

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

EVALUATION DES BESOINS DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE EN MATIERE DE PROTOCOLES DE SOINS ET DE COLLABORATION MEDICALE

PILLAIS Rachèle

Née le 20 juin 1997 à LA FERTE MACE (61)

Sous la direction de M. CONNAN Laurent
Sous la co-direction de M. GEORGI Nawras

Membres du jury

Monsieur le Professeur PY Thibault | Président
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Directeur
Monsieur le Docteur GEORGI Nawras | Co-directeur

Soutenue publiquement le :
27 mai 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée PILLAIS Rachèle
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **16/04/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBÉE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILLET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIostatISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Thibault PY, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

À Monsieur le Professeur Laurent CONNAN, merci d'avoir accepté d'être le directeur de cette thèse.

Un grand merci à toi Nawras de m'avoir proposé ce travail et de m'avoir accompagné à chaque étape. Tu as été d'un grand soutien.

À Madame Stéphanie Lemasson, merci pour votre aide dès le début de ce travail.
Merci à tous les infirmiers en pratique avancée qui ont accepté de participer à ce projet.

Merci à mes maîtres de stage, qui m'ont accompagnée au cours de cet internat et plus particulièrement, un grand merci à vous, Daniel et Nelly ! Merci d'avoir été à mes côtés au cours de ces dernières années, votre présence, si précieuse, a permis à la petite interne du centre de vaccination de grandir entourée de bienveillance.

Merci à mes co-internes, avec une pensée particulière à notre fameuse équipe du Nord Mayenne, un semestre qui restera mémorable et rempli de folies. Merci à toi Clara, de toujours répondre présente pour les concerts de notre star d'enfance ! Une pensée pour l'Armée Lazizi qui m'a réconciliée avec la cardiologie, merci à vous pour ce semestre inoubliable.
Merci au Fan-club officiel d'être présent depuis l'externat et ce fameux semestre de réa !

Merci à toi, Clara, d'avoir toujours été présente et de m'avoir aidée à traverser ces années pas toujours faciles. À tous nos bons souvenirs et à ceux à venir. Merci pour ton soutien indéfectible, merci pour cette amitié si chère à mes yeux et ce depuis maintenant bien des années.
À toi, Adeline : ta bonne humeur, ta douceur, ta simplicité, tes précieux conseils et ton soutien sans faille depuis ce tout premier jour de P1 ont compté énormément pour moi. Merci d'avoir été là, tout simplement !

Merci à toute ma famille.

À mes parents, votre soutien et votre amour m'ont permis de croire en mes rêves et de les réaliser. Je suis tellement reconnaissante de vous avoir à mes côtés, encore merci pour tout ce que vous avez fait au fil de toutes ces années.

À Juliette et Mathieu, qui ont participé à cette réussite, merci pour la préparation des bons petits plats pendant ces années d'externat et toutes vos petites attentions remplies d'amour. Merci pour tous ces fous-rires, ces moments passés à vos côtés. Vous n' imaginez pas à quel point vous être si important à mes yeux, je suis tellement fière d'avoir une sœur et un frère comme vous.

À ma mamie chérie et à tous ces moments passés à tes côtés.

À toi Kiki, pour toutes nos discussions jusqu'au bout de la nuit à refaire le monde et la médecine.

À toi, Charly, pour ta bienveillance, ta patience et ton amour qui m'apaisent au quotidien. Merci d'être toujours aussi présent à mes côtés, et de m'apporter tout le bonheur dont j'ai besoin.

