



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement

le 15 Juin 2023, à Poitiers

par **Monsieur Thomas RANCHER**

Né le 24 Juillet 1988

Quels sont les freins des médecins généralistes, à la mise en place et au déploiement de la pratique avancée infirmier en Charente-Maritime ? Etude prospective réalisée en 2023

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur Pascal ROBLOT

Membres :

Dr Mikaël MARTIN

Dr Stéphanie MIGNOT

Directeur de thèse :

Dr Alexandra BENAITEAU



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Gylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maitres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSOIN Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maitres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maitres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT,

Merci de me faire l'honneur d'accepter la présidence de mon jury, pour votre enseignement dispensé durant mon externat, votre riche partage durant mon premier stage clinique en deuxième année et encore votre bienveillance durant ce catastrophique ECN « crash test » de ma promotion 2017. Je vous prie d'accepter toute ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT, ainsi qu'à Monsieur le Docteur Mikaël MARTIN,

Merci d'avoir accepté de lire et juger mon travail de thèse. Soyez assuré de ma plus respectueuse reconnaissance.

À Madame le Docteur Alexandra BENAITEAU, pour avoir accepté de diriger ma thèse. Tu es venu m'encadrer dans cet exercice de style au moment où certain quittait le navire. Je te remercie pour ta disponibilité, ta positivité, ta simplicité et tout simplement de m'avoir fait bénéficier de ta riche expérience. Tu as réussi à démystifier ce travail de thèse qui me hantait depuis plusieurs années. Je suis fier de te compter à mes côtés dans mon futur environnement professionnel.

À ma famille,

Mon papa Yves et ma maman Marie Christine. Merci pour votre soutien et votre accompagnement sans faille durant toutes ces années. Tous les deux vous le savez, moi médecin c'était loin d'être évident. Cet accomplissement qui fait ma fierté et mon épanouissement quotidien, c'est en grosse partie grâce à vous, vous pouvez être satisfait et je ne vous en remercierai jamais assez.

Mon frère Benjamin, ma belle-sœur Marine, et ma petite nièce Capucine, à la fois famille-copains-voisins-collègues de travail, je suis heureux de partager mon quotidien avec vous.

Ma sœur Philippine et mon futur beau-frère Guillaume, loin des yeux mais près du cœur.

Ma copine Lucie, pour ta patience, ta joie de vivre, ainsi que ton amour au quotidien depuis presque 3 ans, qui m'apporte équilibre et sérénité. Une page se tourne, je quitte mon statut « d'étudiant » à presque 35 ans, qui te fait toujours rire, une nouvelle vie s'offre à nous avec pleins de beaux projets.

À mes amis de Poitiers, présent durant ces neuf longues années d'études : Arnaud, Charlotte, Val, Simon ... le quotidien de la vie nous a éloigné mais c'est au plaisir de repartager avec vous les copains.

À ma futur associée Anne Charlotte, pour ta bonne humeur au quotidien, ta complémentarité, ton aide, mais également ta résilience et ta compréhension face à cette thèse qui s'est fait attendre et tous les petits tracassés engendrés. C'est avec certitude et plaisir que je me joins à toi professionnellement.

Je ne peux citer tout le monde, ils ou elles se reconnaîtront, de près ou de loin, anciens ou récents, importants ou subtiles, vivants ou dans l'au-delà, merci à tous ceux qui ont contribué à mon accomplissement et ma réussite.

ABREVIATIONS

ANFIPA : Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée

APN : Advanced Practice Nurse

APRN : Advanced Practices Registered Nurse

ARS : Agence Régionale de Santé

CII : Conseil International des Infirmières

CNM : Certified Nurse Midwife

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNS : Clinical Nurse Specialist

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRNA : Certified Registered Nurse Anesthetist

DE-IPA : Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique avancée

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (Loi) : Loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire »

ICS : Infirmière Clinicienne Spécialisée

IDE(L) : Infirmier (ou Infirmière) Diplômé d'Etat (Libérale)

IFSI : Institut de Formation aux Sciences Infirmières

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociale

IP : Infirmière Praticienne

IPA : Infirmier (ou Infirmière) en Pratique Avancée

IPADE : Infirmier (ou Infirmière) en Pratique Avancée Diplômé d'Etat

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NHS : National Health Service

NP : Nurse Practitioner

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

RO : Renouvellement d'Ordonnance

UE : Unité d'Enseignement

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZV : Zone de Vigilance

TABLES DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	5
<u>ABREVIATIONS</u>	7
<u>PREAMBULE</u>	12
I. <u>IPA : DE QUOI PARLE T-ON ?</u>	13
A. <u>Une profession déjà bien ancrée dans le monde</u>	14
1. Le modèle Américain : le modèle pionnier	15
2. Un autre modèle d'expérience : le modèle Anglais	17
3. Autres modèles non anglo-saxons « incomplet » ou « en retard »	18
B. <u>L'IPA en France ?</u>	18
1. Chronologie des dispositifs législatifs.....	18
2. Missions	20
3. Formation	21
4. Compétences acquises	22
5. En pratique	22
6. Limites du modèle français.....	23
C. <u>Situation en Charente Maritime</u>	24
II. <u>ETUDES</u>	25
A. <u>Problématique et objectif principal</u>	25
B. <u>Etude de la littérature</u>	26
1. Méconnaissance de ce nouvel intervenant.....	26
2. Des compétences discutées	26
3. Refus à la délégation de certains actes médicaux.....	27
4. Un nouveau rôle de médecin rejeté.....	27
5. Un plan organisationnel et législatif flou	28
C. <u>Méthode</u>	29
1. Critères d'inclusions et d'exclusions	29
2. Recrutement / recueil des données	30
3. Analyse des données	31
D. <u>Résultats</u>	32
1. Profil / caractéristique de l'échantillon	32
a. Âge.....	32
b. Sex ratio	32
c. Lieu d'exercice	33

d.	Mode d'exercice	34
e.	Durée d'installation	35
f.	Taille patientèle	35
g.	Répartition du temps de travail.....	36
h.	Dispositif déjà en place ?.....	36
2.	Niveau de connaissances.....	37
a.	Perception - intérêt du dispositif / accueil globale	37
b.	Rôle - fonction IPA.....	39
c.	Formation IPA.....	40
3.	Les différents freins	40
a.	Méconnaissance du dispositif	40
b.	Remise en cause du rôle du médecin généraliste.....	41
c.	Crainte d'une dégradation de la relation médecin traitant-patient	42
d.	Mise en place difficile, abstraite et inadaptée dans certaines zones.....	43
III.	<u>DISCUSSION</u>	44
A.	<u>Points forts et points faibles de cette étude</u>	44
1.	Une étude originale	44
2.	Diversification et représentativité de l'échantillon.....	44
3.	Objectivité de l'étude	45
4.	Pluralité et cohérence des résultats.....	45
5.	Limites et perspectives.....	45
B.	<u>Ouverture / propositions de leviers</u>	46
1.	Enjeu n°1 : faire accepter la nécessité d'un changement d'organisation	46
a.	Abandonner le système ancestrale « médecin centré ».....	46
b.	Définir des limites claires encadrées par le médecin.....	46
c.	Permettre une flexibilité pour une prise en charge globale	47
2.	Enjeu n°2 : envisager la collaboration non pas comme une contrainte mais une opportunité 47	
a.	Améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins.....	48
b.	Pallier aux difficultés de l'offre de soins.....	49
c.	Investir dans l'avenir	49
3.	Pistes de réflexion pratique.....	49
C.	<u>Conclusion</u>	50
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	52
	<u>ANNEXES</u>	55
	<u>RESUME ET MOTS CLES</u>	60

Avertissement : le mot « infirmier » ou « infirmière » sera utilisé indifféremment dans le reste de mon travail de recherche.

PREAMBULE

« Notre système de santé est à bout de souffle »

François Braun 4 Juillet 2022

La France a perdu 5 000 médecins généralistes entre 2010 et 2021, passant de 62 000 à 57 000 praticiens dans la spécialité et cette démographie ne devrait pas se redresser avant 2030 selon les projections (1).

On compte aujourd'hui 148,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants (2). Cette densité est très différente sur le territoire et des inégalités se dessinent non à une échelle régionale mais à un bassin de vie, créant un nombre grandissant de zones « fragiles » identifiées comme des déserts médicaux largement relayés par les médias.

D'autre part, le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques, des poly pathologies, de la dépendance entraînant une demande de soins croissante à laquelle cette démographie médicale déclinante ne peut pas répondre.

Pour comprendre les enjeux de notre système de santé, il est important également de relever une volonté des pouvoirs publics, depuis plusieurs dizaines d'années, de réorganiser et de restructurer le système de soin et l'offre de soins en France.

Notamment en effectuant et favorisant un virage ambulatoire afin d'alléger le système hospitalier surchargé et coûteux.

L'objectif est de sortir de cette logique du « tout hôpital », afin de répondre à un désir grandissant des patients d'être pris en charge en ambulatoire.

Pour faire face aux enjeux de santé publique, les autorités ont décidé de mettre en place un nouvel acteur de santé.

La loi dite de modernisation du système de santé Français datant de 2016 introduit ce nouveau statut dans le paysage de santé Français.

Les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), ces nouveaux professionnels aux compétences élargies sont déployés comme une des solutions innovantes afin de participer à la réponse des autorités de santé face aux enjeux de santé publique.

Ces infirmiers exercent à un niveau de compétences élevé dans près de 60 pays à travers le monde.

Que ce soit en soins primaires ou en établissement de santé, les IPA ont fait l'objet de recherches à l'international qui permettent de mettre en avant les bénéfices multiples de leur recours (3).

Selon le ministère des solidarités et de la santé, en 2018 :

« La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées ».

L'objectif du déploiement des IPA est donc d'améliorer la qualité des soins tout en améliorant l'accessibilité aux soins.

Et pourtant, comme le montre les dernières revendications de la grève de Décembre 2022, les IPA n'apparaissent pas à tous les médecins comme une solution adaptée et pertinente aux problématiques d'exercice en libéral.

Pourquoi ? Quels sont les freins des médecins à cet exercice collaboratif ? Et qu'en est 'il particulièrement dans notre région, la Charente-Maritime ?

I. IPA : DE QUOI PARLE T-ON ?

Le conseil international des infirmiers définit (2008) l'infirmier en pratique avancée comme :

« Un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier (ère) sera autorisé à exercer ».

Après analyse de cette définition, plusieurs informations essentielles en ressortent :

- l'aspect avancé de la pratique se caractérise par le degré et la richesse de l'esprit critique, des compétences, des connaissances, des responsabilités, ainsi qu'une autonomie plus élevée qu'une infirmière généraliste
- les IPA seront en mesure d'établir des décisions complexes dans des situations où habituellement ils ne sont pas autorisés à prendre des décisions
- la pratique avancée ne s'établit pas dans tous les domaines mais dans des champs d'expertise précis et connus.

Le terme « avancée » peut également faire référence au fait que l'IPA puisse avancer dans un champ d'exercice d'autres professionnels comme le champ médical par exemple.

Cette montée en compétence est liée à une grande expérience couplée à une formation poussée, mais l'IPA reste néanmoins rattachée au domaine des soins infirmiers (Conseil International des Infirmières, 2020).

A. Une profession déjà bien ancrée dans le monde

Les premières infirmières expertes ou infirmières praticiennes se sont développées aux États-Unis dès la fin du XIXe siècle, en réponse à des besoins locaux spécifiques.

Au Canada, c'est dans les années 70 que la pratique avancée a fait son apparition à travers les rôles d'ICS (Infirmière Clinicienne Spécialisée) et d'IP (Infirmière Praticienne).

Puis dans les années 80, les pays du Royaume Uni ont instauré ce mode d'exercice, avant de poursuivre son développement à travers le monde dans les années 90 et 2000.

Désormais, la pratique avancée est déployée sur l'ensemble des continents et son application dépend du contexte national et des enjeux de santé publique propre à chaque pays.

Néanmoins, il reste difficile de comparer le périmètre des missions ou les modalités de leurs formations dans les différents pays tant les données sont peu exhaustives. Elles diffèrent cependant et les organisations internationales d'infirmières militent pour que le rôle et l'expertise de ces professionnels du soin soient mieux reconnus.

