €)	Maintien et aide non dégressive (18 000 €)	5% et aide non dégressive (36 000 €)

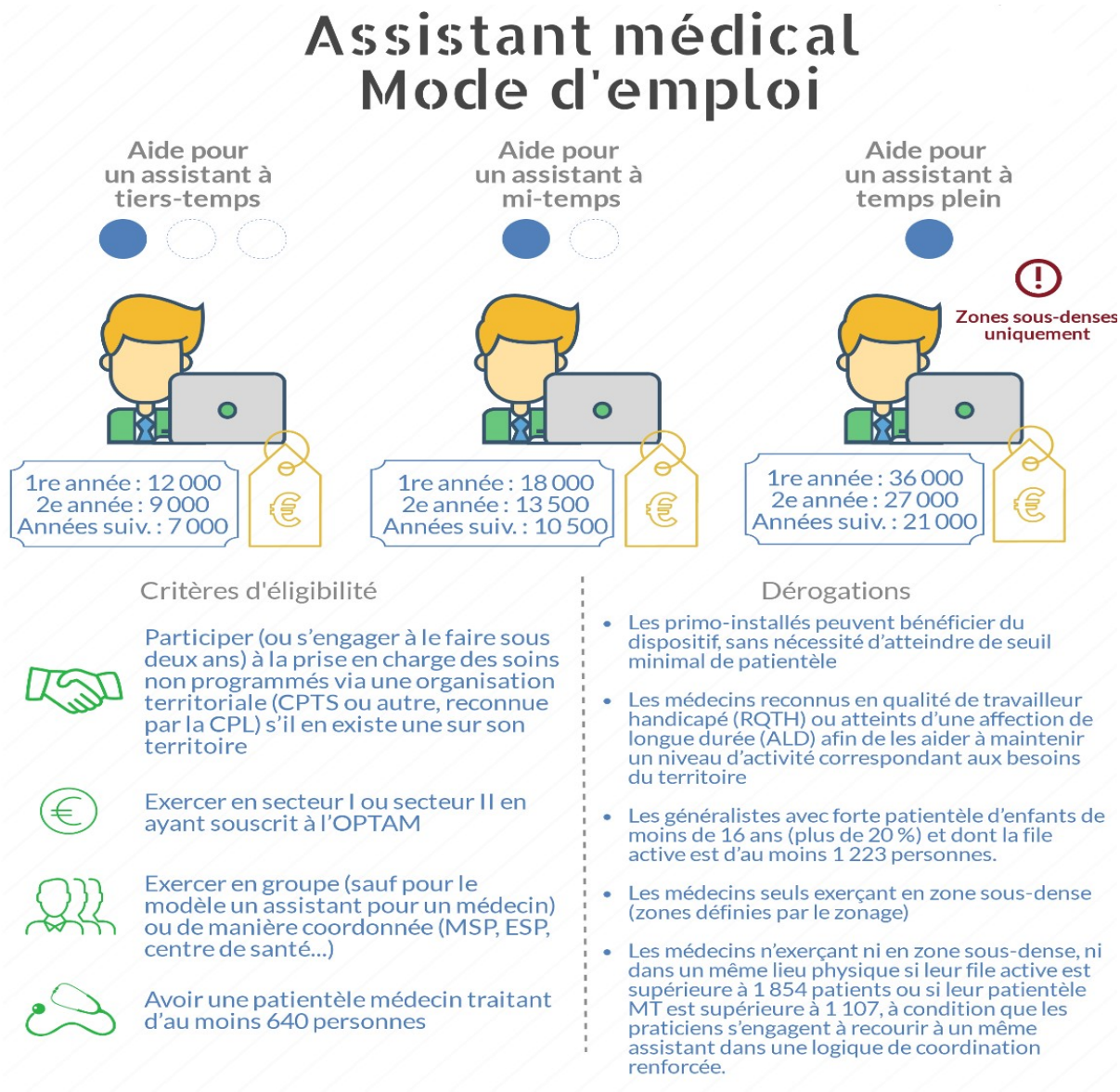
Source : Cnam/tailles de patientèle pour 2019

Tableau 2 : Gain de productivité attendus, Source Cnam/tailles de patientèle pour 2019

En échange, les médecins devront voir plus de patients dans l'année et agrandir leur patientèle médecin traitant (sauf ceux aux patientèles les plus importantes, qui devront maintenir leur activité). Les gains attendus dépendront du niveau d'activité avant la signature du contrat (voir infographie 1).

Le montant de l'aide à répartir entre les médecins employeurs sera de 36 000 euros la première année, 27 000 euros la deuxième et 21 000 euros la troisième. À compter de la troisième année, l'aide sera maintenue si les objectifs sont respectés.
En revanche, elle pourra être minorée, voire supprimée dans le cas contraire. Ainsi, par exemple, un médecin exerçant en groupe qui bénéficierait d'une aide pour un assistant à tiers temps pourrait prétendre à 12 000 euros la première année (libre à lui de financer du temps de travail supplémentaire) (voir infographie 1).

Néanmoins l'objectif à terme est que ceux-ci réussissent à faire gagner assez de temps aux médecins pour que le surcroît d'activité qu'ils génèrent permette de les payer sans subvention.



Infographie1 : rémunération et critères d'éligibilité. Source Le généraliste.fr

Pour tenter de convaincre les médecins, la CNAM met à disposition des praticiens une application sur smartphone, intitulée « Ameli-memo ». Accessible sur Google Play store et Apple store, elle permet de simuler leur éligibilité, ainsi que le montant de l'aide qu'ils pourraient percevoir en cas d'embauche d'un assistant médical.

4.5.2 En externe, IPA libéral (IPAL)

L'IPAL a vocation à exercer dans tous les secteurs, tant en établissements de santé ou médico-sociaux qu'en ville au sein d'une équipe de soins primaires ou auprès d'un spécialiste mais ne sera pas sous la tutelle d'un médecin. Néanmoins, il devra obligatoirement travailler avec lui. En effet, c'est le médecin de l'équipe qui lui confiera le suivi de ses patients.

Des temps d'échange sur les dossiers des patients confiés ainsi qu'un protocole instaurant les modalités de travail entre l'IPAL et le médecin devront être mis en place.

L'accord du patient est requis pour un suivi par un IPAL. Le patient est acteur de sa prise en charge. Le médecin, avant de confier son suivi à l'IPA, devra lui remettre un document d'information expliquant ce nouveau mode de prise en charge. Ce dernier pourra refuser cette prise en charge et continuera alors à être suivi par le médecin. S'il accepte, il pourra également à tout moment, retourner vers son médecin.

Les négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les syndicats d'infirmiers libéraux sur les conditions d'intervention des Infirmiers de Pratique Avancée en Libéral (IPAL) devraient prochainement aboutir.

Entre autres choses, les syndicats négocient pour que soit rendu possible un exercice libéral exclusif du métier d'IPAL, l'exercice mixte IPAL/IDEL paraissant difficile à concilier. Sur ce dernier point tous ne sont pas d'accord.

À ce jour, cela est encore en négociation pour validation de l'avenant n°7. En effet, plusieurs de ses propositions vont être adoptées par l'Assurance Maladie dont notamment une aide à l'installation pour les futurs IPAL qui seraient remises sous certaines conditions. Plus précisément, cette aide s'élèverait à 27 000 euros au total et s'étalerait sur deux ans. Celle-ci se déclenchera dès lors qu'un IPAL décidera de s'installer en exercice de pratique avancée exclusif avec un objectif de 50 patients suivis à l'issue de la première année et de 150 à l'issue de la deuxième année. En revanche, elle ne sera plus versée dès lors que l'IPAL assure le suivi d'au moins 300 patients.

La rémunération est toujours en discussion avec les syndicats. Elle prévoit, un forfait spécifique allant de 156,90€ à 172,50€ par patient pour quatre séances d'une heure de suivi par an. Alors que la CPAM n'avait proposé que 100€ au début des négociations. De plus, un forfait structure d'un montant de 890€ inclura une aide à la modernisation du cabinet de 490€ par an et un autre forfait à hauteur de 400€ pour la prise en charge de coordonnées des patients. Par ailleurs, ce forfait structure sera majoré de 720€ pour les professionnels qui s'installeront en zone de sous-densité médicale et une discussion reste en cours concernant les actes transversaux de l'IPAL.