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

1. **La pratique avancée infirmière en France et dans le monde**
2. **Définition des protocoles et evidence based medicine**

MATERIELS ET MÉTHODES

1. **Type d'étude**
2. **Echantillonnage et recrutement**
3. **Guide d'entretien et recueil des données**
4. **Analyse des données**
5. **Considérations éthiques**

RÉSULTATS

1. **Description de la population**
2. **Interprétation des résultats**
 - 2.1. La pratique avancée infirmière : un nouveau métier
 - 2.1.1. Une expérience professionnelle préalable en soins infirmiers
 - 2.1.2. Le choix de la mention et les motivations
 - 2.1.3. Les missions d'un infirmier en pratique avancée
 - 2.1.4. Le défi de l'intégration
 - 2.2. La pratique avancée infirmière : difficultés rencontrées en pratique clinique et solutions trouvées
 - 2.2.1. Les difficultés rencontrées
 - 2.2.2. Les solutions trouvées par les IPA
 - 2.3. Les protocoles de soins : une solution aux difficultés rencontrées ?
 - 2.3.1. L'utilisation des protocoles de soins par les IPA
 - 2.3.2. La perception des protocoles de soins par les IPA
 - 2.3.3. Le format et le contenu des protocoles
 - 2.3.4. La rédaction et la mise en application des protocoles

DISCUSSION

1. **Les principaux résultats et comparaison avec la littérature**
 - 1.1. Représentativité de l'échantillon et chiffres nationaux
 - 1.2. Collaboration IPA/médecin
 - 1.3. L'utilisation de protocoles dans la pratique IPA encore peu développée
 - 1.4. Vers le développement d'une evidence based nursing ?
2. **Discussion de l'étude**
 - 2.1. Les forces de l'étude
 - 2.2. Les différents biais
3. **Les perspectives**
 - 3.1. Les évolutions de la profession IPA
 - 3.2. Les perspectives de l'étude

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Depuis 2018, les infirmiers en pratique avancée ont fait leur apparition dans le domaine de la santé en France, dans un contexte de pénurie médicale grandissante, face à une population vieillissante et atteinte de pathologies chroniques nécessitant de plus en plus de soins. Cette profession, à cheval entre les infirmiers et les médecins, questionne un grand nombre d'acteurs de la santé. En médecine, la prise en charge des patients est fondée sur la médecine par les preuves, de celle-ci découlent de nombreuses recommandations ainsi que des protocoles diagnostiques, thérapeutiques, de suivi. Notre étude vise à interroger les infirmiers en pratique avancée sur leurs besoins en protocoles et la mise en place d'une collaboration avec les médecins.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers en pratique avancée exerçant dans le Maine et Loire, la Sarthe et la Mayenne.

Résultats : L'échantillon comporte onze infirmiers en pratique avancée : huit en pathologies chroniques et stabilisées, trois en psychiatrie et santé mentale. Très peu utilisent actuellement des protocoles dans leur pratique, alors qu'ils en utilisaient tous lorsqu'ils exerçaient en tant qu'IDE. La compétence recherche est peu développée chez les IPA par rapport aux autres compétences. Le protocole est perçu comme un outil sécurisant, permettant une standardisation des prises en charge, mais certains rapportent le côté limitant ainsi qu'une perte d'autonomie et de reconnaissance de leurs compétences. Malgré cela, tous sont intéressés pour la rédaction de protocoles adaptés à leur profession, en collaboration avec les médecins.

Conclusion : Les IPA semblent intéressés par des protocoles dédiés à leur pratique, rédigés en collaboration avec les médecins. Le développement de ces protocoles permettra-t-il de favoriser la pratique fondée sur les preuves, encore peu étudiée dans les sciences infirmières.

INTRODUCTION

1. La pratique avancée infirmière en France et dans le monde

En France, l'exercice de l'infirmier en pratique avancée (IPA) est défini par le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 [1]. Ce cadre vise à améliorer l'accès et la qualité des soins face à une population vieillissante atteinte de pathologies chroniques, dans un contexte de pénurie médicale, pouvant amener les patients à un renoncement aux soins. L'IPA offre également de nouvelles perspectives de carrière pour les infirmiers. Leur intégration dans le système de soin actuel nécessite une réorganisation du travail et favorise une prise en charge multidisciplinaire.