En 2010, l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) a effectué un vaste travail de recensement (9) des différentes pratiques avancées des infirmiers dans 12 pays

membres. Ce travail avait pour objectif de faire une mise au point sur les modalités de fonctionnement, de formation et de résultats des IPA afin de permettre la mise en place de cette pratique avancée dans d'autres pays mais aussi d'améliorer son fonctionnement dans les pays où cet intervenant était déjà en vigueur.

1. Le modèle Américain : le modèle pionnier

En 1965, est né aux Etats-Unis le concept d'infirmière praticienne (IP), initialement déployé pour dispenser des soins pédiatriques pour ceux n'en ayant pas accès.

Il s'agissait de délivrer des soins de manière globale, centré sur la personne avec des responsabilités accrues en terme de diagnostic ou de traitement.

Ce modèle s'est tout de suite distingué de l'approche médicale notamment en mettant l'accent sur la prévention.

Leurs fonctions ont rapidement été revalorisées sous couvert d'une supervision médicale protocolisée.

Le droit de prescrire des médicaments des infirmières en pratique avancée a été introduit dans certains états au milieu des années 1970.

Selon le « US National Council of State Boards of Nursing », il existe 4 principales raisons expliquant le développement du rôle avancée infirmier :

- la pénurie de médecins
- le besoin d'améliorer l'accès aux soins
- la qualité/continuité des soins
- contenir la croissance des dépenses de santé.

À l'issu de nombreuses réformes du système de santé dans les années 2010, les infirmiers en pratiques avancées ont vu leurs responsabilités professionnelles et leurs taches devenir plus importantes avec une autonomie grandissante.

La majorité des états accorde, à présent, un droit étendu de prescrire et 47 états ainsi que le district de Colombia autorisent les infirmières praticiennes à prescrire des stupéfiants.

Aux États-Unis, la formation des infirmiers est calquée sur le système Bachelor-Master-Doctorat (équivalent au système « Licence-Master-Doctorat » français).

Les étudiants infirmiers doivent réussir un niveau Master (le niveau Doctorat n'existe pas encore pour les soins infirmiers).

Après l'acquisition du niveau Master, il est possible de passer un examen pour devenir « Advanced Practices Registered Nurses » ou « APRN » (= infirmière de pratique avancée).

Les infirmières en pratique avancée peuvent se spécialiser dans des domaines tels que les soins des enfants, des femmes et des personnes âgées.

Quatre types d'APRN existent à ce jour :

- Certified Registered Nurse Anesthetist CRNA (= infirmière anesthésiste certifiée autorisée)
- Certified Nurse Midwife CNM (= infirmière sage-femme certifiée)
- Clinical Nurse Specialist CNS (= infirmière clinicienne spécialisée)
- Nurse Practitioners NP (= infirmière praticienne certifiée).

Les principales différences entre l'infirmière praticienne et les autres APRN sont :

- leur implication dans les soins primaires : ils sont alors assimilés à des « mini-médecins » (10), ils sont capables de faire un bilan initial, un diagnostic et de prescrire le traitement adéquate
- leur autonomie d'exercice : variable d'un état à l'autre selon l'offre et la demande en terme de démographie médicale (9). Dans les zones isolées, comme en Alaska, une infirmière praticienne peut être le seul fournisseur de santé pour une communauté. Dans ces zones éloignées, les infirmières praticiennes ont plus de chance d'exercer de manière indépendante.

Aux États Unis, 40 % des cabinets de soins primaires emploient des NP (10).

Enfin, plusieurs évaluations ont été conduites aux Etats Unis concluant que les infirmières en pratique avancée assurent des soins d'une grande qualité et fiabilité (Annexe 1).

Le principal facteur entravant l'expansion des rôles avancés infirmiers est la position opposante des associations de médecins (10).

2. Un autre modèle d'expérience : le modèle Anglais

Au Royaume Uni, les soins de santé sont gérés par un service unique créé en 1948 : The National Health Service (NHS).

Au départ, le NHS reconnaissait les médecins généralistes (General Practitioners) comme unique garants des soins de santé en soins primaires.

Puis le développement de services téléphoniques gérés par des infirmiers (NHS Direct) ou des centres de soins pour pathologies simples (NHS Walk-in Centres) à partir des années 1970, a fait évoluer le modèle, en incluant les maladies chroniques et la promotion de la santé dans le champ d'application de la médecine générale.

Parallèlement, la pratique et l'approche de la médecine générale change, et ce depuis les années 60. Elle met l'accent sur la consultation centrée autour du patient et de son environnement bio-médico-social, et non plus sur une prise en charge « pathologie orientée ».

L'introduction de la pratique avancée infirmier remonte timidement aux années 70 où les médecins généralistes étaient amenés à signer des contrats avec des infirmiers pour exercer des tâches simples comme les examens cliniques de routine de patients atteints de pathologies chroniques, les campagnes de vaccination ou encore les dépistages du col de l'utérus. C'est depuis les années 90 que leurs fonctions se démocratisent et que leur nombre prolifère.

Aujourd'hui les IPA (nommées Practice Nurse ou Nurse Practitioners en Angleterre) permettent aux médecins de déléguer les soins courants (prise en charge de pathologies simples ou soins de routine de pathologies chroniques). Il pourrait également « remplacer » le médecin (9). Les tâches incluses : le diagnostic, la prescription de test-traitement-soins, l'éducation thérapeutique, le dépistage, ainsi que l'adressage à d'autres professionnels de santé.

Toutefois cette pratique avancée, n'est pas standardisée comme dans d'autres pays. En effet, le titre de « Nurse Practitioner » découle de formations effectuées après l'obtention de leur grade d'infirmier, mais n'est pas reconnu en tant que tel.

En synthèse : ces deux grands modèles (Américain et Anglais) possèdent une grande gamme de services associés à un grand niveau d'autonomie.

3. Autres modèles non anglo-saxons « incomplet » ou « en retard »

À Chypre, le rôle des IPA est davantage lié à la prévention et le suivi de patients dans des domaines spécifiques (diabète, suivi de la mère et de l'enfant, addiction) mais sans prescription médicamenteuse ou d'examen complémentaire (9).

En Finlande, la pratique avancée consiste également en une activité de prévention avec des consultations somatiques et psychologiques avancées mais aussi la possibilité de prescrire des examens d'imagerie et, depuis 2010, d'un nombre restreint de médicaments (9).

Au Japon, les infirmiers jouent un rôle classique mais peuvent se spécialiser dans certains domaines (comme l'oncologie, la santé mentale, les soins intensifs ...) mais ils ne peuvent en aucun cas émettre de diagnostic ou effectuer des prescriptions thérapeutiques (9).

B. L'IPA en France ?

1. Chronologie des dispositifs législatifs

Janvier 2016 : sous le gouvernement Hollande, la ministre de la santé et des solidarités, Marisol Touraine instaure la « Loi de Modernisation de notre système de Santé » ou loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 (11) composée de 19 mesures phares.

La mesure n°11 « Élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique » reconnaît pour la première fois le terme d'infirmier en pratique avancée (ou infirmier clinicien) à travers l'article L 4301-1 du Code de la Santé Publique.

Toutefois, aucun décret d'application de cette loi n'a été promulgué dans les suites immédiates de cette loi.

Juillet 2018 : sous le gouvernement Macron « Ma santé 2022 », Agnès Buzyn, Ministre des santés et des solidarités, instaure 2 décrets d'application de la loi n°2016-41 (12,13), formalisant ainsi le diplôme d'état de l'infirmier en pratique avancée ainsi que l'exercice de la pratique avancée infirmier dans 3 domaines :

- les pathologies chroniques stables

- l'oncologie
- l'onco-hématologie ainsi que les maladies rénales chroniques, la dialyse et la transplantation rénale.

Sont également mis en place, 3 arrêtés (14,15,16) fixant les conditions d'accès à la formation, les listes des actes techniques, de suivi et de prévention ainsi que les listes des pathologies chroniques pouvant être pris en charge par les IPA.

La mise en place définitive des infirmiers en pratique avancée est désormais en vigueur.

Septembre 2018 : mise en place des premières formations au sein des universités participantes dès la rentrée universitaire de Septembre 2018, soit 2 mois après la publication des textes officiels.

Août 2019 : les textes de Juillet 2018 sont complétés par 2 décrets (17,18) et 3 arrêtés (19, 20) précisant certaines modalités de prise en charge et de fonctionnement mais également promulguant un 4ème domaine : la psychiatrie et la santé mentale.

Novembre 2019 : création de l'Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée (ANFIPA) (21).

Juin 2020 : intégration des premières promotions d'IPA au sein des structures de soins.

Juillet 2020 : au cours de la crise sanitaire liée à la pandémie du Covid-19, le ministre de la santé et des solidarités, Olivier Véran instaure, à l'issue du premier confinement national en Mai 2020, le plan de santé « le Ségur de la Santé ».

Les conclusions sont présentées en Juillet 2020. Parmi les piliers, le ministre prévoit l'accélération de la mise en place des infirmiers en pratique avancée avec notamment 3 000 IPA en 2022 et 5 000 en 2030 (22).

Octobre 2021 : nouveau complément aux textes de Juillet 2018, avec 1 arrêté (23) promulguant un 5ème domaine : les urgences.

Mars 2022 : modification et élargissement des annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique (24).

2. Missions

Selon le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) (25) :

- l'IPA exercera dans une forme innovante de travail interprofessionnel
- il suivra des patients qui lui auront été confié par un médecin, avec son accord et celui des patients
- il verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies en fonction des conditions prévues
- l'IPA discutera du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec le médecin référent
- il reviendra vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétence seront atteintes ou lorsqu'il repèrera une dégradation de l'état de santé d'un patient.

À ce jour 5 domaines ou mentions d'intervention sont définis :

- pathologies chroniques stabilisées*, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires
- oncologie et hémato-oncologie
- psychiatrie et santé mentale
- maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- urgence.

** Arrêté du 18 Juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées (15) : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathies et maladies coronariennes, diabète de type 1 et de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.*

Une mention « Gériatrie » est en cours de construction et la société française de gériatrie a effectué une proposition de référentielle en Décembre 2020 pour la création de la mention « Gérontologie » (26).

La mention « pathologies chroniques stables » est la mention en lien direct avec la pratique de la médecine générale, la suite de cette étude se limitera à cette unique mention.

3. Formation

La formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, est dispensée au sein d'établissements universitaires agréés (28 recensés en Aout 2022 / source ANFIPA) et est structurée en 4 semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens et confère à son titulaire le grade de master.

Pour mémoire, les études en soins infirmiers sont réparties sur 3 années au sein des IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers).

La formation est organisée en enseignements théoriques et pratiques, à raison de 4 200 heures en totalité.

La formation est ouverte :

- soit aux candidats justifiant du diplôme français d'état d'infirmier
- soit d'un diplôme équivalent reconnu (liste disponible dans les articles L. 4311-3 ou L. 4311-12 du Code de la Santé publique).

Le diplôme est ouvert en formation initiale et en formation professionnelle continue, avec notamment la possibilité de bénéficier des dispositifs de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Le programme de la formation s'articule autour de 10 Unités d'Enseignements (ou UE) dont font partie la clinique, la recherche, l'éthique et la responsabilité.

Les deux premiers semestres de la formation correspondent à un tronc commun d'enseignement.

À l'issue du deuxième semestre, les étudiants confirment le choix de leur mention ou domaine de compétence qui fait l'objet d'enseignements spécifiques du troisième et quatrième semestre.

Durant leur formation, les étudiants accomplissent 2 stages auprès d'établissements de santé publics, privés, de professionnels de santé exerçant en pratique de ville, de services de santé de type réseaux de santé ou de centres de santé et maisons de santé :

- un stage d'une durée minimum de 2 mois au cours du deuxième semestre de formation
- un stage d'une durée minimum de 4 mois, au cours du quatrième semestre de formation, dont les objectifs sont en lien direct avec la mention suivie.