Le risque de la rémunération trop faible selon les syndicats pourrait favoriser le choix d'un salariat en lieu et place d'un choix libéral.

5 MATERIEL ET METHODE

5.1 Type d'étude

Cette présente étude est une recherche qualitative. Ce type d'étude est le plus adéquat pour collecter et analyser des données descriptives, comme les points de vue, les ressentis et le vécu des individus.

5.2 Population étudiée

5.2.1 Critères d'inclusion

Était inclus dans cette étude tout médecin généraliste en activité, pratiquant en cabinet libéral, quel que soit son type d'association (seul, en collaboration ou en groupe) et de zone géographique variée. Les médecins étaient d'âges différents dont certains proches de la retraite ou en retraite active.

5.2.2 Recrutement

Les médecins ont tous été contactés par téléphone ou approchés en direct. Dans un premier temps, ont été contactés les médecins de connaissance, tant personnelle que les médecins rencontrés au cours de remplacements.

5.2.3 Caractéristiques de l'échantillon

Certaines caractéristiques ont été relevées auprès des médecins, avant de commencer l'entretien : âge, sexe, formations complémentaires, lieu d'exercice (urbain, rural), maître de stage ou non, exercice seul ou en groupe.

Il s'agit ici d'un échantillonnage raisonné, où le chercheur a tenté de constituer un échantillon qui lui semblait équilibré et propice à obtenir tous les points de vue représentatifs concernant sa problématique. Il a de ce fait procédé à un échantillonnage théorique.

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions et des comportements étaient recherchées.

Une bibliographie sur les données préexistantes a permis une identification préalable des variables susceptibles d'influencer les résultats. Chaque variable a ensuite été discréditée en sous-classes.

Les deux genres devaient être représentés : hommes et femmes. Les deux sous-groupes d'âges, une limite médiane de 45 ans fixée. La parité d'exercice entre rural et urbain.

5.3 Entretiens

5.3.1 Préparation

Guide d'entretien : Bien que la volonté première fût de recueillir les informations en laissant un maximum de liberté aux médecins interviewés, il a été nécessaire de produire un guide d'entretien pour structurer les entrevues.

Blanchet, dans son ouvrage *L'entretien*[30] parle du guide d'entretien ainsi : « Ce guide a pour but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche. »

Deux entretiens test ont été réalisés, pour s'assurer de la fluidité des questions/réponses et aussi pour écarter toute influence potentiellement présente dans la formulation des questions.

Techniques d'entretien : La lecture préalable de « L'entretien » de Blanchet a permis une meilleure appréhension des interviews. Notamment au sujet des relances qui ont été utilisées à maintes reprises, et notamment les réitérations.

L'auteur déclare à ce propos : « Ces interventions qui consistent à répéter un contenu déjà exprimé par l'interviewer manifeste à la fois une confirmation d'écoute et une demande d'explicitation. L'intervention relance vigoureusement le discours informatif (discours d'opinion). »

5.3.2 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre août et septembre 2019. Lors de la prise de rendez-vous, il était annoncé une durée minimum de 30 minutes pour que le médecin puisse s'organiser. Tous les entretiens ont été enregistrés sur smartphone et pc en simultané. Il était rappelé au début de chaque entretien la nature de l'étude ainsi que le caractère confidentiel des données recueillies.

Ils ont été réalisés au cabinet ou au domicile des médecins dans un souci d'aisance et de confidentialité pour l'interviewé.

L'interview moyen a une durée de 26 minutes et a été fait en deux parties. En milieu d'interview, une fiche de lecture était remise au médecin interviewé.

[30] *L'entretien - L'enquête et ses Méthodes* - Alain Blanchet Anne Gotman 2ème éd 2015

Ensuite l'interview reprend pour obtenir l'opinion et la perspective du médecin avec les données actualisées. Au cours de cette lecture, les annexes nécessaires et éléments complémentaires d'information ont été mis à disposition.

5.3.3 Retranscriptions et entretiens

Les interviews ont été retranscrites mot à mot sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word, après transfert des fichiers audio sur ordinateur. L'utilisation d'un logiciel de contrôle audio a permis une amélioration de la qualité de retranscription.

Les erreurs de syntaxes n'ont pas été corrigées pour conserver le caractère spontané et authentique des entretiens. Les attitudes des médecins ont été retranscrites quand elles étaient nécessaires à la bonne compréhension des propos qui les accompagnaient.
Les indications concernant les personnes citées et la ville d'exercice ont été rendues anonymes.

5.3.4 Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens final s'élève à dix. Ce nombre a été estimé en cours d'étude, une fois que la saturation théorique (absence d'émergence de nouvelles idées) a été atteinte. La saturation effective a été atteinte au sixième entretien malgré la diversification de l'échantillon.

5.4 Analyse

L'analyse des entretiens s'est surtout basée sur la capacité d'analyse et d'interprétation du chercheur, avec une volonté de garder toute idée personnellement préconçue à distance.
Il n'a pas été utilisé de logiciel d'aide à l'analyse pour sa réalisation, chaque citation étant reprise directement à partir des fichiers du verbatim.
La méthode d'analyse était de type codage axial, dégageant les grandes idées au cours de leurs apparitions dans les entretiens.

Les éléments du codage ont été listés et comparés afin de faire apparaitre les émergences se rapportant au plus grand nombre. Enfin, il n'y a pas eu pour cette étude de double encodage seul l'enquêteur a jugé des émergences retrouvées.

6 RESULTATS

6.1 Caractéristiques descriptives

L'échantillon de médecins interviewés a été équilibré en priorité sur les zones d'exercice, sur la tranche d'âge et le niveau d'expérience.

Âge : 50% moins de 45 ans et 50% plus de 45 ans (dont un retraité actif et trois médecins à moins de cinq ans de la retraite théorique). Il y a une parité stricte sur la zone d'exercice rural/urbain 50/50%.

On retrouve huit femmes pour deux hommes.

L'exercice médical varie de 5 ans à 38 ans et tous les médecins exercent à temps plein avec une moyenne de 45 heures par semaine, ils ont leur propre bureau de consultation, sont informatisés et communiquent avec le secrétariat sur place ou à distance. Une moyenne de quatre patients de l'heure pour les médecins interviewés a été constatée.

Seuls trois médecins ont un bureau disponible au sein de leur cabinet, les autres évoquent un partage de bureaux dynamique, si la nécessité d'une collaboration se présente.

Tous les médecins ont cité un pays étranger à savoir la Suisse, le Royaume-Uni, le Canada, les Etats-Unis, les Pays-Bas et l'Allemagne mais ne connaissent pas le rôle exact des IPA au sein du pays.

Aucun médecin ne connait un schéma d'infirmier similaire en France.

6.2 Gestion du cabinet et évolution de la pratique

Tous les médecins ont une expérience de délégation partielle ou complète de secrétariat. Le niveau de secrétariat sur l'ensemble des médecins équivaut à : « La secrétaire répond au téléphone et elle fait du classement de dossier, du scan de courriers. » Med 1.

Cela va de la secrétaire à temps plein sur place, au secrétariat déporté jusqu'à la plateforme de réservation en ligne dans le but de libérer du temps de secrétariat pour augmenter sa part administrative « Son boulot principalement, c'est la prise d'appels et l'administratif, bien que nous ayons essayé de les diminuer en souscrivant à une plateforme en ligne » Med 6.

Tous les médecins jugent une charge administrative trop forte avec des pourcentages allant de 20 à 30% du temps de travail « On a 30 % administratif, gestion papier, biologies, courriers, appels téléphoniques » Med 8. Avec parfois ce temps effectué en dehors des heures de cabinet « j'ai minimum deux heures de travail administratif tous les soirs, j'essaie de préserver mes weekends mais en général j'ai deux heures par weekend quand même. » Med 3.

Les médecins déplorent l'augmentation significative en quelques décennies de la part administrative « je pense que l'administratif va s'aggraver, augmenter, c'est ce qu'on a constaté dans le temps » Med 1, jusqu'à entrainer la nécessité de prendre un secrétariat « […] j'ai bien vu que l'administratif augmentait inexorablement et ça fait dix ans seulement que j'ai un secrétariat. » Med 1, et une volonté de passer sous les 10% en moyenne de travail administratif afin d'augmenter la part de consultation au maximum.