Le Conseil International des Infirmiers (CII) indique que " l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession" [2]. La pratique avancée englobe plusieurs activités : l'orientation, l'éducation, la prévention ou le dépistage ; les actes d'évaluation et de conclusion clinique, les actes techniques et les actes de surveillance clinique et paraclinique. Elle inclut également la prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale, la prescription d'examens complémentaires, ainsi que les renouvellements ou l'adaptation de prescriptions médicales.

Les infirmiers en pratique avancée peuvent exercer en ambulatoire au sein d'une équipe de soins primaires (CPTS, MSP) coordonnée par un médecin, en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires ou encore au sein d'un établissement de santé. Un protocole d'organisation est établi entre le médecin et l'IPA.

L'infirmier en pratique avancée est un infirmier expérimenté, ayant au minimum 3 ans d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'état d'IPA précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master [2]. La formation est composée d'une première année de tronc commun et d'une deuxième année, centrée sur des enseignements en lien avec la mention choisie. A savoir, qu'actuellement 5 mentions sont reconnues :

- les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie
- l'oncologie et l'hémato-oncologie
- la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation
- la psychiatrie et la santé mentale
- les urgences

Cette profession est en plein développement en France. En effet, le nombre d'infirmiers en pratique avancée connaît une augmentation croissante avec 63 diplômés en 2019 contre 2329 en février 2024 [3]. La majorité d'entre eux choisit la mention pathologies chroniques stabilisées.

Aux Etats-Unis et au Canada, le développement de la pratique avancée a débuté dès les années 1960 puis il s'est étendu à plusieurs pays (Royaume-Uni, Finlande, Irlande, Australie, etc.). Cette création est également en lien avec une pénurie de médecins et un ratio infirmier-médecin élevé.

Dans la plupart des pays anglophones, et notamment au Canada, la pratique avancée est regroupée sous les appellations « infirmiers praticiens spécialisés » et « infirmiers cliniciens spécialisés » [4].

Les rôles des « infirmiers praticiens spécialisés » incluent le diagnostic, le dépistage, la prescription de médicaments ou de tests médicaux, les activités dans le champ de la prévention et l'éducation de la santé, le suivi de patients atteints de maladies chroniques, ainsi qu'un rôle général de coordination des soins (seuls ou en collaboration avec des médecins).

Les rôles des « infirmiers cliniciens spécialisés » incluent la pratique clinique, la formation, la recherche et l'encadrement des équipes (« leadership »). Ils travaillent principalement à l'hôpital, où leurs compétences avancées leur permettent de réaliser des consultations, de conseiller les infirmiers ou d'autres membres de l'équipe en situation difficile, ainsi que de promouvoir et d'améliorer la qualité des soins à l'aide de pratiques pertinentes.

A noter, que la pratique avancée telle que définie en France ne fait pas de distinction entre infirmiers praticiens spécialisés et infirmiers cliniciens spécialisés.

Ces infirmiers ont accès à des protocoles de soins dans différents domaines, notamment pour la maladie de Parkinson [5]. Ceux-ci sont par exemple rédigés en recueillant les avis des infirmiers spécialisés dans cette maladie afin de formuler des recommandations de bonnes pratiques. On peut également citer l'U.S Preventive Services Task Force, utilisé notamment par les infirmiers praticiens dans le cadre du dépistage et des soins primaires. Il leur permet d'utiliser des recommandations pour guider leur prise en charge [6].

2. Définition des protocoles et evidence based medicine

La médecine fondée sur les preuves, ou evidence based medicine, est une évolution majeure de la structuration de la pensée et du raisonnement médical [7]. Cette approche vise à guider la prise en charge des patients en se basant sur l'utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des preuves actuelles les plus pertinentes. Elle est basée sur les données de la recherche, sur l'expérience clinique du médecin et sur les préférences du patient et de son