Enfin, le titulaire du diplôme est autorisé à exercer, en pratique avancée dans son domaine d'intervention, s'il justifie de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier.

4. Compétences acquises

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.

En résumé, l'IPA peut :

- conduire toutes activités d'orientation (vers des spécialistes par exemple), d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire
- effectuer des actes d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique (électrocardiogramme, spirométrie, ...)
- effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention
- prescrire :
 - des produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire
 - des dispositifs médicaux non soumis à la prescription médicale obligatoire
 - des examens complémentaires (bilan sanguin, urinaire et radiologique)
 - renouveler, avec « adaptations » si besoin, des prescriptions médicales (médicaments, soins infirmiers, ...).

(Liste exhaustive et complète disponible en annexe I à IV de l'arrêté du 11 Mars 2022 en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique (24)).

5. En pratique

Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les IPA un protocole d'organisation est établi.

Ce protocole précise :

- le ou les domaines d'intervention concernés
- les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés
- les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA
- les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés
- les conditions de retour du patient vers le médecin.

Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les IPA. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

Le médecin et l'IPA partagent les informations nécessaires au suivi du patient. Les résultats des interventions de l'IPA 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 sécurisé.

Lorsque l'IPA 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.

Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA. Ces modalités figurent dans un document versé au dossier médical du patient.

6. Limites du modèle français

Dans ses «Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » de Novembre 2021, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) considère que les infirmières de pratique avancée à la française reste un statut hybride, n'allant pas au bout des préconisations du Conseil International des Infirmiers (CII) ou ne traduisant pas toutes les spécificités de ces pratiques avancées, telles qu'elles sont appliquées dans d'autre pays.

Se revendiquant « nurse practitioner » à l'anglo-saxonne, qui dispose d'une autonomie élargie incluant accès-direct, diagnostics simples et primo-prescription, la version française de la pratique avancée n'offre cependant pas cette autonomie.

En effet, les IPA en France font du suivi orienté par un médecin, selon un protocole obligatoire, et avec le consentement du patient. Malgré l'autonomie qu'ils acquièrent comme le droit de prescription et de renouvellement ou d'adaptation des traitements, les IPA n'exercent ni en première ligne, ni de manière isolée.

En réponse à cette limite, la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale propose d'ouvrir, dans le cadre d'une expérimentation de 3 ans, dans certains territoires, l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

Cette mesure a été intégrée au PLFSS 2023 (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale).

Cet accès de premier recours permettrait aux IPA de prodiguer des soins primaires sans prescription médicale sur des pathologies bénignes qui ne nécessitent pas un passage par les services d'urgences, en plus de pouvoir prodiguer, sur demande d'un médecin traitant, un suivi sur des patients affectés d'une pathologie chronique. Le médecin serait quant à lui tenu informé des soins réalisés.

C. Situation en Charente Maritime

Après les annonces de création des textes encadrant l'exercice et la formation de la pratique avancée infirmière, ce sont les ARS qui prennent le relais pour la promotion, la mise en place, et l'accompagnement. Selon les régions, l'accompagnement et les propositions sont différentes.

Actuellement en Charente Maritime, il est répertorié 4 IPA dont 2 spécialisés en pathologies chroniques stabilisées à :

- Aumagne (1770)
- Royan (17200).

Sources : annuaire santé de l'Agence du Numérique en Santé (ANS).

En Nouvelle Aquitaine, 3 universités proposent la formation d'IPA : Bordeaux, Limoges et Poitiers.

Pour aider les potentiels candidats, dans l'élaboration de leur projet, il existe une association « IPAssociation Nouvelle Aquitaine », qui a pour objet d'implémenter, promouvoir, développer et coordonner la mise en œuvre de la pratique avancée infirmier dans la région Nouvelle Aquitaine. Elle

permet de mettre en lien les étudiants IPA et IPA diplômés avec les professionnels souhaitant s'engager dans cette voie.

L'ensemble des ARS proposent un dispositif d'accompagnement financier pour aider les infirmiers libéraux à suivre la formation.

En Charente Maritime, cette somme s'élève à 11 000 € par an pour compensation partielle d'activité, auquel s'ajoute 5 000 € par an pour la prise en charge des frais de formation universitaire.

Chaque année l'ARS ne finance qu'un nombre très limité de candidats.

Cette attribution est soumise à un examen de dossier, à la proposition d'un projet professionnel cohérent avec les enjeux du territoire et d'un engagement d'exercice de 5 ans dans une zone très fragile, fragile ou intermédiaire (le zonage de référence est celui en cours de validité à la date de la candidature de la demande, disponible à l'adresse : la.charente-maritime.fr/sante).

II. ETUDES

A. Problématique et objectif principal

Au vu de cette présentation, nous sommes forcés de constater que le médecin généraliste libéral constitue la pierre angulaire de ce nouveau fonctionnement collaboratif au sein des soins primaires.

Des questionnements sont alors évidents :

- Les médecins en ont-ils une bonne connaissance ?
- Quelles sont leurs freins vis-à-vis de cette nouvelle collaboration ?

Dans ce contexte, il a été décidé d'analyser la collaboration des IPA avec les médecins généralistes, à travers le prisme des médecins généralistes eux-mêmes.

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les freins à la mise en place et au déploiement des IPA, d'un échantillon exhaustif de médecins généralistes, en l'occurrence ici à l'échelle du département de la Charente Maritime.

Enfin dans une dernière partie, nous proposerons des pistes ou recommandations pour guider les autorités de santé vers une meilleure acceptation et implantation de la pratique avancée infirmier.

B. Etude de la littérature

Afin d'élaborer et structurer l'étude, nous avons réalisé une étude de la littérature internationale afin de répertorier les différents freins émis par les médecins au développement de la pratique avancée infirmier.

1. Méconnaissance de ce nouvel intervenant

Dans la littérature, la fonction ambiguë ou mal-comprise des IPA est retrouvée chez Jakimowicz et all (27) qui expriment l'idée que « le manque de clarté du champ d'exercice des IPA induirait une perte d'intérêt des médecins généralistes envers la pratique avancée ».

Dès lors, cette perte d'intérêt induirait l'absence de collaboration effective.

Cette ambiguïté ainsi que le manque de clarté sur la fonction et le type d'activité réalisable, peut induire « un recours aux rôles traditionnels de leur relation avec les infirmiers en résistant ainsi à l'accès des IPA aux tâches médicales ».

Ceci empêchant les IPA d'accéder à ce rôle de pratique avancée pour lequel elles sont formées.

2. Des compétences discutées

Selon Wilson et all (28), certains « médecins craignent que seuls les médecins n'aient la formation, les compétences et l'intelligence pour évaluer correctement les patients et diagnostiquer des maladies. Il est exprimé un manque de confiance générale dans la capacité de l'infirmier à assumer ce rôle d'IPA ».

Ils soulignent également que « les médecins n'ayant jamais expérimenté une collaboration avec un IPA sont convaincus que la formation actuelle des IPA ne soit pas adaptée pour leur permettre d'assumer ce rôle avancé ».

3. Refus à la délégation de certains actes médicaux

Certaines tâches sont sujettes à discussion, particulièrement le droit de prescription dont le renouvellement d'ordonnance.

De cette délégation de tâche émerge l'idée de la substitution d'un professionnel de santé par un autre. Ceci est décrit par Niezen et Mathijssen (29) qui évoquent cette idée que la réaffectation de tâches, qui positionne l'IPA d'un statut variable allant de celui de « super-infirmier » à celui de « mini-médecin », implique une substitution au médecin, qui pourrait sous-entendre son remplacement à moyen-long terme.

Selon Ling et al (30), la résistance des médecins à l'introduction de la prescription infirmière est premièrement basée sur l'idée que « l'essence des soins infirmiers serait perdue en élargissant le rôle infirmier à la prescription ». Les IPA « devraient se concentrer sur le réconfort des patients malades et en difficulté pour maintenir leur bien-être et améliorer leur résilience ».

Le deuxième obstacle serait l'insuffisance des connaissances des infirmiers en pharmacologie.

Le troisième obstacle concernant le poids de la charge administrative avec notamment la traçabilité de la prescription qui serait un obstacle trop lourd à la mise en place de la prescription.

Toujours selon Ling et all « le manque d'organisation, de sensibilisation du public, de législation, de financement et de réglementation sont considérés comme d'autres obstacles essentiels à la prescription par les infirmiers ».

4. Un nouveau rôle de médecin rejeté

Selon Wilson et all (28), les conséquences de l'intégration de la pratique avancée induit chez certains médecins la crainte d'une perte du statut, voire même d'une remise en question de leur propre utilité et de leur formation.

Effectuer autant d'années d'études pour se rendre compte que des IPA peuvent effectuer les mêmes choses inquiètent les médecins.

Emane alors la perception d'une collaboration inutile voir dangereuse.

Ce nouveau positionnement ferait du médecin généraliste un médecin « expert » en médecine générale qui impliquerait une prise en charge de patients difficiles et/ou complexes que ne peut assumer l'infirmier en pratique avancée.

Ce concept d'éviction des consultations « simples » est évoqué par Wilson et al (28) qui indiquent une préoccupation des médecins sur cette suppression d'alternance de consultations : le fonctionnement d'un cabinet type de médecine générale est basé sur un enchaînement de consultations dites « simples » et d'autres « complexes ». Cette alternance de consultations donnerait « un rythme au médecin ». Envisager cette collaboration et déplacer le médecin généraliste comme expert ne serait pas lui apporter une aide, mais au contraire accentuer les difficultés du fait d'une prise en charge itérative de consultations difficiles.

5. Un plan organisationnel et législatif flou

Selon Niezen et Mathijssen (29) « un manque de définition claire des rôles, des droits et des responsabilités peut rendre difficile, pour les IPA, d'exercer leur potentiel ».

Ils estiment également que « la disponibilité de protocoles et de procédures formelles pourrait faciliter la réaffectation des tâches des médecins aux IPA ».

Sur le plan législatif, il n'est pas prévu d'organisation concrète de cette collaboration entre le médecin généraliste et l'IPA. Celle-ci s'effectue sous réserve de protocoles rédigés sur le terrain, en accord des deux participant. Ainsi, libre place serait laissée à des interprétations des fonctions et du positionnement des uns et des autres.

Ce manquement sur le plan législatif abouti à des incertitudes de fonctionnement.

En extrapolant, certains protocoles collaboratifs locaux pourraient ne pas rentrer dans le cadre prévu par les dispositifs réglementaires. Certaines fonctions attribuées aux IPA, pourraient sortir de leurs compétences, pour lesquelles ils ne seraient pas formés.

En effet, ces protocoles sont soumis « aux valeurs individuelles et de l'interprétation » (31) et sont réalisés soit par les médecins généralistes, soit par des professionnels de santé non formés à la création de ce type de protocole.

L'absence d'anticipation de certaines situations peuvent mettre en échec ces protocoles et exposer à des conflits.

Par ailleurs, la notion de responsabilité des différents acteurs au sein de la collaboration n'était pas explicite et claire comme le met en évidence Niezen et Mathijssen (29) « il existe un manque de

clarté en ce qui concerne les responsabilités légales des médecins lorsqu'un infirmier praticien commet une erreur entraînant un préjudice pour un patient ».

« De plus les erreurs commises par les IPA sont jugées plus sévèrement que les erreurs commises par les médecins, car les IPA sont une nouvelle profession sans cas d'école. Cela augmente la pression exercée sur les IPA et peut secondairement entraver la réaffectation de tâches et la collaboration ».

Ce manque de clarté induirait selon Jakimowicz et all (27) « un fossé entre les médecins généralistes et les IPA ».

C. Méthode

Notre étude repose sur une méthodologie quantitative, basée sur une étude épidémiologique observationnelle transversale via un questionnaire destiné aux médecins généralistes.

1. Critères d'inclusions et d'exclusions

Le choix de la population cible s'est porté sur les médecins généralistes libéraux exerçant en Charente Maritime au 1^{er} Janvier 2023.

Ce choix de territoire géographique a été décidé par commodités et intérêts personnels.

Il s'agit donc d'une enquête départementale exhaustive. Ainsi, tout médecin généraliste, libérale, installé, conventionné de secteur 1, au sein de la région Charente Maritime est inclus dans l'enquête.