La grande majorité ne prend plus de nouveau patient même les jeunes médecins de moins de trois ans d'installation mais aucun ne refuse les urgences du jour «je ne refuse jamais les urgences, même si elles ne sont pas de ma patientèle. » Med 3.

Les médecins ont tous conscience que la demande de la patientèle est croissante. La pénurie de médecin se ressent même en zone urbaine « à cause de la pénurie des médecins dans les villages […] nous ne pouvons pas donner notre aide à tous ces patients qui ont perdu leur médecin. Quatre ont pris leur retraite récemment, alors ! » Med 2, elle est due à des départs en retraite.

Face à l'augmentation de patientèle tous les médecins interrogés évoquent l'idée de prendre un autre médecin associé « nous sommes à la recherche d'un quatrième médecin, probablement en collaboration afin de pallier à la surcharge des demandes » Med 6 « j'ai un projet de nouvelle association » Med 1, mais pas un assistant.

6.3 Représentation et connaissance de l'IPA et son rôle

La plupart des médecins ont entendu parler de l'IPA « j'en ai entendu parler » Med 6 « oui, un peu » Med 7 « oui, un peu, les grandes lignes » Med 9.

Les sources d'information identifiées sont « beaucoup les médias, les syndicats médicaux, télé, journaux, le Quotidien du Médecin » Med 4, « les autres médecins pendant les réunions » Med 2.

Pour la majorité des médecins la connaissance de l'IPA est « pas grand-chose ! C'est abstrait » Med 9 et ils se représentent l'IPA soit comme un assistant « pour dégager du temps et nous on arriverait juste pour l'examen, le diagnostic » Med 8, « Les choses simples, il faut les laisser faire par l'IPA et il faut bien limiter ce qui peut être fait » Med 2 ou indépendant « seraient des infirmiers qui intégreraient des cabinets de groupe médicaux » Med 1.

Avant la lecture intermédiaire, aucun médecin ne fait la nuance entre l'infirmier en pratique avancée, l'assistant médical ou libéral.

6.4 Opinion, perspective d'un infirmier en pratique avancée en assistant médical

Le médecin s'inquiète de l'acceptation des patients « le risque étant par rapport aux patients de se sentir entre guillemets rejetés, "je n'ai que l'IPA, je ne vois plus le docteur [...] il est gentil mais je ne le vois plus" » Med 5, avec une particularité rurale « d'un point de vue humain, en zone rurale comme nous le sommes, on reste sur des profils de patients très attachés à leur médecin. » Med 6.

Même si tous les médecins ne sont pas d'accord sur le niveau d'assistance que peut fournir l'IPA, un consensus prédomine sur la délégation de tâches mineures « font les prises de constantes », mais ne doit pas être « le renouvellement d'ordonnance, c'est le médecin » Med 4 « Mais ce qui est médical doit rester médical. » Med 3, avec une idée positive « c'est sûr que ça dégage du temps au médecin généraliste » Med 8.

L'augmentation du nombre de consultation est mitigée la majorité des médecins interviewés pense que cette augmentation sera faible « j'ai eu une infirmière comme ça aux Pays-Bas et ça n'a pas fait augmenter mes consultations » Med 2 « non, peut être deux de plus dans la journée mais c'est tout, à l'heure, ce serait insignifiant » Med 3.

Si l'assistant IPA fait les parties prises de constantes et administratives « les prises de constantes nous soulagerons » Med 9, il y a un risque de lourdeur de consultation résultant de l'éviction de tous ces moments calmes et simples.

Le rythme qu'implique la collaboration avec l'IPA pose la question du rapport entre quantitatif et qualitatif des consultations « voir le plus de patients possibles ? Ou voir le mieux possible ? » Med 4 « Je ne suis pas sûre que le but soit qualitatif, mais quantitatif » « Le toujours plus de rapidité, de consultations, et au détriment de la qualité. » Med 6.

Il faudra une adaptation de l'IPA au praticien ainsi qu'une formation de l'IPA « Qu'on mette aussi des règles strictes et sur un temps assez court pour former quelqu'un à sa pratique et permettre une bonne collaboration, parce que c'est une collaboration finalement » Med 4.

Certains évoquent la perte de communication privilégiée médecin/patient qui « restreindrait le dialogue singulier qui s'établit dans ces courts moments et pourrait nous faire passer à côté de problématiques » Med 10, un mauvais diagnostic voire une erreur médicale.

« Mais surtout, ça engage la responsabilité du médecin ! » Med 9 sur les actes de l'IPA c'est une inquiétude générale « que ce soit vu par deux personnes, ça peut créer des doublons ou des oublis. Une consultation à deux têtes peut poser des problèmes » Med 6 « Certains savent faire confiance, d'autres ont très peur d'être confrontés à une erreur » Med 9.

Cette collaboration risque de créer « un système d'entreprise et de rentabilité, je n'ai absolument pas envie de ça en tant que médecin généraliste pour mon cabinet libéral » Med 7.

Le salariat est une réticence unanime « pas reçu la formation pour gérer un cabinet comme une entreprise […] Cette version salariée, non, ça ne me convient pas » Med 7 « c'est pour le confort mais c'est beaucoup de paperasse et un frein ce salariat » Med 10.

6.5 Eligibilité, rémunération et objectif d'aide

La moitié des médecins interviewés était éligible à l'aide pour l'embauche d'un assistant médical. Souvent les critères d'éligibilité n'étaient pas compris et ont dû être revus et étudiés pour les comprendre. Pour les critères « Ça me parait élitiste » Med 6 « Non, non, pour moi la barre est trop haute » Med 3.

Cette partie a suscité de vives réactions et l'émotion générale a été la colère « Tous ces calculs n'ont pas de sens dans nos pratiques. » Med 7.

L'aide la première année convient mais la décroissance est ressentie comme « Ça fait un peu offre de bienvenue. » Med 6 et inspire une méfiance « pourquoi la première année on toucherait plus et les autres années moins [...] c'est malsain comme façon de faire. » Med 4.

Les objectifs de patientèle qui permettent de conserver une aide de la CNAM au-delà de la troisième année entrainent un ressenti « il y a un aspect punitif qui ne me plait pas du tout là. » Med 4 et cette certitude « Qu'on ne pourra pas tenir les objectifs » Med 8 « *rires et suffocation*, je les trouve un peu élevés !! Il y a peut-être des zones où c'est faisable » Med 5.

La notion d'augmentation de patientèle même avec une IPA en assistant médical parait difficile et pas adaptée à la majorité des cabinets en France « augmenter beaucoup sa patientèle [...], je ne sais pas si ce sera possible pour tout le monde » Med 6.

Certains évoquent le risque, au terme des trois ans avec la dégressivité de l'aide que cela devienne un poids financier avec un risque de licenciement « je ne sais pas si ça ne va pas entrainer derrière la nécessité de faire des licenciements si ça ne se passe pas bien » Med 6 « impossible pour moi, je ne les tiendrai pas » Med 8.

Il faut anticiper le coût supplémentaire de l'IPA en assistant médical « aménager complètement le bureau supplémentaire, l'équiper totalement, frais en plus, nouvel abonnement au logiciel » Med 7.

6.6 Impact sur le médecin généraliste

La patientèle une fois augmentée présente un risque de par son volume. Si l'IPA assistant médical est malade ou démissionne, le médecin reste avec une patientèle d'un volume non adapté « Mais la patientèle qui aura augmenté sera toujours là, elle. […] On sait faire une augmentation de patientèle mais pas une réduction de patientèle. » Med 9.

Tous les médecins interviewés s'accordent à dire que l'IPA en assistant médical risque de « soulager le médecin d'un certain stress et on en crée un autre. » Med 4 « je ne suis pas sûre de tenir sur le long terme » Med 10.

De plus, le rythme et la responsabilité à long terme évoquent souvent le risque de dépression « Je ne vais pas pouvoir surveiller et travailler plus, ça c'est sûr. Je risque la dépression » Med 1. Certains évoquent « Le médecin peut arriver au burn out » Med 9 « j'ai déjà connu quelques suicides de confrères au cours de ma carrière pour ce genre de motif burn out et surmenage » Med 5.