entourage. Afin de faciliter et diffuser la médecine basée sur les preuves, des guides de bonnes pratiques cliniques (GBPC) ont été édités par diverses sociétés savantes nationales et internationales (Haute Autorité de Santé (HAS), Société Française de Pédiatrie, American Heart Association, etc.). Ils permettent de standardiser la prise en charge des patients en favorisant une prise en charge conforme aux données actuelles de la science et d'éviter la prescription d'examens ou de traitements injustifiés. Ces bonnes pratiques sont rédigées sous forme de texte, d'arbre de décision ou un mélange des deux. Il est recommandé de les adapter à la pratique médicale locale [8]. Ils font désormais partie des systèmes de qualité [9]. Certaines entreprises comme Vidal Recos ou Wolters Kluwer Uptodate synthétisent ou écrivent leurs propres recommandations. Cependant, ces recommandations génériques doivent être adaptées dans chaque centre afin de prendre en compte les réalités locales.

De ce fait, les hôpitaux créent leurs propres guides à partir de ceux publiés par les sociétés savantes. Ces guides sont souvent rédigés et gérés comme de simples documents papiers. Ils sont considérés comme des outils de référence mais il n'y a en général pas de système de veille, d'alerte, de surveillance et de vigilance mise en place vis-à-vis de ces protocoles.

On peut retrouver des protocoles destinés aux médecins seuls et des protocoles destinés à un exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé.

La HAS définit un protocole pluriprofessionnel comme la traduction d'une " *volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s). Il répond à un problème pluriprofessionnel identifié par une équipe, au sein d'une structure de soins ou sur un territoire. Il tient compte de l'expérience des patients et peut porter une attention*

particulière aux aidants naturels” [10]. De plus, elle notifie bien que ces protocoles doivent prendre en compte les données actualisées de la littérature.

On peut notamment citer les protocoles de soins en lien avec la pratique infirmière.

En effet, il est mentionné dans l’article R 4311-7 du décret du 29 juillet 2004 que l’Infirmier Diplômé d’Etat (IDE) est habilité à réaliser des actes sur prescription médicale ainsi qu’à partir de protocoles de soins « écrits, qualitatifs et quantitatifs, préalablement établis, datés et signés par un médecin » [11]. Par exemple, les protocoles de prise en charge de la douleur, les protocoles de réhydratation, etc. Ces protocoles sont rédigés par l’IDE lors d’une collaboration médecin/infirmier ou par le médecin.

Les protocoles font donc partie intégrante de la médecine d’aujourd’hui et sont utilisés au quotidien par les médecins et les infirmiers. Avec le développement de la pratique avancée, nous pouvons nous questionner sur la place de ces protocoles dans la pratique avancée. Notre étude vise donc à analyser les besoins des IPA en termes de protocoles de soins et de collaboration entre professionnels de santé.

MATERIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative visant à recueillir les difficultés rencontrées par les IPA et leurs besoins en protocoles dans leur pratique quotidienne. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec des IPA de différentes spécialités, exerçant dans les départements de Sarthe, de Mayenne et de Maine-et-Loire.

2. Echantillonnage et recrutement

Le recrutement s'est effectué par le biais d'un formulaire d'inscription permettant de recueillir les coordonnées des IPA. Il a été envoyé par l'intermédiaire d'une responsable pédagogique de la formation IPA à la faculté d'Angers sur un groupe d'échanges des IPA de toutes spécialités, en précisant l'exercice en Sarthe, en Mayenne et en Maine-et-Loire. Par ailleurs, certains IPA ont été sollicités directement par mail ou par appel.

Le recrutement a été poursuivi au fur et à mesure jusqu'à l'obtention d'une saturation des réponses, c'est-à-dire lorsque deux entretiens successifs n'apportaient aucune nouvelle information. Cette saturation des données a été atteinte après le onzième entretien.

3. Guide d'entretien et recueil des données

Le guide d'entretien est composé de 10 questions ouvertes associées à des questions de relance. Il contient une première partie sur la présentation des IPA, leur parcours, leur mission ainsi qu'une question sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans leur pratique clinique. La

deuxième partie porte davantage sur leur utilisation des protocoles de soins, leurs besoins à ce sujet, ainsi que sur leur rédaction et leur mise en application.