Les principaux critères d'exclusions important à notifier sont les suivants :

- médecin généraliste n'exerçant pas en libéral
- médecin généraliste remplaçant (thésé ou non ou retraité).

2. Recrutement / recueil des données

Les médecins généralistes respectant les différents critères ont été soigneusement listé en recoupant les informations issues de l'annuaire du conseil de l'ordre de Charente Maritime ainsi que celui de la caisse primaire d'assurance maladie.

Ils ont ensuite été contacté selon deux modes :

- principalement par diffusion de mail adressé directement aux médecins, après un travail de récupération d'adresse électronique par appel des différents secrétariats
- diffusion sur des groupes de messageries électroniques partagés de médecins (WhatsApp®).

Le contact avec les participants ainsi que la collecte des réponses, a été effectuée par le biais d'un questionnaire informatisé via Google Form®.

Le questionnaire (Annexe 2) peut- être divisé en 3 parties.

La première partie de ce questionnaire, a pour but de recueillir les caractéristiques du médecin répondant afin de bien caractériser l'échantillon.

Ensuite, il est évalué son niveau de connaissance globale et son opinion concernant la pratique avancée infirmier et ses retentissements sur la profession.

Et pour finir, les dernières questions avaient pour but d'ouvrir des pistes de réflexion sur la promotion de ce nouvel intervenant auprès des médecins généralistes.

Au total, ce sont 324 médecins généralistes sur un total de 621 médecins généralistes listés, qui ont reçu un lien par courriel pour accéder au questionnaire en ligne.

Le questionnaire a été diffusé mi-Janvier 2023. La date de clôture des réponses a été fixée mi-Mars 2023 à la suite de 2 relances faites à 15 jours d'intervalles.

Il a été recueillie et validée, 69 réponses donnant un taux de réponse de 21,3 %.

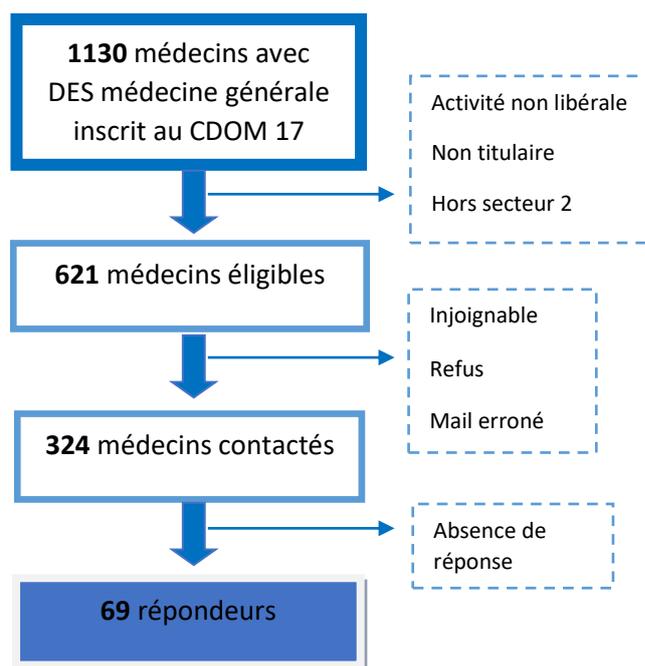


Diagramme de flux

3. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée de manière anonyme.

Les analyses statistiques linéaires ont été traitées par le logiciel de Google Form® permettant d'évaluer les différentes réponses aux questions sous forme d'effectifs (n) et de pourcentages (%).

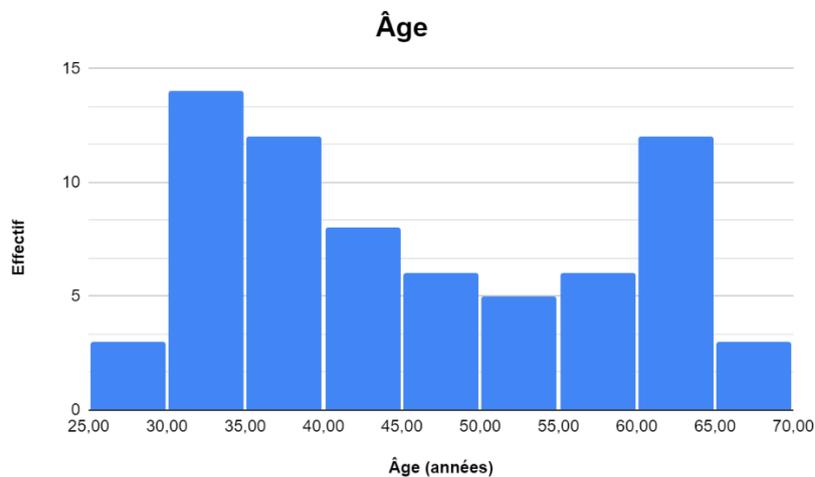
Les résultats ont ensuite été retraités via le site <https://www.pvalue.io/fr/> afin de réaliser des tests croisés dynamiques, pour la plupart par un test de Fisher (devant un échantillon de petite taille), avec un seuil de significativité de 5 %.

D. Résultats

1. Profil / caractéristique de l'échantillon

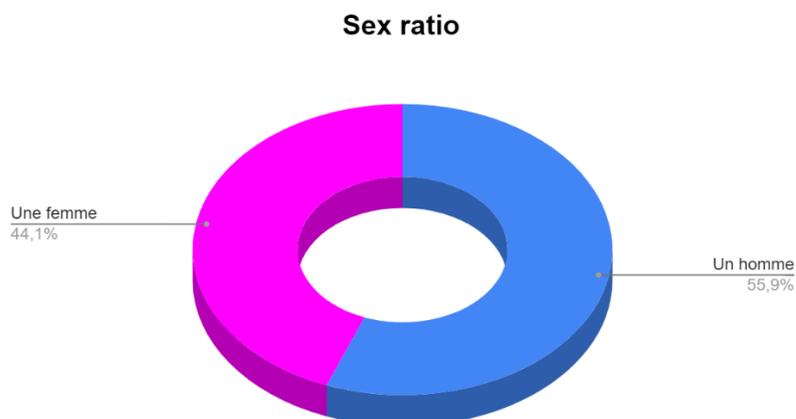
a. Âge

Les participants ont entre 28 ans pour le plus jeune et 68 ans pour le plus âgé. La moyenne est de 45,6 ans et la médiane est de 44 ans.



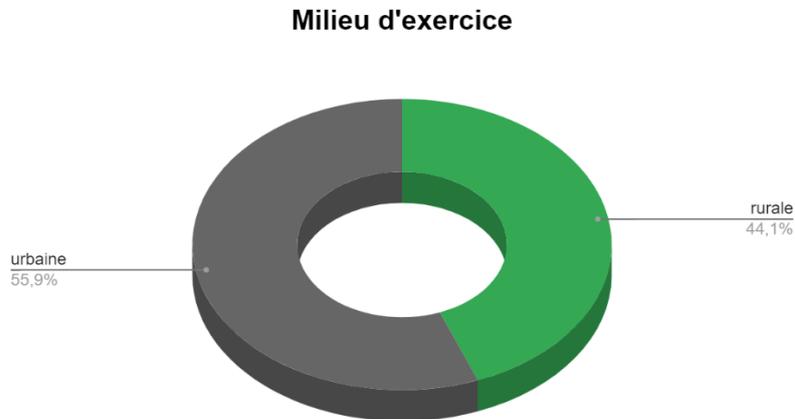
b. Sex ratio

Parmi les participants, on compte plus d'hommes que de femmes. 38 hommes ont participé à l'étude ce qui représente 55,9 % de la population étudiée, pour 31 femmes soit 44,1 % de la population.



c. Lieu d'exercice

Les participants travaillent en majorité en milieu urbain 55,9 % (plus de 2 000 habitants) (n= 39), contre seulement 44,1 % en milieu rural (n= 30).

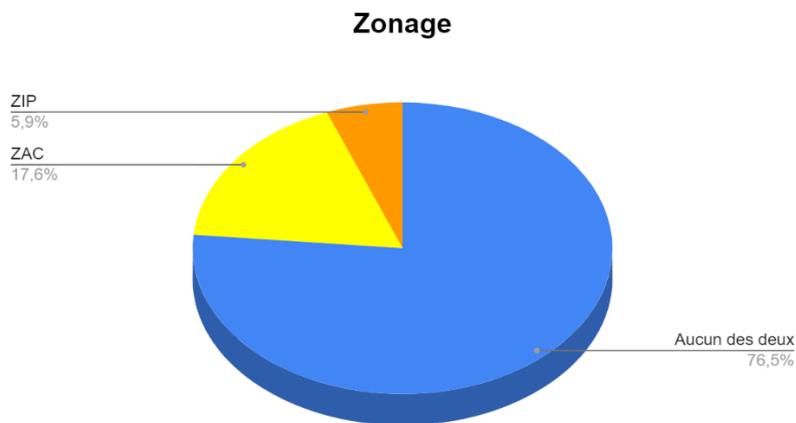


Pour rappel : le directeur général de chaque ARS est chargé de publier par arrêté, les zones de son territoire dont l'offre de soins est insuffisante ou dont l'accès aux soins est difficile. Les centres de santé et professionnels de santé implantés sur ces zones peuvent bénéficier d'aides destinées à réduire les inégalités d'accès aux soins en favorisant une meilleur répartition géographique des professionnels.

Cette carte est le résultat d'un travail de concertation conduit par l'ARS, en lien avec les préfetures des départements, l'assurance maladie, d'élus du territoire, de représentants des médecins libéraux, du conseil départemental de l'ordre des médecins et du conseil territorial de santé.

En Charente Maritime, ce nouveau classement est entré en vigueur fin Avril 2022 pour une durée de 3 ans maximum (Annexe 3). Le dernier zonage datant de 2018.

76,5 % (n = 53) des répondants déclarent ne pas être concerné par ce zonage. Seulement 4 sont concernés par une ZIP et 12 par une ZAC soit 23,5 % des participants.



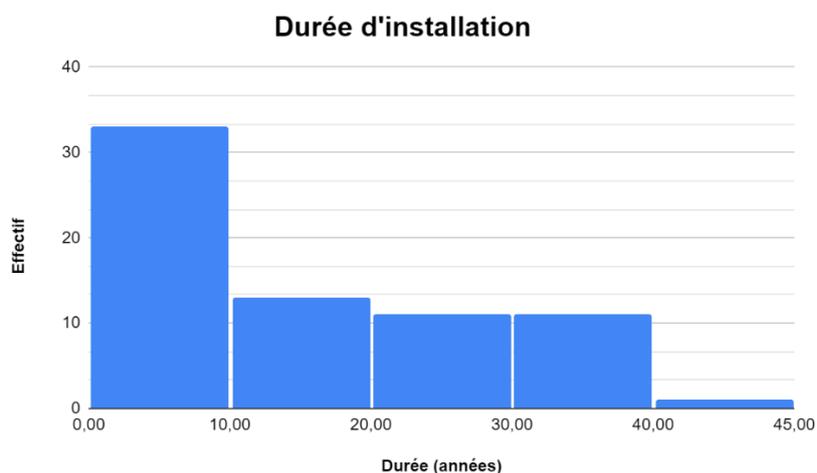
d. Mode d'exercice

Les deux tiers des participants exercent dans un cabinet médical de groupe (66,2 %, n = 45), les autres travaillent soit en maison de santé pluridisciplinaire (23,5 %, n = 17), soit en cabinet seul (10,3 %, n = 7).