6.7 Ouverture et opinion sur l'infirmier en pratique avancée libéral

Seuls deux médecins envisagent la possibilité « Ça me parait déjà plus compatible avec ma pratique de fin de carrière. » Med 5 mais n'adhèrent pas avec la mise en place proposée.

La formation « ça équivaut à un externe de cinquième année au mieux » Med 9 ne met pas en confiance les médecins « Ça équivaut à un niveau d'externat type quatrième année maximum donc le reste de formation, c'est aussi nous en réunion » Med 7.

Le niveau médical d'un externe de quatrième ou cinquième année n'est pas suffisant pour une autonomie telle que celle dévolue à l'IPAL selon les médecins.

Encore une responsabilité « on confie le patient et en même temps on est responsable » Med 8, avec une absence de rémunération du temps de travail « Par contre ça rajoute du travail et non rémunéré, déjà que les journées sont longues » Med 2.

Refus de confier/donner des patients « En tant que jeune médecin, je ne peux pas juste donner mes patients, gratuitement en plus » Med 8 et « Si j'ai bien compris, il travaille sans moi mais je lui donne mes patients. *Énervement*. » Med 2.

« On partage notre intimité de gestion, d'examen, de commentaire avec un non médecin » Med 8.

Doute sur l'acceptation de la part de la patientèle « pas sûre que le patient accepte qu'on l'envoie voir l'infirmier au lieu du médecin. » Med 7.

Complications des retours une fois que le patient est déséquilibré « je redis que ça risque de déséquilibrer les consultations si je lui donne les chroniques » Med 10 « Nous devrons assumer un souci de diagnostic ou de geste erroné étant le médecin référent qui a confié le patient. » Med 8.

Très peu des médecins présentent des locaux adaptés et même dans ce cas « On a un bureau de libre mais entre une infirmière et un médecin je préfère un médecin » Med 7.

7 DISCUSSION

7.1 Exposition du résultat principal de l'étude

7.1.1 Gestion et évolution des pratiques

Il est évident que l'évolution de la pratique médicale est marquée par la montée en puissance de la part administrative au sein de nos cabinets et de nos pratiques. Cette évolution a contribué et favorisé un début de délégation de tâches aux secrétaires mais aussi plus récemment à d'autres formes telles que le secrétariat déporté ou les plateformes de réservations en ligne. Et ces derniers connaissent une progression exponentielle.

Cette partie permet d'exposer l'évolution du médecin généraliste à la délégation des tâches afin de reprendre du temps médical pour les consultations et le suivi de patientèle.

La demande croissante de patientèle fait aussi évoluer la nécessité de déléguer et de s'agrandir afin d'y répondre. Tous cherchent un autre médecin pour s'associer ou s'agrandir avec les enjeux de locaux qui en découlent. Quand l'expansion de locaux n'est pas possible le terme de gestion dynamique de bureau apparait.

Il est évident que cette recherche systématique de collaborateur est très difficile, du fait du même déficit qui a incité le gouvernement à créer de nouveaux métiers. Une question se pose : les médecins ne trouvant pas de médecins supplémentaires pour leur cabinet se tourneront-ils vers les solutions d'assistants médicaux ou d'IPAL ?

7.1.2 Connaissance et représentation du projet d'IPA

La communication auprès des médecins est effective notamment par le *Quotidien du médecin* et les médias. L'information se base sur un effet d'annonce et le contenu reste partiel. Il en résulte que les médecins ont connaissance du sujet mais sont limités à un savoir lacunaire ou erroné.

De ce fait, on constate qu'aucun médecin ne connait la différence entre un infirmier en pratique avancée libéral et un assistant médical.

De plus, la fonction de celui-ci reste complètement floue. Ce flou peut être justifié par les informations divergentes des médias et la fluctuation du cadre d'application des fonctions des IPA encore à ce jour, alors même que la formation de ceux-ci est en cours et que l'on rentre dans la deuxième année de la première promotion.

Un travail de communication amélioré semble nécessaire dans les années à venir par le ministère de la Santé pour rétablir une conception juste de l'IPA selon ses fonctions ou ses attributions.

7.1.3 Acceptation de l'IPA et perspective

L'acceptation de l'IPA est souvent partielle. Un peu comme une formule, tout ne convient pas. Si les médecins sont prêts à accepter de l'aide, c'est en fonction de leur besoin et de leur idée de la collaboration. Leur conception est que l'IPA assistant médical peut faire des actes qualifiés de "simples", type constantes et administratif afin d'obtenir un gain de temps au sein de la consultation. Or l'intérêt de prendre un assistant médical du niveau d'un IPA, est de dépasser ce stade pour augmenter le niveau de délégation. C'est à partir de ce moment que le médecin objecte et montre une résistance. Il y a quelque chose de sacré dans la prescription et le renouvellement d'ordonnance. Pourtant, il est établi que les fonctions de l'IPA permettent la prescription et le renouvellement voire la modification de traitement.

Il y a une dichotomie entre le niveau de formation des IPA qui équivaut au mieux à un externe de quatre ou cinquième année de médecine et le droit de prescription. Cela implique un travail de formation des IPA par les médecins employeurs. Cette responsabilité supplémentaire du médecin n'est pas un argument en faveur de cette collaboration.

Le principal facteur de refus est le salariat dans la fonction d'assistant. Il est souvent perçu comme une contrainte, obligeant le cabinet du médecin à devenir une entreprise ce qui est mis en confrontation directe avec l'idée de la médecine générale libérale.

Afin de faciliter le salariat, des aides de l'Etat sont proposées sous conditions d'éligibilité qui ne concernent pas tous les médecins. Le concept d'aides décroissantes sur trois ans, qui est très mal perçu par le corps médical, fait office d'offre de bienvenue et entraine une méfiance et une forme de colère auprès des médecins. Ce n'est pas la première fois que la CNAM utilise un principe de décroissance et les médecins en ont une certaine habitude.

La CNAM fixe des objectifs d'augmentation de patientèle pour conserver l'aide, ou tout du moins éviter une décroissance voire l'arrêt de celle-ci. Cette partie a entrainé une vive réaction chez les médecins. Ils remettent en cause l'accélération des consultations et évoquent risque d'épuisement. Avec un temps de travail déjà très supérieur aux 35 heures hebdomadaires français, ils doutent de leur capacité d'atteindre ces chiffres et objectifs en termes de patientèle. Le gain financier n'est pas un argument retenu par les médecins, au contraire, le risque financier est le plus prépondérant parmi leurs inquiétudes.

Et quid d'une patientèle augmentée significativement si le médecin décide d'arrêter la collaboration par manque d'aide ou de fatigue due à l'accélération du rythme de consultation. On sait comment agrandir une patientèle mais comment fait-on pour la diminuer ?

L'évocation de retour en arrière fait peur de par ce qu'elle implique et ses conséquences. En effet, tous ces chiffres ne tiennent pas compte du risque de surmenage que cela va induire

pour le médecin. Ce sujet est déjà très largement abordé depuis quelques années, puisqu'on accepte enfin de parler du burn out chez le médecin. Les médecins évoquent clairement ce risque.

Pour l'IPAL, deux enjeux émergent : l'acceptation du médecin mais aussi de la patientèle.

Pour commencer les médecins : il va être difficile de convaincre ces derniers de confier leurs patients. Par exemple, pour un cabinet de trois médecins afin que l'IPAL obtienne une patientèle de 350 patients environ (le chiffre exact est encore en cours de discussions), cela représente 150 patients chroniques stabilisés que les médecins confient et pour qui il faut établir un protocole de soin en réunion. Même les médecins ouverts à l'idée au départ, ont changé d'avis en cours d'interview une fois qu'ils ont compris les règles imposées. L'attrait de diminuer un peu sa patientèle ne suffit pas à combler les divers points suivants : la gratuité du surplus de temps que cela engendre, la responsabilité d'être référent, la récupération du patient une fois que tout va mal, avoir un local au sein de son cabinet, ou encore ouvrir son fichier à un tiers non médical.

Le reproche de perte de communication entre le médecin et le patient est licite. En effet, si l'équilibre est maintenu, et en dehors de toutes pathologies aigues (qui ne sont pas des temps d'échanges optimum avec le patient), le médecin revoit son patient une fois tous les deux ans comme un spécialiste en quelque sorte.