Ce guide d'entretien a été relu et complété par une responsable pédagogique de la formation IPA à la faculté d'Angers avant le début des entretiens.

Les entretiens ont été réalisés entre décembre 2023 et mai 2024. La plupart ont été menés en visioconférence grâce au logiciel Microsoft Teams ou en présentiel en fonction de la localisation et de la disponibilité des différents IPA, dans des lieux calmes à la discrétion des participants. L'enregistrement débutait après l'accord oral des participants. Les enregistrements ont été réalisés à l'aide d'un matériel audio numérique. Ils ont ensuite été anonymisés et retranscrits intégralement, mot pour mot, sur le logiciel Word à l'aide d'un outil de retranscription.

4. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée, qui consiste à créer des thèmes à partir des informations recueillies lors des entretiens sans l'influence d'une théorie préexistante. La triangulation des données a été effectuée par double codage avec le co-directeur de thèse.

5. Considérations éthiques

Cette étude ne relève pas de "l'implication de la personne humaine". Par conséquent, nous n'avons pas sollicité de comité d'éthique.

RÉSULTATS

1. Description de la population

Un total de 11 entretiens a été réalisé entre décembre 2023 et avril 2024. Les entretiens ont duré entre 20 minutes et 1 heure, avec une durée moyenne de 29 minutes.

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau ci-dessous. La majorité des IPA ont choisi la mention pathologies chroniques stabilisées (PCS) et exercent en tant que salariés.

Tableau I : Caractéristiques des participants

Participants	Genre	Tranche d'âge en année	Année obtention diplôme IDE	Année obtention diplôme IPA	Mention IPA	Structure d'exercice	Mode d'exercice	Département d'exercice
N°1	Homme	30 - 34	2013	2023	PSM	Hôpital	Salarié	Mayenne
N°2	Femme	30 - 34	2004	2022	PCS	Hôpital/EHPAD	Salarié	Mayenne
N°3	Femme	40 - 44	2004	2023	PCS	Hôpital	Salarié	Mayenne
N°4	Homme	30 - 34	2017	2023	PCS	Centre de santé	Salarié	Sarthe
N°5	Femme	35 - 39	2012	2021	PCS	Cabinet de cardiologie	Libéral	Maine-et-Loire
N°6	Femme	35 - 39	2011	2022	PCS	Hôpital local/EHPAD	Salarié	Mayenne
N°7	Femme	35 - 39	2009	2023	PCS	EHPAD	Salarié	Maine-et-Loire
N°8	Femme	35 - 39	2006	2021	PCS	Centre de Santé	Salarié puis libéral	Sarthe
N°9	Homme	45 - 49	2016	2021	PCS	Pôle Santé	Libéral	Mayenne
N°10	Homme	40 - 44	2009	2023	PSM	Hôpital	Salarié	Sarthe
N°11	Femme	45 - 49	2001	2021	PSM	Hôpital	Salarié	Maine-et-Loire

2. Interprétation des résultats

2.1. La pratique avancée infirmière : un nouveau métier

2.1.1. Une expérience professionnelle préalable en soins infirmiers

Tout d'abord, on peut noter que la plupart des IPA interrogés ont une expérience professionnelle importante en soins infirmiers. Certains ont même fait leur carrière dans un même domaine voire au sein d'un même service. D'autres ont eu un parcours plus varié.

P6 « *Infirmier depuis 2013, toute ma carrière en psychiatrie* »

P3 « *Réanimation, urgences, pompier volontaire, infirmier sapeur-pompier* »

2.1.2. Le choix de la mention et les motivations

Le choix de la mention semble directement lié à leur parcours professionnel antérieur, représentant une continuité de leur métier d'infirmier.

P10 « *Pathologies chroniques stabilisées... cohérence avec mon expérience libérale* »

P9 « *J'ai toujours travaillé en psychiatrie... donc c'était logique pour moi de continuer avec la mention psychiatrie santé mentale* »

La plupart des IPA interrogés se sont dirigés vers la pratique avancée infirmière afin de développer de nouvelles compétences. La pratique avancée apparaît comme une nouvelle évolution professionnelle de la carrière d'infirmier et pourrait constituer une réponse efficace à la pénurie médicale dans certaines régions.