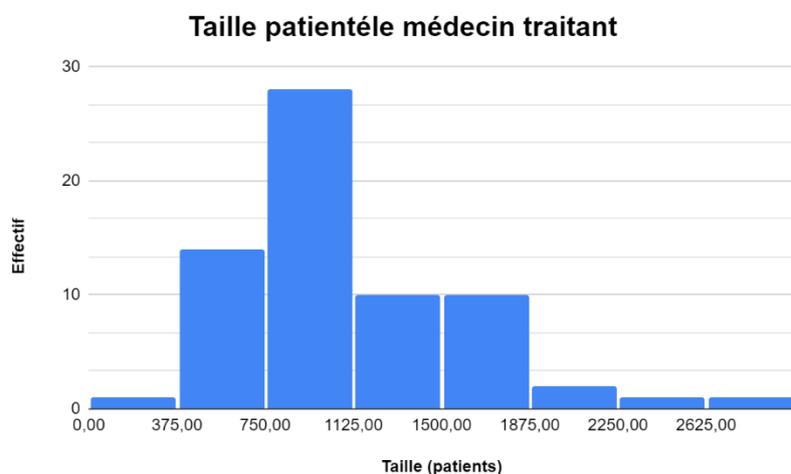
e. Durée d'installation

Le nombre d'années d'installation des médecins interrogés varient entre 42 ans et 6 mois pour les plus récents. Notre échantillon compte une majorité de jeunes installés avec 40,6 % (n = 28) de participants installés depuis moins de 6 ans et seulement 13 % (n = 9) depuis plus de 30 ans. La durée moyenne d'installation est de 14 ans et une médiane de 10 ans.



f. Taille patientèle

La taille des patientèles de notre échantillon varie de 370 à 2900 patients pour la plus importante. La taille moyenne est de 1083 patients, avec une médiane de 1000 patients. À noter que 2 éléments de notre échantillon ne se sont pas prononcés.



Cette taille de patientèle semble adaptée à la demande de leur zone d'activité respective : 68,2 % (n = 47) de notre échantillon déclare ne pas avoir de gros potentiel d'extension de celle-ci.

g. Répartition du temps de travail

La moitié de notre échantillon déclare avoir une activité parfaitement équilibrée entre le suivi des Renouvellements d'Ordonnance (RO) et des pathologies aiguës.



Globalement les médecins généralistes interrogés semblent assez disponibles pour leurs patients en cas de pathologie aiguë : 68,1 % (n = 47) promettent un rendez-vous dans les 24 H et 27,5 % (n = 19) entre 1 et 3 jours. Seul 2,9 % (n = 2) avouent ne pas être disponibles pour les recevoir avant 4 jours.

h. Dispositif déjà en place ?

Parmi nos médecins répondants, seulement 2 (soit 2,9 %) bénéficient déjà de ce nouveau dispositif et affirment suivre des patients en parallèle d'une IPA.

Leur profil mérite de s'y intéresser : (commune gardée confidentiel afin de conserver leur anonymat)

- Répondant n°16 : homme de 61 ans, installé depuis 32 ans, exerçant en zone rurale, dans une ZAC, en MSP, médecin traitant référent pour 1300 patients et disponible sous 1 à 3 jours pour des motifs aigus
- Répondant n°52 : une femme, de 54 ans, installée depuis 22 ans, exerçant en zone rurale, dans une ZAC, en cabinet seul, médecin traitant référent de 2900 patients, et disponible sous 1 à 3 jours pour des motifs aigus

Tous les deux estiment avoir une « bonne » connaissance de la formation ainsi que du rôle de l'IPA et déclarent avoir eu une vraie promotion de ce nouvel intervenant.

2. Niveau de connaissances

À l'exception d'un individu, l'ensemble des médecins répondant déclarent avoir connaissance de l'existence du statut d'IPA.

En revanche, notons bien que 80 % des répondants (n = 55) disent ne jamais en avoir eu clairement la promotion.

En analysant plus précisément, sur les 14 individus en ayant eu clairement la promotion, 9 font partie d'une zone prioritaire ce qui représente une promotion chez 56 % des médecins en zones prioritaires (versus 9,4 % des médecins hors zones prioritaires).

Ceci peut laisser suggérer une promotion ciblée en zones déficitaires soit un plus grand intérêt des médecins dans ces zones de pratique.

L'analyse univariée par le test de Fischer confirme que la promotion de ce nouvel intervenant est significativement différente selon le zonage.

	Promotion ? Non (n = 55)	Promotion ? Oui (n = 14)	n	p
Zonage, n				
Aucun des deux	48 (87%)	5 (36%)	53	<0.001
ZAC (zone d'accom...	5 (9.1%)	7 (50%)	12	-
ZIP (zone d'inter...	2 (3.6%)	2 (14%)	4	-

a. Perception - intérêt du dispositif / accueil globale

L'intérêt du dispositif est très partagé par nos répondants.

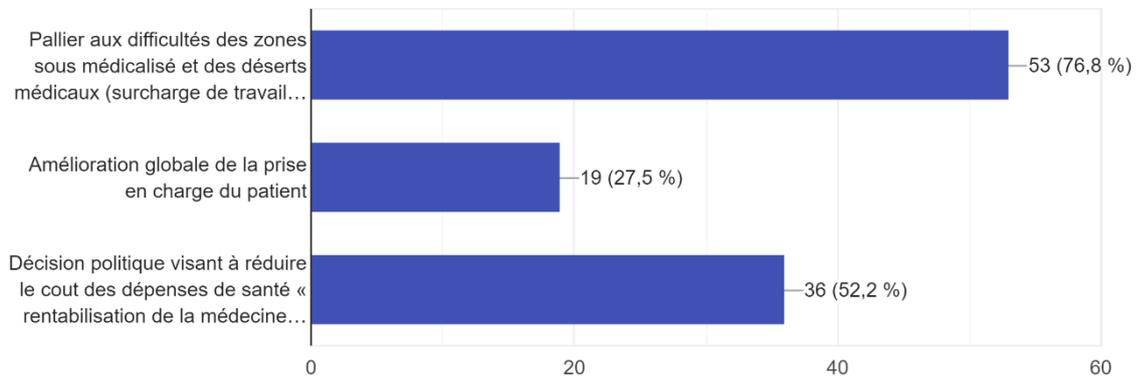
Trois quarts des médecins (soit 76,8 %, n = 53) ont compris l'intérêt du dispositif et estiment que ce nouvel intervenant a été instauré dans le but de pallier aux difficultés des zones sous médicalisées et des déserts médicaux.

En contrepartie la moitié de ces mêmes répondants (soit 52,2 %, n = 36) ont une vision négative et pensent également qu'il s'agit d'une décision politique visant à réduire le coût des dépenses de santé et « de rentabilisation de la médecine de ville ».

Enfin, un quart (soit 27,5 %, n = 19) y voient un aspect positif avec une amélioration globale de la prise en charge du patient.

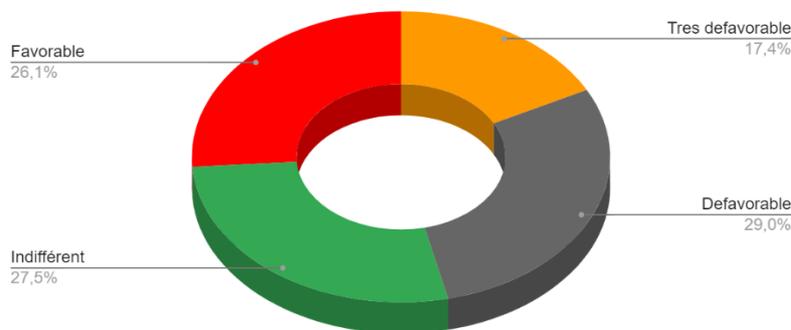
Selon vous, pour quelle(s) raison(s) a été instauré cette pratique avancé infirmier ? Cochez la ou les réponses(s)

69 réponses



Cette tendance se traduit très bien sur l'évaluation de l'accueil globale de cette nouvelle mesure. Une petite moitié (soit 46,4 %) sont réfractaires à ce nouvel intervenant, un quart (soit 27,5 %) sont indifférents et un dernier quart (soit 26,1 %) sont favorables à ce nouvel intervenant.

Accueil globale IPA



En revanche, résultat important, en analyse plus fine univariée, selon le test de Fisher, la promotion influence de façon significative l'accueil globale de l'IPA.

Ce qui laisse suggérer qu'une communication adaptée serait bénéfique pour la compréhension et le déploiement de ce nouvel intervenant.

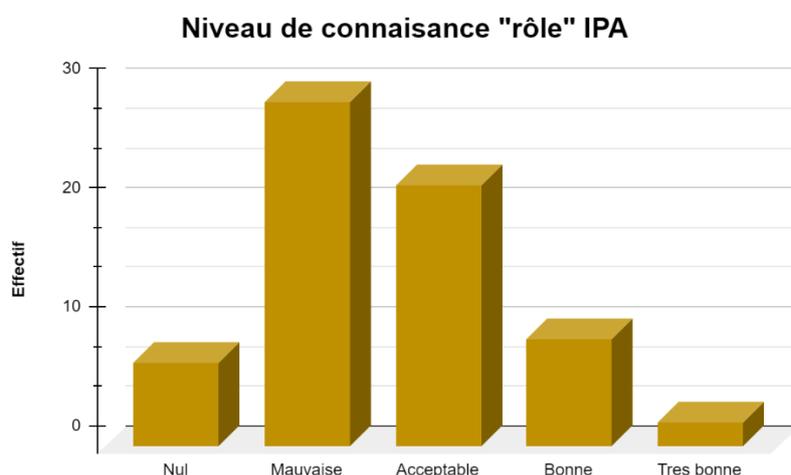
Toutes les autres caractéristiques (sexe, âge, taille patientèle, zone d'exercice, etc...) ne sont pas significativement liées à l'accueil global du dispositif.

	Accueil global IPA ? Defavorable (n = 20)	Accueil global IPA ? Indifférent (n = 19)	Accueil global IPA ? Favorable (n = 18)	Accueil global IPA ? Tres defavorable (n = 12)	n	p
Promotion ?, n						
Non	16 (80%)	19 (100%)	12 (67%)	8 (67%)	55	0.02
Oui	4 (20%)	0 (0%)	6 (33%)	4 (33%)	14	-

b. Rôle - fonction IPA

Globalement, le rôle et la fonction des IPA sont mal connus.

En effet, plus de la moitié (52,2 %, n = 36) déclarent avoir une mauvaise, voire inexistante connaissance de la fonction de ce nouvel intervenant.



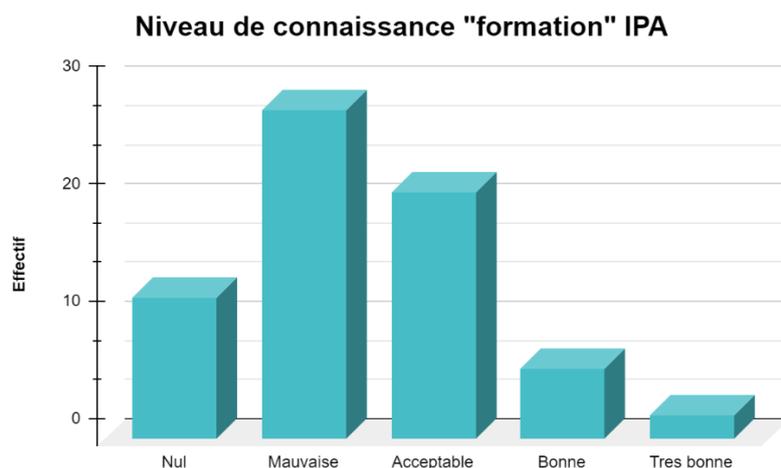
Sans surprise, la connaissance du rôle et de la fonction des IPA est significativement différente selon la promotion et indirectement le zonage, ce qui reprend les précédents résultats.

	Niveau de connaissance rôle IPA Mauvaise (n = 29)	Niveau de connaissance rôle IPA Acceptable (n = 22)	Niveau de connaissance rôle IPA Bonne (n = 9)	Niveau de connaissance rôle IPA Nul (n = 7)	Niveau de connaissance rôle IPA Tres bonne (n = 2)	n	p
Promotion ?, n							
Non	25 (86%)	19 (86%)	3 (33%)	7 (100%)	1 (50%)	55	<0.01
Oui	4 (14%)	3 (14%)	6 (67%)	0 (0%)	1 (50%)	14	-
Zonage, n							
Aucun des deux	25 (86%)	18 (82%)	4 (44%)	6 (86%)	0 (0%)	53	0.011
ZAC (zone d'accom...	2 (6.9%)	4 (18%)	4 (44%)	1 (14%)	1 (50%)	12	-
ZIP (zone d'inter...	2 (6.9%)	0 (0%)	1 (11%)	0 (0%)	1 (50%)	4	-

c. Formation IPA

Concernant le niveau de connaissance de la formation des IPA, les résultats et l'interprétation sont superposables au niveau de connaissance vis à vis du rôle des IPA.