Il sera intéressant, une fois mis en place, de déterminer par un sondage le taux d'acceptation potentiel des patients pour être vu par l'IPA à la place du médecin. Il y plusieurs notions qui peuvent séduire telles que celle d'un temps plus long à passer avec le patient, des dossiers mieux remplis, un autre point de vue, un autre interlocuteur. Mais est-ce que cela suffira à séduire le patient au point de confier la pathologie chronique à l'IPA pour une durée de deux ans, s'il n'y a pas de déséquilibre de la pathologie ?

Avec une vision un peu plus prospective des années à venir, une fois que le nombre d'IPA aura satisfait les médecins et les services hospitaliers les plus demandeurs, le nombre d'IPA continuera à croître et un risque d'inactivité au terme de leur formation est à prévoir. Ce phénomène, dans le pire scénario, pourrait être aggravé par le risque de licenciement de l'IPA assistant médical, dû à la décroissance/suppression des aides au-delà de la troisième année ou du non-respect des objectifs du nombre de patientèle chez les IPAL.

7.2 Confrontation des résultats aux données de la littérature : Validité externe

Pour commencer on peut confronter les résultats à la littérature étrangère car en France le modèle proposé est nouveau et n'a pas pu faire l'objet d'études sur cette collaboration à venir. Un rapport de L'OCDE [31] de 2010 sur douze pays ayant une politique d'infirmier en pratique avancée montre, qu'en dehors d'autres facteurs freinant, le développement de la pratique avancée a eu pour frein principal la position des associations/syndicats médicaux de chaque pays. Cela peut être mis en perspective avec les résultats de cette étude.

Sans faire de distinction du type d'assistant médical, les sondages préliminaires ne sont pas optimistes.

En mars 2019, deux tiers des médecins interrogés dans une enquête du SML jugeaient « peu ou pas utile » l'embauche d'un assistant. Si les médecins dénoncent des charges administratives trop lourdes, en moyenne six heures par semaine (sources DREES)[32], les jeunes sont aussi frileux à franchir le pas. 52 % des jeunes médecins interrogés au printemps dernier par le syndicat ReAGJIR déclaraient qu'ils ne prendraient pas d'assistant médical, 25 % ne savaient pas tandis que seuls 22 % répondaient oui.

L'augmentation de la patientèle, le ciblage de zones particulières, ou le mode d'exercice collectif demandés aux médecins sont des contraintes à l'origine de cet accueil froid : « Les jeunes médecins sont à 68 % contre une augmentation imposée du nombre de consultations et à 78 % contre le fait de devoir en contrepartie accroître leur patientèle en visant des objectifs chiffrés », précise ReAGJIR[33].

Pour l'infirmier en pratique avancée libéral, on ne retrouve pas de données à ce jour mais beaucoup de réunions à venir.

7.3 Exposition des biais et limite de l'étude : Validité interne

7.3.1 Biais interne

Les critères d'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité de réponse. La saturation des données a été obtenue rapidement et n'influe pas sur la taille de l'échantillon. Ce qui ne doit pas occulter ses faiblesses. Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, l'enquêteur ne peut pas vérifier la véracité des dires des personnes

[31] Documents de travail de l'OCDE sur la santé No. 54. *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés* Marie-Laure Delamaire Gaétan Lafortune, 2010.
[32] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler-au-moins-50
[33] https://www.reagjir.fr/assistants-medicaux/

interrogées. Néanmoins, le recueil de l'attitude par le ton de voix ou la gestuelle contribue dans une certaine mesure à lisser ce biais.

Un biais de recrutement a pu être établi lors de la sélection des médecins. Les médecins ont été sélectionnés de manière à avoir un groupe en variation maximum mais équilibré en âge, expérience et zone d'exercice et présente une limite géographique au sud de la France. La plupart des médecins interviewés étaient des connaissances ou amis ce qui induit en plus du biais de sélection un biais intervieweur/interviewé.

Un biais d'information concerne la deuxième partie de l'interview elle-même. En effet, au cours de l'interview, je demande au médecin de lire un résumé. Ce résumé est sujet premièrement au biais de sélection d'information et deuxièmement sujet au biais de lecture du médecin et de sa compréhension immédiate. La taille de ce résumé a été établi afin d'apporter un maximum d'informations sans pour autant submerger le lecteur.

7.3.2 Biais externe

Au cours de l'enregistrement des interruptions intempestives (téléphone, secrétaire, femme de ménage) ont pu survenir et déséquilibrer le médecin pendant l'interview.

L'information préalable du médecin, ce qu'il pense savoir du sujet de par l'information obtenue avant interview, peut être une source d'erreur dans sa représentation du sujet présenté. Néanmoins le déroulement du questionnaire et le résumé permettent de diminuer ce biais d'information et de représentation.

7.3.3 Biais d'investigation

Lors du recueil des données, l'enquêteur de par son interrogatoire peut influencer le médecin interviewé par des actes verbaux mais aussi le non verbal. L'enquêteur était de la même profession que les enquêtés. Ceci a pu soit faciliter le dialogue, la connivence ou à l'inverse provoquer une réticence à se confier de peur d'être jugé.

L'enquêteur était parfois plus jeune et moins expérimenté que les médecins interviewés et parfois du même âge. Ce qui peut induire une position de conseil, facilitant peut-être la confidence.

7.3.4 Biais d'interprétation

Le codage axial simple peut être source de biais d'interprétations. Une seule personne code les idées et transcrit les émergences. Mon expérience peut être limite de ce biais d'interprétation. Un médecin installé avec une autre expérience pourrait voir apparaitre d'autres émergences.

8 CONCLUSION

Au total à l'horizon 2020 environ 400 étudiants finiront leur formation. Les grandes lignes de la formation et des compétences ont été tracées pour l'infirmier en pratique avancée (IPA) assistant médical et en devenir pour l'infirmier en pratique avancée libéral (IPAL).

La réalisation d'une enquête qualitative a permis de recueillir l'avis des médecins généralistes afin de faire une mise au point sur l'infirmier en pratique avancée et établir la perspective d'une future collaboration.

Tous les médecins interviewés ont compris le besoin de diminuer leur part administrative afin de libérer du temps médical et de consultation. De ce fait, tous ont une secrétaire, un secrétariat déporté ou une plateforme en ligne, voire les trois. Pour eux ce mode de fonctionnement et devenu une nécessité dû à l'augmentation de la part administrative depuis plus de dix ans.

Dès le départ, il ressort un manque d'informations auprès des médecins qui devra être un axe à développer dans les mois à venir par le ministère de la Santé.

Les médecins interviewés ont conscience de l'aggravation du déficit médical et tous sont à la recherche d'un médecin supplémentaire afin de palier à l'afflux de patients et ce sans distinction de zone rurale ou urbaine.

La majorité des médecins généralistes interviewés considèrent que la collaboration avec un infirmier en pratique avancée assistant médical est une solution pour les actes simples et peut soulager la consultation, de l'administratif mais ne peut pas être établit au-delà. De plus, cela rajoute une responsabilité et une accélération de rythme de consultations qui peut être délétère au long cours avec un risque de surmenage.

Le rythme qu'implique la collaboration avec l'infirmier en pratique avancée met en péril le rapport entre quantitatif/qualitatif de la consultation ainsi que la communication privilégiée entre le médecin et le patient.

Se pose aussi l'idée de l'acceptation du patient d'être confié à l'infirmier en pratique avancée au lieu du médecin.

Tous les médecins interviewés pensent qu'un des freins majeurs à l'embauche d'un assistant infirmier en pratique avancée est le salariat de celui-ci. Et ceux malgré des aides proposées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui ont des allures d'offres de bienvenues avec des critères d'éligibilités élitistes, des objectifs inatteignables et une dégressivité sur trois ans que les médecins perçoivent comme inévitable.

Les médecins restent inquiets du devenir de cette nouvelle patientèle démesurée pour le médecin s'il décide d'arrêter cette collaboration. Certains évoquent même un risque de burn-out induit par l'accélération de la pratique et la course aux objectifs demandées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Aucun des médecins interviewés n'évoque la volonté de prendre un infirmier en pratique avancée en assistant médical.

Pour l'infirmier en pratique avancée libéral un autre enjeu se distingue. Dans les conditions actuelles les médecins interviewés n'acceptent pas de confier leurs patients. Cela représente un surplus de travail et de responsabilité, en tant que référent. De plus ce temps supplémentaire ne fait l'objet d'aucune rémunération.

Le niveau de formation de l'infirmier en pratique avancée équivaut selon les médecins à une quatrième ou cinquième année d'externat médical remet en cause selon les médecins interviewés sa capacité de prescription.

L'attrait de diminuer sa patientèle ne peut se faire au dépend d'une surcharge de travaux annexes et de réunions. Cela impose aussi un partage de dossier et de logiciel.

Le risque pour le médecin est d'avoir à confier une part de sa patientèle chronique stabilisée et d'augmenter la difficulté moyenne de ses consultations.

L'introduction d'un infirmier en pratique avancée quel que soit sa fonction pose un problème de locaux et de coûts que les médecins interviewés ne sont pas prêts à concéder.

Les médecins interviewés préfèrent un médecin supplémentaire plutôt qu'un assistant ou un infirmier en pratique avancée libéral.

Un axe d'étude pourrait être envisagé concernant la préférence du niveau d'étude des assistants médicaux et son niveau de qualification souhaité.

Un travail secondaire pourra être effectué quand les cadres juridiques seront posés et que la première promotion sera en activité. Ce sera alors peut-être l'occasion d'un travail de suivi prospectif ou d'autres thèses qualitatives ou quantitatives sur cette collaboration.

Cette enquête révèle la difficulté et souvent le refus d'une future collaboration avec les infirmiers en pratique avancée en tant qu'assistant médical ou libéral. Pour beaucoup cette nouvelle collaboration en l'état heurte leur vision de la médecine générale. Les médecins souhaitent une modification des règles établies par cette nouvelle spécialité d'infirmier.

BIBLIOGRAPHIE

1 https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/demographie-medicale-projet-loi-sante-2022

2 Dr Patrick BOUET, président, sous la direction du Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale, *CNOM atlas*, version complète, 2018

3 https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas2018_0.pdf

4 https://www.conseil-national.fr:publications/communiques-presse/demographie-%20medicale-projet-loi-sante-2022

5 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/wbco01/cnom_chiffres_cles_atlas_2018_0.pdf

6 Dr Daniel Wallach, *Numerus clausus, pourquoi la France va manquer de médecins,* 2011, Springer, France

7 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf

8 https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=typo_zrr.zonage_zrr&s=2018&view=map26

9 https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/zones-de-revitalisation-rurale-zrr/

10 https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees

11 HAS avis du 25 juillet 2018, *Extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-08/recommandation_vaccinale__extension_des_competences_des_professionnels_de_sante_en_matiere_de_vaccin_2018-08-08_14-46-16_310.pdf

12 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

13 Berland Y. *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, rapport d'étape*, (2003). https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf

14 Haute Autorité de Santé (2008), *Délégation, transferts, nouveaux métiers…Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*, Recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS", avril.

15 Aiken L.H. et R. Cheung, *Nurse workforce challenges in the United States : implications for policy*, OECD Health Working Papers, n° 35, OECD, Paris, (2008)

16 US Department of Health and Human Services, *The Registered Nurse Population: initial findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses, HRSA*. (2010)

17 American College of Physicians, *Nurse practitioners in primary care, American College of Physicians Policy Monograph available on website of American College of Physicians*. (2009)

18 American Academy of Nurse Practitioners, *Nurse practitioner facts*, (2009), disponible sur www.aanp.org.

19 Gardner G., A. Chang, C. Duffield, *Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing*, (2007) Journal of Advanced Nursing, 57 (4), 382-391.

20 Australian Nursing and Midwifery Council, *National Competency Standards for the Nurse Practitioner*, (2006)

21 Martin-Misener R. et al., *Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic family physician model of care: the Long and Brier Islands Study*, Primary Health Care Research and Development, (2009) 10 (1) : 14.

22 Royal College of Nursing (United Kingdom), *Maxi nurses. Advanced and specialist nursing roles*, RCN, London (2005).

23 Sibbald B., *Skill Mix in Primary Care - the UK experience*, (2009) colloque "Politiques et organisations des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ? ", 21 octobre 2009, DREES, IRDES, PROSPERE, Paris.

24 Légifrance, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

25 ARS Ile de France Projet « Préfiguration d'Infirmiers Cliniciens Spécialisés » Rapport final. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-prefiguration-dinfirmiers-cliniciens-specialises-rapport-final

26 Légifrance JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 18 Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

27 RNCP, *Résumé descriptif de la certification Diplôme d'Etat Diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée reconnu au grade universitaire de master*. Code RNCP : 31191 http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=31191

28 Légifrance Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

29 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 2019

30 Alain Blanchet Anne Gotman, *L'entretien - L'enquête et ses Méthodes* - Armand Colin ; Édition : 2e édition (15 septembre 2010)

31 Delamaire, M. and G. Lafortune, "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, (2010), No. 54, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

32 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent

33 https://www.reagjir.fr/assistants-medicaux/

Annexe 1 : Texte de loi

Au début du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, partie réglementaire, il est inséré un titre préliminaire et un chapitre Ier ainsi rédigé :

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de l'éducation, notamment ses articles D. 636-73 à D. 636-81 ;
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-8, L. 4301-1 et L. 6316-1 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-5-3 ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 16 mai 2018 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 1er juin 2018 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu, Décrète :
Titre préliminaire : EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE
Chapitre Ier : Exercice infirmier en pratique avancée

« Art. R. 4301-1.-L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat 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 concourant 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.

« Art. R. 4301-2.-Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :
- 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- 2° Oncologie et hémato-oncologie ;
- 3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.
- 4°Psychiatrie et santé mentale.

« Art. R. 4301-3.-Dans le ou les domaines d'intervention définis à l'article R. 4301-2 inscrits dans son diplôme et dans les conditions prévues à l'article D. 4301-8 :
- 1° L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;
- 2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :
a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;
b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;
c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;
d) Prescrire :
-des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ;
-des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

-des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;
e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Art. R. 4301-4.-Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément à l'article R. 4301-1, un protocole d'organisation est établi.
Dans le domaine d'intervention " psychiatrie et santé mentale ", le protocole d'organisation est établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs infirmiers exerçant en pratique avancée.
Ce protocole précise :
- 1° Le ou les domaines d'intervention concernés ;
- 2° Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ;
- 3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ;
- 4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;
- 5° Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6.
- Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée. Le modèle du document prévu à l'article R. 4301-6, élaboré par le ou les médecins et par le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, figure en annexe du protocole. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

« Art. R. 4301-5.-Le médecin, après concertation avec le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, détermine les patients auxquels un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée est proposé. Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'Etat de l'infirmier en pratique avancée, délivré par l'université.
- Le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée partagent les informations nécessaires au suivi du patient en application de l'article L. 1110-4. Le médecin met à la disposition de

l'infirmier exerçant en pratique avancée le dossier médical du patient. Les résultats des interventions de l'infirmier exerçant en pratique avancée sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.
- Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

« Art. R. 4301-6.-Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée. Ces modalités figurent dans le document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient, ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure. Ce document est versé au dossier médical du patient.
Ce document précise les informations suivantes :
- 1° La composition de l'équipe ;
- 2° La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation ;
- 3° Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge, conformément à l'article L. 1110-8 ;
- 4° Les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'infirmier exerçant en pratique avancée, notamment dans les situations prévues au dernier alinéa de l'article R. 4301-5 ou sur demande du patient ;
- 5° Les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.

« Art. R. 4301-7.-Au sein de l'équipe, l'infirmier exerçant en pratique avancée contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation.
- Il participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation.
- Il contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.

« Art. D. 4301-8.-L'infirmier est autorisé à exercer en pratique avancée dans l'un des domaines d'intervention prévus à l'article R. 4301-2, s'il remplit les conditions suivantes :
- 1° Obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies à l'article D. 636-81 du code de l'éducation, dans la mention correspondant au domaine d'intervention ;
- 2° Justifier de trois années minimums d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier ;
- 3° Être enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé. »
« Art. R. 4301-8-1.-L'infirmier en cours de formation préparant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée peut participer aux activités et actes mentionnés à l'article R. 4301-3 dans le cadre précisé à l'article R. 4301-1, en présence d'un infirmier titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée ou, sinon, d'un médecin.