On peut en déduire que la méconnaissance de ce nouvel intervenant est globale.



3. Les différents freins

a. Méconnaissance du dispositif

Comme vu précédemment, la méconnaissance envers ce nouveau dispositif est le frein numéro un, principalement par manque de communication.

En effet, selon notre étude, la promotion influence positivement et de façon significative (test de Fisher) sur le niveau de connaissance global de l'IPA puis indirectement sur l'accueil global du dispositif et possiblement sur sa mise en place.

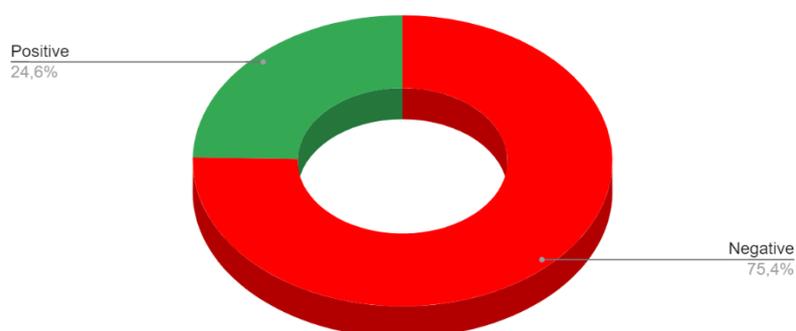
	Promotion ? Non (n = 55)	Promotion ? Oui (n = 14)	n	p
Accueil global IPA ?, n				
Defavorable	16 (29%)	4 (29%)	20	<0.01
Indifférent	19 (35%)	0 (0%)	19	-
Favorable	20 (36%)	10 (71%)	30	-
Niveau de connaissance rôle IPA, n				
Mauvaise	32 (58%)	4 (29%)	36	<0.01
Acceptable	19 (35%)	3 (21%)	22	-
Bonne	4 (7.3%)	7 (50%)	11	-
Niveau de connaissance formation IPA, n				
Mauvaise	36 (65%)	4 (29%)	40	<0.001
Acceptable	18 (33%)	3 (21%)	21	-
Bonne	1 (1.8%)	7 (50%)	8	-
Déjà en place ?, n				
Non	55 (100%)	12 (86%)	67	0.039
Oui	0 (0%)	2 (14%)	2	-

En revanche cela ne suffit pas, la problématique est plus complexe. En effet, même en connaissance de cause, la promotion n'influence pas de façon significative la vision sur l'évolution du métier, sur l'évolution de la relation médecin-patient et n'aide pas à se projeter dans une mise en place de cette collaboration.

b. Remise en cause du rôle du médecin généraliste

75,4 % des médecins répondants pensent que ce nouvel intervenant nivèle vers le bas le rôle et tout simplement le métier de médecin généraliste.

Evolution du metier de médecin généraliste ?



Les raisons en sont multiples :

- perte du rôle de clinicien au profit de coordinateur pour 81,5 % d'entre eux (n = 44)
- complexification de la pratique et retentissement psychologique pour 59,3 % (n = 32)
- crainte du chevauchement des rôles, concurrence ou « vol du métier » pour 38,9 % (n = 21).

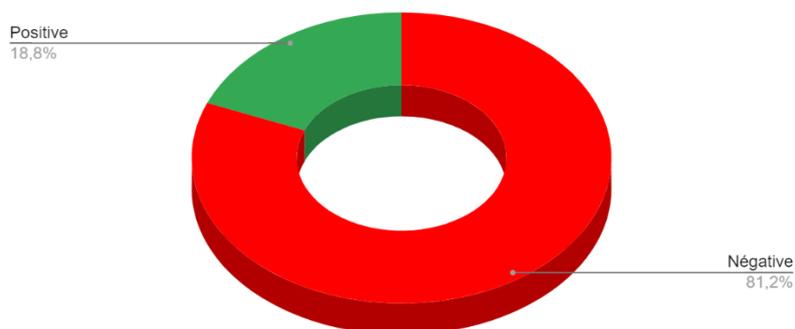
En réponse ouverte, la notion de perte de médecine holistique ou « bio-psycho-sociale », semble inconcevable et est reprise par 5 répondants :

- « perte globale de la situation »
- « fractionnement du patient, perte de vision globale, entraînant plus d'exams complémentaires et complexification d'une médecine déjà lourde »
- « aucun intérêt, pertes d'informations si pas de temps alloué à l'échange entre médecins-IPA, médecine qui peut s'avérer catastrophique »
- « la compétence de la complexité du patient est spécifique au médecin de famille »
- « un renouvellement d'ordonnance ne se limite pas à une prise de tension et à un copier coller de l'ordonnance précédente, notre expertise est globale, clinique et psychologique, celle-ci doit être perpétuée à chaque consultation, et cette faculté est propre au médecin généraliste ».

c. Crainte d'une dégradation de la relation médecin traitant-patient

81,2 % des répondants craignent une possible dégradation de la relation médecin-patient.

Evolution de la relation médecin - patient ?



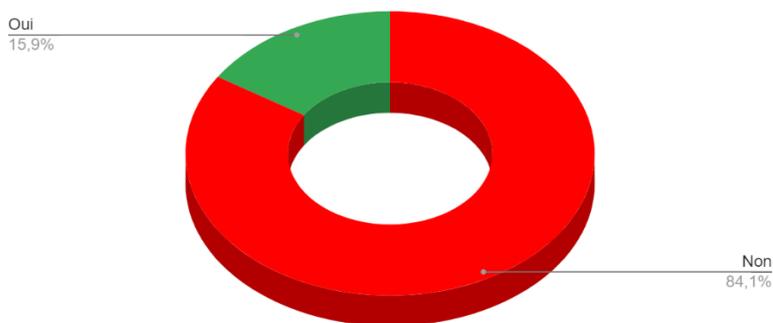
Les différentes causes mises en avant sont les suivantes :

- distanciation du médecin et du patient pour 79,3 % des répondants (n = 46)
- brouillage des rôles et multiplications des interlocuteurs pour également 79,3 % d'entre eux (n = 46)
- perte de confiance et d'adhésion, crainte du double discours pour 60,3 % (n = 35).

d. Mise en place difficile, abstraite et inadaptée dans certaines zones

Au questionnement d'une hypothétique intégration de ce nouvel intervenant dans leur pratique, c'est une claire opposition à 84,1 % (n = 58) qui en ressort.

Intégration de cette collaboration dans votre pratique ?



Leurs justifications sont les suivantes :

- incompatibilité avec leur territoire et leur vision de la pratique pour 66,1 % d'entre eux (n = 39)
- manque de clarté sur le plan juridique et des responsabilités engagées en cas d'erreur ou de mésentente pour 64,4 % d'entre eux (n = 38)
- manque de recul, d'encadrement et d'aide à la mise en place pour 40,7 % d'entre eux (n = 24)
- défaillance financière (absence de valorisation de l'adressage, de l'information du patient, de la rédaction du protocole, ainsi que des temps d'échanges entre IPA et médecins) pour 30,5 % d'entre eux (n = 18).

En réponse ouverte, certains répondants ont tenu à justifier leur choix. À trois reprises, revient l'idée d'une incompatibilité de la mesure avec certains territoires :

- « ça ne répond à aucune de mes attentes, et à aucune des difficultés auxquelles je fais face, et je n'y vois par ailleurs aucun intérêt pour mes patients »
- « uniquement utile en zone de tension médicale, ce qui n'est pas mon cas »
- « inadapté à mon territoire, j'ai une taille de patientèle raisonnable, ce qui me permet de leur consacrer le temps nécessaire ».

III. DISCUSSION

A. Points forts et points faibles de cette étude

1. Une étude originale

Tout d'abord le choix de ce sujet est innovant, d'actualité et qui à notre connaissance n'a pas fait l'objet de grandes recherches en France concernant la vision des médecins généralistes sur l'implantation de la pratique avancée des infirmiers.

Il semble important, à l'air du développement de la médecine ambulatoire, d'avoir une idée des questionnements, attentes et craintes soulevées par les médecins et ce afin de servir à d'éventuelles futures recherches.

2. Diversification et représentativité de l'échantillon

Le taux de réponse au questionnaire par rapport à la population cible est satisfaisante avec une participation de 21,3 % des médecins contactés.

De plus, en comparaison aux chiffres en Charente Maritime de l'Atlas de la démographie médicale 2022 du CNOM, le profil de notre échantillon est représentatif.

3. Objectivité de l'étude

Le choix du type d'étude et son mode de diffusion a été fait avec une volonté d'obtenir une participation importante et une bonne définition de la population cible, tout en respectant le temps de travail des confrères.

Le questionnaire à choix multiple peut comporter des biais d'évaluation et d'interprétation, comparativement à une enquête qualitative avec des échanges permettant précisions ou reformulations. Il apporte cependant une grande objectivité dans les réponses, toute subjectivité et interférence de l'opinion du rédacteur, notamment lorsque l'on questionne sur des opinions.

Le questionnaire a été remanié à plusieurs reprises et testé sur des médecins n'appartenant pas aux critères d'inclusion afin d'être le plus claire et précis.

Le choix de la période et le temps de diffusion du questionnaire ont été fait afin d'avoir le plus de réponses possibles : hors vacances scolaires, plusieurs relances à 15 jours d'intervalles.

Les médecins dont l'adresse mail n'étaient pas répertoriées, ou peut-être les médecins « non connectés » par manque de temps ou d'intérêt, n'ont pas été questionnés. À noter également, une filtration importante de certains secrétariats qui laissent dubitatif sur la réelle transmission de la demande. Cela représente un biais de sélection.

4. Pluralité et cohérence des résultats

Le choix du type de questionnaire, de son mode de diffusion et de notre population cible nous apparaissent comme des choix justes compte tenu de la pertinence des résultats obtenus ainsi que de la corrélation à la littérature étudiée.

5. Limites et perspectives

Notre population cible, finalement assez petite à l'échelle de la France, et une recherche bibliographique non exhaustive, peuvent sembler limitant dans l'extrapolation de nos résultats.

Il a été décidé ici de résumer la pratique avancée des infirmiers sous l'angle des médecins généralistes. D'autres travaux seront nécessaires afin de permettre une analyse plus fine et plus

complète de l'introduction de la pratique avancée des infirmiers en interrogeant les infirmiers en pratique avancée, les infirmiers « classiques » et les patients sur cette collaboration médecin généraliste-IPA.

D'autres aspects de la pratique avancée des infirmiers n'ont pas été abordé dans cette étude comme la collaboration des IPA avec les autres intervenants des soins primaires, secondaires voire tertiaires avec qui ils seront amenés à travailler.

Enfin, nous pouvons envisager des groupes de travail et de formation commun entre étudiants IPA et étudiants médecins afin d'approfondir le relationnel entre ces futurs collaborateurs.

La pratique avancée infirmière étant récente en France, il existe un manque de connaissance sur les IPA et de visibilité de son évolution dans le temps. D'autres travaux seront donc nécessaires pour permettre d'accéder à une vision encore plus objective de cette pratique.

B. Ouverture / propositions de leviers

1. Enjeu n°1 : faire accepter la nécessité d'un changement d'organisation

a. Abandonner le système ancestrale « médecin centré »

Historiquement, l'organisation du système de soins primaires était centrée sur le médecin généraliste qui effectuait la synthèse des prises en charge mises en place entre un patient et les différents intervenants.

L'idée est de passer d'un système de soins primaires « médecin généraliste centré », à une prise en charge pluridisciplinaire.

Promouvoir le travail d'équipe est vital pour la bonne mise en place de cette pratique avancée et nécessite d'abandonner cette prise en charge ancestrale.

b. Définir des limites claires encadrées par le médecin

Pour que ce système fonctionne correctement et qu'il se pérennise dans le temps, il est important d'établir des limites claires sous forme de contrats et de protocoles à l'initiative du médecin, qui conduira à une collaboration de confiance dans le temps.