Résumé de la mise à jour du premier texte de loi :
JORF n°0187 du 13 août 2019 texte n° 5
Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie
NOR : SSAH1907865D
Publics concernés : infirmiers, médecins et pédicure-podologue.

Objet : exercice infirmier en pratique avancée.
Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.
Notice : ce décret étend le champ d'exercice de l'infirmier exerçant en pratique avancée dans le domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale ».
Il vise également à encadrer l'exercice des étudiants en formation au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée lors de leurs stages.
Par ailleurs, le décret modifie les codes de la santé publique, de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles afin de permettre l'exécution des prescriptions émanant d'un infirmier exerçant en pratique avancée par une infirmière, un technicien de laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie d'officine ou un service de soins infirmiers à domicile.
Il permet également la prise en charge par l'assurance maladie d'une prescription de produit de santé émanant d'un infirmier exerçant en pratique avancée.

Enfin, lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée est amené à demander une consultation d'un médecin spécialiste correspondant dans le cadre du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, ce décret permet de ne pas majorer la participation de l'assuré.
À titre accessoire, ce décret modifie le code de la sécurité sociale pour permettre que soit assortie d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire au bénéfice des patients, l'adaptation par un pédicure-podologue d'une prescription médicale initiale d'orthèses plantaires.

Fait le 12 août 2019.
Par le Premier Ministre : Edouard Philippe
La Ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn
Le Ministre de l'action et des comptes publics, Gérald Darmanin

ANNEXE 2

LISTE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES POUR LESQUELLES L'INFIRMIER EXCERÇANT EN PRATIQUE AVANCEE ASSURE LE SUIVI ET PEUT INTERVENIR

-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 et épilepsie.

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

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

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).

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.

MICROBIOLOGIE :
- Examen cytobactériologique des urines (ECBU) ;
- Prélèvement cutané ou muqueux.

HORMONOLOGIE :
- TSH ;
- Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).

PROTEINES MARQUEURS TUMORAUX VITAMINES :
- Protéine C réactive (CRP) ;

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

ENZYMOLOGIE :

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

BIOCHIMIE :

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

URINES :

- Protéinurie ;
- Micro-albuminurie ; Ionogramme (potassium + sodium) ;
- Acétone ; Acide urique ;
- Calcium ; Créatinine ; Phosphore minéral ;
- PH, Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine), Glycosurie

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

Conseils hygiéno-diététiques adaptés.

Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.

Rétinographie avec ou sans mydriase.

Electrocardiographie (ECG) de repos.

Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).

Explorations fonctionnelles de la respiration.

Electro-encéphalographie.

Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.

Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.

Doppler du greffon. Débit de fistule artério-veineuse.

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.

ANNEXE 3 :

La première année commune : "Soins Infirmiers Sémiologie Société et Territoires de Santé" SISSTERS

Semestre 1

UE1 Clinique

Sémiologie des principaux appareils Mutualisation Sémiologie

UE2 Sciences infirmières et pratique avancée

-S'approprier l'organisation du système actuel d'organisation sanitaire

-Comprendre les nouvelles places possibles de la fonction d'infirmière en pratiques avancées

- Travailler en complémentarité et non en substitution Appréhender la notion de parcours de santé Appréhender le travail en réseau

UE Responsabilité, éthique, législation, déontologie

L'évolution des relations et des pratiques interprofessionnelles,

De nouvelles méthodes de travail notamment dans le domaine numérique (gestion des données sensibles, appareil de santé connectés…)

UE4 Anglais

UE5 Méthodes de travail

-Pré-requis : Statistiques Acquis d'apprentissage, Connaître les enjeux de la qualité dans le domaine de la santé

-des outils et méthodes pour identifier les problèmes et les problématiques

-environnements simples voire compliqués

-piloter des actions et projets associés

-identifier les éléments à mettre en place pour mener un projet qualité

-Réaliser un diagnostic qualité d'une situation

Semestre 2

UE6 Clinique (2) Sémiologie générale

UE7 Formation et analyse des pratiques professionnelles

Observation, interprétation et orientation médico-sociale

Construire et de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique en autonomie supervisée

-Stratégie du changement à partir des prescriptions médicales

-le patient dans la prise en charge de sa pathologie, l'observance, le suivi

-participer à une consultation d'annonce d'une pathologie chronique

-les différents modes de coopération entre le médecin et l'IPA

-Organiser des réunions de concertations pluridisciplinaires en soins primaires

-La pharmacologie et les principes de la prescription de traitement, des examens biologiques, le jugement clinique.

UE8 Santé publique

- UE 8A Concepts et savoirs de base en santé publique Compétences visées :

Analyser une problématique de santé humaine

Reformuler en ses propres mots les consignes attendues

Partager les tâches et les informations répartir les rôles équitablement selon un planning défini, discuter, débattre et intégrer de façon collaborative les résultats obtenus

Acquis d'apprentissage :

-Identifier les principaux déterminants de l'état de santé des individus.

-Décrire les principes de base de l'intervention en santé publique

-Situer la place des disciplines concourantes au sein de la démarche de la santé publique

- UE8 B Législation et éthique : le cadre d'exercice, l'information, la littératie Objectif et compétences visées

UE9 Recherche « Documentation et Communication » Compétences visées :

-analyser les données quantitatives et qualitatives pour produire et documenter la recherche.

-Utiliser et valoriser les données, les résultats de l'action, du programme afin d'alimenter la recherche.

UE10 Stage (stage 2 mois) et rapport de stage

La deuxième année (quatre mentions) :

-Mention 1 : Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins Primaires

-Mention 2 : Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

-Mention 3 : Oncologie et hémato-oncologie

-Mention 4 : Psychiatrie et santé mentale

Le détail des UE qui suit sont dans l'axe de la mention 1.

Le programme exact et son contenu dépend de l'université et son enseignement.

Semestre 3 :

UE Recherche Acquis d'apprentissage :

-Être capable de chercher, collecter, surveiller et analyser de l'information à l'aide d'outils issus des technologies de l'information, de présenter au bon format l'information recueillie afin de documenter le projet, l'action, la recherche promotrice de santé.

-Être capable de rédiger à partir de données issues de différentes sources un document écrit, un support de communication orale, respectant les règles de communication scientifique, en prenant en compte le public visé.

UE Anglais

UE Base fondamentale

Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique

Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés

UE Clinique : pathologies chroniques stabilisées, polypathologies courantes en soins Primaires

UE Parcours de Santé partager une information concernant le patient entre professionnels de santé et personnel ; dans le contexte des nouvelles organisations de soin (ambulatoire, HAD, télémédecine, e-santé)

-Comment informer le patient en tenant compte de son niveau de littératie.

Semestre 4 :

UE Stage (4 mois)

UE Mémoire professionnel et soutenance

ANNEXE 4 :

Questionnaire semi directif auprès des professionnels de santé : médecin généraliste.

Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Ce questionnaire de thèse intervient suite à une réforme du plan santé 2018-2022, initiée par le Ministère de la Santé, répondant au déficit médical croissant, par la mise en place d'infirmiers spécialisés au sein de nos cabinets visant à augmenter notre temps médical et à accroitre le nombre de nos consultations afin de pallier à la diminution de la démographie médicale au sein du territoire français.

Il est donc licite d'effectuer ce questionnaire auprès de vous.

Il va de soi que le vocable "infirmier" utilisé tout au long de l'étude est utilisé pour désigner aussi bien les infirmiers que les infirmières.

Cet entretien sera enregistré pour me permettre de travailler sa retranscription. Il est néanmoins strictement anonyme et confidentiel.

Demander le consentement pour l'entretien et son enregistrement, de manière verbale et consigner sur l'enregistrement.

Cet entretien encourage la communication libre et le partage de témoignages.

Il n'y pas une seule réponse, le discours doit être fluide.

Questionnaire de présentation quantitatif d'échantillonnage :

-Âge, sexe, formations, Maître de stage, ancienneté d'exercice

- type de structure, rurale ou urbaine, zone d'exercice ZRR ou non

Gestion de cabinet et pratique :

1 : Pouvez-vous me présenter votre cabinet et me faire part de son mode de fonctionnement ?