Ainsi, selon Ehrlich et all (31) : « les équipes travaillent en collaboration et établissent des routines lorsqu'une vision des soins est claire et que les rôles sont convenus et partagés. Une fois que les routines de travail ont été élaborées, elles fournissent des structures qui continuent à avancer dans le temps sans effort ».

c. Permettre une flexibilité pour une prise en charge globale

En médecine générale, la prise en charge du patient est une prise en charge holistique prenant en compte le patient dans sa globalité, que ce soit sur le plan biologique, psychologique, sociale et environnementale.

La prise en charge déléguée à une IPA, par la mise en place d'un protocole, impliquerait un morcèlement de l'activité de soin et serait délétère pour cette prise en charge globale.

C'est ainsi que Jakimowicz et all (32) précisent que pour ne pas perdre cette prise en charge globale, « il ne faut pas restreindre les tâches des IPA à cocher des cases ».

De plus, Ljungbeck et Sjögren (33) évoquent même l'idée que « si les infirmières étaient averties qu'elles se verraient confier d'autres tâches plus avancées après leur formation d'IPA, cela pourrait être un moteur pour leur implication ».

2. Enjeu n°2 : envisager la collaboration non pas comme une contrainte mais une opportunité

Faire admettre aux médecins généralistes la nécessité de réorganiser les soins primaires est primordiale mais non suffisante.

Il faut également leur faire entrevoir l'intérêt de l'IPA ainsi que la pertinence de sa présence au sein de cette nouvelle réorganisation.

L'IPA est un professionnel à part entière qui apporte une plus-value et des compétences qui lui sont propres. Il est indispensable de mettre en avant les compétences interpersonnelles (ou « le savoir-être ») des IPA.

La notion de disponibilité, de capacité d'écoute sont des éléments essentiels à promouvoir.

Selon Niezen et Mathijssen (29) « les compétences interpersonnelles efficaces des IPA sont considérées comme une force dans les consultations IPA. Elles ont contribué à la qualité des soins, plus particulièrement à la satisfaction des patients, et peuvent donc stimuler la réorganisation des tâches ».

a. Améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins

L'introduction de la pratique avancée des infirmiers pourrait être une opportunité « d'améliorer les soins primaires ».

L'apport de ce nouvel intervenant apporterait un regard extérieur qui pourrait venir, en complémentarité, aider le médecin à évaluer des situations parfois très complexes.

Cette idée est reprise par Ljungbeck et Sjögren (33) qui dans leur étude font également cette constatation : « les IPA augmenteraient la sécurité des patients car les IPA auraient la capacité de rassembler plusieurs parties d'une image complexe du patient grâce à leurs compétences cliniques et leurs pratiques collaboratives. La continuité des soins a également été considérée comme améliorée car l'IPA pouvait suivre les personnes âgées fragiles à travers différents types de services et assumer davantage de responsabilités pour les patients en ce qui concerne à la fois les soins infirmiers et médicaux ».

De plus, dans cette étude (33) les infirmiers ont déclaré « qu'une sécurité accrue des patients grâce à une meilleure continuité, signifierait des soins plus personnalisés et centrés sur la personne. L'IPA aurait une connaissance approfondie des personnes âgées en tant qu'individus et non seulement en tant que patient. L'IPA aurait plus de temps pour se concentrer sur la situation de chaque patient dans son ensemble, et qui avec ses compétences avancées, améliorerait la qualité, la sécurité et la continuité des soins ».

Cette complémentarité, est également reprise dans l'étude de Ehrlich et all (31) qui affirment que la présence d'une IPA permettait d'obtenir des informations que le médecin seul ne pourrait détenir s'il n'avait pas eu cette collaboration : « les participants ont fourni de nombreux exemples de cas où des patients ont partagé des informations importantes liées à leurs santés qui n'avaient pas été partagées ou offertes lors des consultations chez le médecin généraliste. Lorsque les patients partageaient ces informations, les soins pouvaient être fournis différemment ayant pour aboutissement des résultats plus positifs sur leur santé. Les IPA ont été en mesure de fournir au généraliste des informations qui, autrement, auraient été négligées ».

b. Pallier aux difficultés de l'offre de soins

La mise en place de la pratique avancée pourrait être un moyen attractif pour les soins primaires.

Ljungbeck et Sjögren (33) mettent en évidence dans leur étude une perspective d'évolution et de carrière pour la profession d'infirmier, évitant une démobilité ainsi qu'une raréfaction de ces professionnels de santé.

Par la suite, les auteurs font le constat qu'il est important d'être innovant pour répondre aux besoins croissants en matière de soins de santé des personnes âgées fragiles, puisque les médecins ne sont pas en mesure de leur fournir avec leurs ressources actuelles.

Ainsi, favoriser l'attractivité du travail infirmier par la création de poste tel que l'IPA permettrait de maintenir des effectifs infirmiers suffisants et indirectement, aider les médecins à continuer d'exercer sans accroître leur charge de travail et mentale.

c. Investir dans l'avenir

Participer activement à la formation de ces IPA, notamment par leur accueil en stage, permet d'appréhender les fonctions et les compétences de ces IPA, mais également permet de se forger une expérience de cette pratique.

Dans leur étude menée en 2018, Lewis et Kelly (34) posent la question aux médecins généralistes sur leurs implications dans le régime ATPS britannique (« The Advanced Training Practice Scheme », soit la formation des infirmiers à la pratique avancée) et notamment sur la prise en charge d'étudiants IPA au sein de leur structure d'activité en soins primaires.

Les auteurs concluent par le fait que « malgré tous les défis, il est prouvé que le régime ATPS commence à porter ses fruits et qu'il existe un mouvement de la part des généralistes d'un « Pourquoi le ferions-nous ? » vers un « Pourquoi ne pas investir ? ».

3. Pistes de réflexion pratique

Afin de pallier à cette méconnaissance, source de réticences multiples et de rejet de ce nouvel intervenant de santé, même en l'absence de projection de collaboration futur, il est primordial de communiquer pour promouvoir ce changement.

Ainsi dans l'étude, les deux dernières questions abordent le sujet de la promotion des IPA et ainsi questionne sur le représentant et le format le plus adapté pour communiquer.

À la question : « en pratique, par quel intervenant(s) aimeriez-vous avoir la promotion de ce nouvel intervenant ? », un quart (soit 23,2 %, n = 16) ont répondu ne vouloir aucune communication à ce sujet et reste fermé.

Pour les autres, deux options sont mises en avant :

- les confrères en bénéficiant déjà pour 63,8 % des répondants (n = 44)
- les IPA pour 36,2 % (n = 25).

Fait notable, on remarquera une réticence ou une méfiance des médecins répondants envers les organismes institutionnels, plébiscité uniquement par 10 des répondants (soit 14,5 %).

En ce qui concerne le support de communication, deux choix se détachent également :

- réunion / groupe de parole (FMC / groupe de pairs) pour 46 des répondants (soit 66,7 %)
- mise en situation pratique avec une IPA « experte » pour 26 d'entre eux (soit 37,7 %).

Le format papier, plaquette-dépliant, est en retrait et semble ne pas être le plus adapté, il recueille seulement 10 votes (soit 15,9 % des répondants).

C. Conclusion

La pratique avancée des infirmiers offre en théorie de nouvelles perspectives quant à l'organisation des soins primaires en France.

L'ouverture du champ d'activité des infirmiers promet une prise en charge plus personnalisée, une meilleure disponibilité des soignants pour les patients et une répartition plus efficace des actes de soins courants, notamment ceux concernant les patients atteints de pathologies chroniques.

À l'issue de notre étude auprès de médecins généralistes, nous pouvons constater que la mise en place des IPA, est mal accueillie par la grande majorité des médecins répondants, et induit un certain nombre de craintes.

Ces craintes reposent majoritairement sur les répercussions de cette nouvelle organisation encore mal connue sur : le positionnement et le rôle du médecin généraliste au sein de cette collaboration et le devenir de la relation qu'ils entretiennent jusqu'alors avec leur patientèle.

Ces craintes aboutissent à un rejet de cette nouvelle collaboration.

De cette étude s'en dégage un sentiment de solution partielle aux problématiques des soins primaires actuels, via une refonte maladroite de la médecine générale.

La mise en place de la pratique avancée infirmier sur le territoire français semble donc demander une attention particulière aux craintes mise en avant au travers de cette étude, pour obtenir l'adhésion de tous les acteurs des soins primaires.

Afin de permettre la levée de ces boucliers à l'introduction des IPA dans le système de santé Français, il semble nécessaire de mettre l'accent sur la communication et la promotion de cette pratique avancée auprès des médecins généralistes, pour faire changer les perceptions.

Il conviendra de communiquer sur les atouts de ce type de collaboration, en favorisant peut être de nouvelles formes de communication, qui semblent plus ludiques et appropriées : groupe d'échange entre médecin expert-novice, mise en situation pratique avec une IPA.

Ce travail de thèse ne mentionne que le point de vue des médecins dans le cadre des soins primaires. Afin de permettre une mise en place optimale de la pratique avancée infirmier en France, il conviendra d'explorer les visions des autres intervenants de cette collaboration ainsi que des usagers afin de construire cette pratique avancée dans une totale objectivité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) CNAM « Démographie des professionnels de santé libéraux » 27 janvier 2022
- (2) Atlas démographie médicale – CNOM – 2022
- (3) Kleinpell, R. M. (2013). Outcome Assessment in Advanced Practice Nursing : Third Edition. Springer Publishing Company
- (9) Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. OECD; aout 2010
- (10) Parker JM, Hill MN. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. Int J Nurs Sci. janv 2017
- (11) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- (12) Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- (13) Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée
- (14) Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique
- (15) Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique
- (16) Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée
- (17) 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
- (18) Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
- (19) Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
- (20) Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers.
- (21) Chrétien S, Barrière-Arnoux C. Pratique avancée infirmière : une journée nationale incontournable. Soins. mars 2021;66(853):15.

- (22) Ségur de la santé : les conclusions. juill, 2020 / <https://solidaritesante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>
- (23) Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences
- (24) Arrêté du 11 mars 2022 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique
- (25) 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
- (26) Proposition de référentiel pour les IPAG. 2020 déc (<https://geriatrics.fr/proposition-de-referentiel-pour-les-ipag/>)
- (27) Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC Nurs. janv 2017
- (28) Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care - the GP perspective. Fam Pract. déc 2002
- (29) Niezen MGH, Mathijssen JJP. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. Health Policy. août 2014
- (30) Ling D-L, Lyu C-M, Liu H, Xiao X, Yu H-J. The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective. Int J Nurs Sci. déc 2017
- (31) Ehrlich C, Kendall E, St John W. How does care coordination provided by registered nurses « fit » within the organisational processes and professional relationships in the general practice context ? Coll R Coll Nurs Aust. avr 2012
- (32) Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC Nurs. janv 2017
- (33) Ljungbeck B, Sjögren Forss K. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. BMC Nurs . nov 2017

(34) Lewis R, Kelly S. GP/GPN partner* perspectives on clinical placements for student nurses in general practice: can a community of practice help to change the prevailing culture within general practice? BMC Fam Pract. sept 2018

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse des évaluations sur l'impact des pratiques infirmières avancées dans les soins primaires aux Etats Unis

Auteur / Année	Type des activités	Principaux résultats Accès et qualité des soins, coûts
Aiken <i>et al.</i> (2006)	Infirmières « case managers » pour de graves maladies pulmonaires chroniques et des maladies cardiaques	Légers avantages en termes de qualité de vie dans le cas de maladies pulmonaires chroniques peu avancées ; les maladies pulmonaires chroniques en phase terminales exigent de mettre davantage l'accent sur les soins palliatifs dans les structures de soins.
Lenz <i>et al.</i> (2004)	Rôle des infirmières praticiennes dans la surveillance des patients atteints de diverses maladies chroniques	Résultats comparables entre infirmières praticiennes et médecins généralistes sur les résultats physiologiques, l'état de santé tel que l'ont indiqué les patients, et la satisfaction des patients.
Edwards <i>et al.</i> (2003)	9 cliniques où les soins primaires sont assurés par les infirmières	Grande qualité des soins (94% conformes aux recommandations existantes; 91% des patients très satisfaits et 94% indiquant l'intention de revenir).
Litaker <i>et al.</i> (2003)	Résultats dans la gestion de maladies chroniques de patients traitées par des IPs ou des médecins (hypertension et diabète)	Amélioration significative des patients concernant le contrôle de la pression artérielle et du diabète. Plus grande satisfaction des patients. Coût annuel plus important pour le personnel
Lenz <i>et al.</i> (2002)	Processus de soins liés au diabète et résultats des patients traités par des IPs ou des médecins	Plus forte probabilité que les infirmières praticiennes dispensent de la formation sur la nutrition, le poids, l'exercice et les médicaments. Les infirmières praticiennes ont prescrit des tests de contrôle plus fréquemment que les médecins généralistes. Pas de différences concernant l'état de santé des patients durant les 6 mois de suivi.
Mundiger <i>et al.</i> (2000)	Recours à un service de santé et résultats de patients traités par des infirmières praticiennes ou des médecins.	L'état de santé était équivalent pour les patients qui avaient un rendez-vous initial soit avec une infirmière praticienne soit avec un médecin généraliste 6 mois plus tôt. Le recours au service de santé était équivalent à la fois au bout de 6 et 12 mois, et la satisfaction des patients était aussi globalement équivalente.

Annexe 2 : questionnaire thèse

1. Renseignements administratifs / profil :

Vous êtes : un homme / une femme

Quel est votre âge ? ...

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

Où exercez-vous ? ... (Facultatif)

S'agit-il d'une zone : rurale (< 2 000 habitants / densité faible) / urbaine

S'agit-il d'une ZAC (zone d'accompagnement complémentaire) ? Oui / Non / Ou
d'une ZIP (zone d'intervention prioritaire) ? Oui/Non

Sous quelle forme de structure exercez-vous ? seul / en groupe / en MSP

2. Quelle est la taille de votre patientèle médecin traitant ? ...

Pensez-vous avoir un gros potentiel d'extension de celui-ci ? Oui / Non

3. Comment se répartit votre activité quotidienne ? Cochez la réponse

Renouvellement ordonnance : 25% / 50% / 75% / 100%

Consultation pathologie aigue : 25% / 50% / 75% / 100%

4. Sous quel délai moyen pouvez-vous donner un rendez-vous à un de vos patients pour une pathologie aigue ? Cochez la réponse

- Dans les 24 H
- Entre 1 et 3 jours
- Entre 4 et 7 jours
- Entre 7 et 10 jours
- Supérieur à 10 jours

Lors de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, le Ministère de la Santé introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux.

*En Juillet 2018 est publié l'ensemble des premiers décrets et arrêtés relatifs à **la pratique avancée infirmier.***

5. En avez-vous déjà entendu parlé ? Oui / Non
Si oui, en avez-vous eu clairement la promotion ? Oui / Non
6. Comment évalueriez-vous votre connaissance dans les différents domaines suivant, concernant l'infirmier de pratique avancée (IPA) : cocher la réponse
- Formation : Nulle / Mauvaise / Acceptable / Bonne / Très bonne
 - Rôle - fonction : Nulle / Mauvaise / Acceptable / Bonne / Très bonne
7. En bénéficiez-vous déjà peut-être ? Oui / Non
8. Selon vous, pour quelle(s) raison(s) a été instauré cette pratique avancée infirmier ? Cochez-la ou les réponses(s)
- Pallier aux difficultés des zones sous médicalisées et des déserts médicaux (surcharge de travail / manque de médecins)
 - Amélioration globale de la prise en charge du patient
 - Décision politique visant à réduire le coût des dépenses de santé « rentabilisation de la médecine générale de ville »
 - Autres : ...
9. De façon globale, comment accueillez-vous cette nouvelle mesure ? Echelle numérique de 1 à 5
1 : Très favorable / 2 : Favorable / 3 : Indifférent / 4 : Défavorable / 5 : Très défavorable
10. Quelle(s) pourrait être vos attentes de ce nouveau dispositif ? Cochez-la ou les réponse(s)
- Libération temps médical / optimisation de votre pratique
 - Gain de sécurité pour le patient (meilleure disponibilité et accessibilité des IPA)
 - Perfectionnement de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de l'observance
 - Aucune
 - Autres : ...
11. À votre avis, l'IPA ferait évoluer positivement la fonction du médecin généraliste ? Oui / Non
Si non, pour quelle(s) raison(s) ? Cochez-la ou les réponses
- Perte du rôle de clinicien au profit de coordinateur
 - Crainte chevauchement des rôles, concurrence ou « vol du métier »
 - Complexification de la pratique et retentissement psychologique

- Autres : ...

12. Selon vous, l'IPA ferait évoluer positivement la relation médecin patient ? Oui / Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ? Cochez-la ou les réponses(s)

- Distanciation du médecin et du patient
- Brouillage des rôles par multiplication des interlocuteurs
- Perte de confiance et d'adhésion par crainte du double discours
- Autres : ...

13. Pensez-vous pouvoir intégrer facilement cette collaboration à votre pratique ? Oui / Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ? Cochez-la ou les réponses(s)

- Incompatible avec ma vision du métier et/ou non adaptée à mon territoire
- Manque de recul, encadrement et aide à la mise en place défaillante
- Défaillance financière : absence de valorisation du processus d'adressage - d'information du patient - de rédaction du protocole - ou du temps d'échange interprofessionnel
- Flou sur le plan juridique et des responsabilités engagées en cas d'erreur ou de mésentente
- Autres : ...

14. En pratique, par quel intervenant aimeriez-vous avoir la promotion de ce nouvel intervenant ? Cochez-la ou les réponses(s)

- IPA eux même
- Confrères en bénéficiant déjà
- Organisme institutionnel
- Association de patients
- Aucun
- Autres : ...

15. Quel support de communication vous semble le plus adapté ?

- Brochure, dépliant, plaquette
- Réunion, groupe de parole (groupe de pairs / FMC)
- Mise en situation pratique avec une IPA « experte »
- Autres : ...

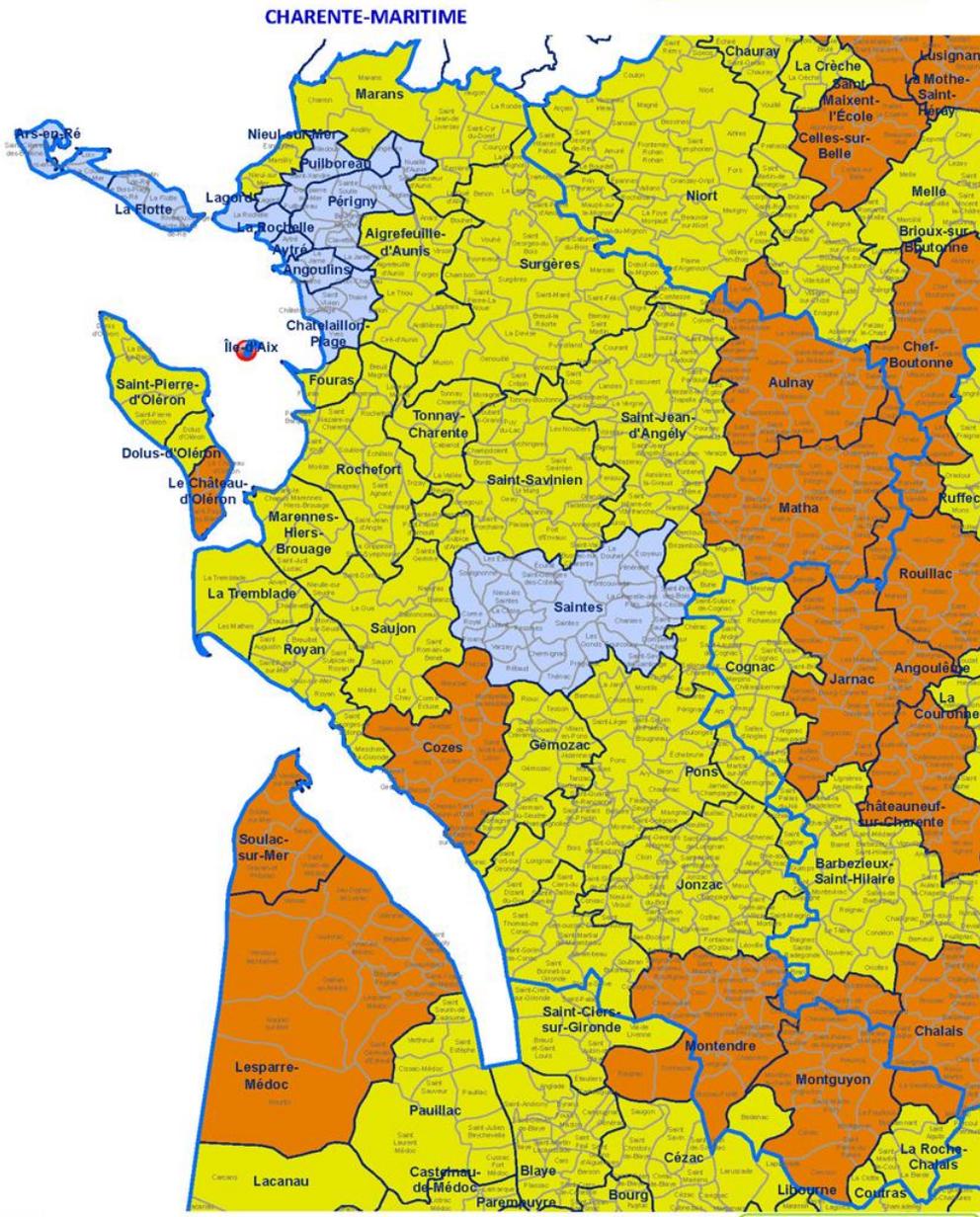
Annexe 3 : carte zonage Charente Maritime Avril 2022



Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste

Zonage Art.1 L.1434-4 du

ZIP	ZAC	Hors zonage
-----	-----	-------------



Partie de territoire de vie-santé située hors région dont la gestion relève d'une autre ARS

Sources : application de l'Arrêté DGARS mars2022
 Découpages : communes au 01/01/2022 - Territoires de vie-santé définis en 2018
 Réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine - DDPSP - Pôle études et statistiques - 29/03/2022

QPV classé de façon isolée

●	ZIP
●	ZAC

RESUME ET MOTS CLES

Introduction :

En Juillet 2018, la ministre de la santé Mme Buzyn instaure un ensemble de décrets et d'arrêtés permettant la mise en place effective de la pratique avancée infirmier en France.

Elle s'instaure dans un contexte de pénurie médicale et de réorganisation des soins primaires.

La loi prévoit un mode de collaboration entre l'infirmier de pratique avancée et le médecin généraliste, intégrant ce dernier de manière active dans son organisation.

L'objectif de cette thèse est alors d'évaluer premièrement la connaissance des médecins généralistes en Charente Maritime sur cette pratique avancée et secondairement connaître leurs opinions et freins au déploiement de cette nouvelle collaboration.

Méthode :

Etude quantitative descriptive par diffusion d'un questionnaire informatisé aux médecins généralistes en Charente Maritime.

Résultats :

À l'issue de notre étude, nous pouvons constater une méconnaissance globale de ce nouveau dispositif par la grande majorité des médecins répondants.

L'intérêt global de la mesure est très partagé, comprise mais également très critiqué.

Il en résulte un rejet de cette collaboration, qui repose majoritairement sur les répercussions de cette nouvelle organisation encore incertaine sur le rôle du médecin généraliste au sein de cette collaboration et la possible dégradation de la relation médecin-patient.

Discussion :

Ces différents freins peuvent être en partie solutionnés par la promotion positive de cette pratique avancée, notamment à travers de nouveaux moyens de communication comme le partage d'expérience entre professionnels ou la mise en situation pratique.

Mots-clés : collaboration médecin-infirmier ; infirmiers en pratique avancée ; soins primaires



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