Quantitatif pour échantillonnage :

-la taille de votre patientèle en médecin traitant et file active

-locaux : disposition et taille, local disponible ?

2 : Pourriez-vous me décrire votre activité et me décrire la façon dont elle est rythmée ?

Si nous devions réaliser un diagramme circulaire de la répartition en pourcentage des tâches d'une journée type, quelle en serait la répartition ?

Bénéficiez-vous d'aide extérieure pour réaliser certaines d'entre elles ?
Si absence de commentaire sur l'ouverture de l'exercice idéal :
-Quelle serait la répartition idéale du temps que vous consacrez à ces différentes tâches ?
Quantitatif échantillonnage :
-nombre de consultations moyenne par heure
-nombre d'heure de travail par semaine

3 : Comment voyez-vous votre pratique ou votre cabinet évoluer dans les prochaines années ?
Quantitatif pour échantillonnage
-prenez-vous des nouveaux patients en médecin traitant ?
Si proche de la retraite (dans les cinq ans) :
-comment envisagez-vous la retraite ? Actif ?

Mise au point :
Connaissances avant interview et communication sur ce qu'est un infirmier en pratique avancée.
Vous avez peut-être eu connaissance du fait que notre Ministre de la Santé, Madame Agnès Buzin, a mis en place récemment une nouvelle réforme pour pallier à la diminution de la démographie médicale par l'augmentation du nombre de consultation et/ou l'augmentation du temps médical. Pour cela le Ministère de la Santé a créé une spécialité d'infirmier en pratique avancée (IPA) afin de faciliter l'exercice des médecins libéraux.

4 : Avez-vous pris connaissance de cette nouvelle réforme et qu'avez-vous compris de la création de cette nouvelle spécialité qu'est l'infirmier en pratique avancée ?
Quelles ont été vos sources d'informations ? Qu'en avez-vous retenu ?
A chaque réponse, il est demandé de développer le contenu et le niveau de cette connaissance.

Quantitatif pour échantillonnage :
-Avez-vous déjà entendu parler de modèles similaires en France ou à l'étranger ?

Feuillet remis pour lecture avant reprise de l'interview :

Pour cette partie de mise en perspective et pour mieux recueillir l'opinion des médecins généralistes sur la pratique avancée en soins infirmiers, j'apporte à votre connaissance les modalités de formation, d'exercice, de compétence et d'aides de l'État ainsi que leurs conditions.

La formation dure deux ans au sein des universités et est ouverte aux infirmiers déjà diplômés et exerçant depuis trois ans déjà. Le diplôme rentre dans le cursus universitaire au grade de master.

Les infirmiers choisissent une sous spécialité qui définit plus particulièrement leur aptitude dans le domaine des pathologies chroniques stabilisées, la prévention et les polypathologies courantes en soins primaires (spécialité médecine générale).

Les infirmiers en pratique avancée pourront gérer huit pathologies, interpréter 40 examens de biologie et réaliser jusqu'à 16 actes techniques. Voir annexe à votre disposition.

L'infirmier devra exercer sous la responsabilité d'un médecin :

-soit en référent et lui attribuera les patients aptes à être pris en charge par son domaine de compétence pour les infirmiers en pratique avancée libéral (IPAL) dans son propre cabinet. L'IPAL assurera le suivi du patient qui lui a été confié en rapport avec son domaine de compétence. Il exercera au sein de son propre cabinet de manière autonome et partage le dossier médical avec le médecin référent. En cas de déséquilibre ou de problème le patient est réadressé au médecin référent dans les plus brefs délais.

-soit en assistant médical, au cours de sa consultation, pour une aide médico-administrative dont le médecin sera responsable. Il sera dans cette dernière condition salarié par le médecin.

Ils pourront prescrire, adapter, modifier des prescriptions médicales ou des soins paramédicaux, adresser à un spécialiste dans le parcours de soins ou dans l'objectif d'une coordination pour les pathologies désignées (voir liste), faire des gestes techniques (voir liste), interpréter des résultats biologiques et les prescrire (voir liste).

De plus en tant qu'assistants médicaux, ils pourront effectuer toutes tâches administratives et toutes actes dans leur domaine de compétence qu'il leur semblera utile, en accord avec le ou les médecins, pour permettre un gain de temps médical.

L'obtention des aides à l'embauche en tant qu'assistant médical est soumise à des règles :
-exercice de groupe, en secteur 1 ou 2, participation à la prise en charge des soins non programmés via une organisation territoriale, avoir une taille de patientèle d'au moins 640 patients.
-si vous êtes seul médecin, il faudra être dans une ZRR et/ou alors avoir une taille de patientèle médecin traitant (MT) supérieure à 1.107 ou de file active supérieure à 1.854.
Le montant de l'aide à répartir entre les médecins employeurs sera de 36.000 euros la première année, 27.000 euros la deuxième année et 21.000 euros la troisième année. Il faudra diviser le montant de l'aide par le nombre de médecin employeur.

Exemple : si trois médecins (36.000 euros divisés par trois la première année), l'aide sera de 12.000 euros par médecin, qui bénéficiera d'un tier du temps de cet infirmier. Libre au médecin de prendre à sa charge les heures supplémentaires, s'il le désire. Au bout de trois ans, 21.000 euros à diviser par trois, si l'objectif est atteint.
À compter de la troisième année, l'aide sera maintenue si les objectifs sont respectés, sinon s'applique un tableau de décroissance voir un arrêt de l'aide.

La CNAM a établi des objectifs à atteindre pour ne pas subir de dégressivité au-delà de la troisième année.
Il faudra avoir atteint une augmentation de patientèle médecin traitant de 1.721 patients et une file active de 2.944 patients pour un médecin seul (Voir tableau pour d'autres configurations).

Donc, il faut augmenter le nombre de patient en file active et atteindre le nombre de patient en médecin traitant conformément aux objectifs de la CNAM.
Cela représente une augmentation, pour un médecin seul, de 55.5% de sa patientèle médecin traitant, en trois ans, pour conserver les aides, en rapport aux critères d'éligibilité initiaux.

Pour l'infirmier en pratique avancée libéral, il touchera un forfait annuel par patient suivi et un forfait structure et selon les actes transverses réalisés. La tarification est en cours de négociations.

Je peux répondre à vos questions seulement dans le cadre d'informations complémentaires.

Perspective : Opinions du praticien et développement sur la collaboration de l'infirmier en pratique avancée.

5 : Que pensez-vous de la pratique avancée en soins infirmiers en tant qu'assistant médical pour votre pratique ?

Relance ouverte, voire questions :

De quelle manière cela pourrait-il être un atout pour votre zone d'exercice ?

De quelle manière cela pourrait améliorer la prise en charge de vos patients ?

Quelles parties du diagramme de la répartition de votre temps l'infirmier en pratique avancée est-il susceptible de modifier ?

Si non explicité par le médecin lui-même, reformulation ouverte.

6 : Quels seraient les arguments pour prendre un infirmier en pratique avancée en assistant médical ?

- si réponse non engagée, stimuler le propos
- si un axe de refus se dégage dès le début, faire développer les motifs.

7 : Que pensez-vous de la productivité de cette collaboration dans votre pratique ?

Relance que peut-on espérer/attendre ?

8 : Que pensez-vous de votre lieu d'exercice pour accueillir un infirmier en pratique avancée en assistant médical ?

9 : Il existe des compensations financières proposées par l'Etat pour employer un infirmier en pratique avancée en tant qu'assistant médical, qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous des niveaux d'éligibilités, de leur réalisation pour obtenir les aides pour salarier un infirmier en pratique avancée en tant qu'assistant médical ?

Que pensez-vous des objectifs à trois ans afin d'éviter une dégressivité de l'aide ?

10 : Que pensez-vous de l'augmentation de consultation totale demandée pour la pratique médicale et le médecin généraliste ?

Surveillance attentive de la gestuelle et l'attitude du médecin au moment de la réponse.

11 Que pensez-vous de l'infirmier en pratique avancée libéral ?

J'invite à un commentaire libre si vous le désirez. Je vous remercie de votre participation.