P6 « *En termes d'évolution de carrière en tant qu'infirmier, on est un peu limité* »

P9 « *Envie de développer des compétences... acquérir plus d'autonomie* »,
« *Approfondir mon expertise en psychiatrie* »

P8 « *Des médecins m'ont dit qu'on va avoir besoin d'aide... dans les maladies chroniques parfaitement stabilisées* »

2.1.3. Les missions d'un infirmier en pratique avancée

Leurs principales missions demeurent centrées sur la clinique. Ils évoquent, tous, réaliser des actions de dépistage, de prévention et d'éducation thérapeutique. Ils réalisent des examens cliniques avec parfois des actes techniques comme la réalisation d'électrocardiogramme ou de spirométrie. Ils ont la possibilité de prescrire sous certaines conditions et d'ajuster des traitements dans le cadre du suivi de pathologies chroniques stabilisées. Ils peuvent également adresser des patients aux spécialistes dans le cadre de leur suivi.

Beaucoup d'entre eux ont également un rôle facultaire et participent à la formation auprès d'autres professionnels de santé. Certains IPA, notamment ceux exerçant à l'hôpital, contribuent au développement des liens entre la ville et l'hôpital.

P8 « *Maître de stage... directrice de mémoire... jury pour le concours IPA* »

P9 « *Formation à l'IFSI, IFAS... partenaires extérieurs comme les EHPAD, HAD... missions de recherche* »

P3 « *Perfuser une patiente en urgence, faire des ECG, spirométrie diagnostique* »

P4 « *Sur les EHPAD, je fais des évaluations gérontologiques standardisées pour tous les patients qui entrent en EHPAD, tous les résidents, à environ 2 mois de l'entrée* »

Une minorité d'entre eux est également engagée au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé.

P8 « *Présidente de la CPTS de mon secteur* »

La recherche fait également partie de leur champ de compétence, néanmoins la plupart n'ont pas encore développé cette dernière.

P8 « La seule compétence que je n'ai pas le temps de déployer pour l'instant, en tout cas, c'est la recherche »

2.1.4. Le défi de l'intégration

Tous ont été confrontés à une méfiance initiale et une appréhension des médecins et des paramédicaux face à la création de cette nouvelle profession. Ils mettent en avant la nécessité d'avoir une certaine polyvalence et adaptabilité.

P1 « L'accueil n'est pas forcément évident... beaucoup de méfiance »

P2 « Il fallait créer un autre poste dans l'équipe et ça faisait peur aux autres infirmières ... il faut rassurer tout le monde »

P11 « Difficulté d'acceptation du changement de posture... tensions dues aux changements »

P5 « Le déploiement des IPA, notamment en libéral, ça a été très très compliqué, c'est toujours compliqué...on est tombé déjà pendant la COVID... c'est un nouveau métier, un peu parachuté... il y a quand même eu une réticence médicale », « Il faut être au bon moment... au bon endroit...avec les bonnes personnes »

Leur intégration a été facilitée par un projet commun avec les différents professionnels de santé et notamment, par la volonté des médecins d'un territoire d'implanter des IPA dans leur région. D'autant plus s'ils avaient déjà travaillé avec ces futurs IPA.

De plus, leur expérience professionnelle et leur expertise dans certains domaines leur ont permis de s'implanter plus facilement dans le parcours de santé des patients.

P7 « Les médecins l'ont envoyé en formation, ils la connaissent donc c'est plus simple. Je pense que c'est aussi par ce biais-là, si on connaît les gens que finalement on arrive à avoir cette confiance et il faut un petit peu de temps pour ça »

P2 « J'avais déjà un pied dans la diabéto depuis plus de dix ans ... J'étais déjà dans l'équipe »

Cependant, certains ont tout de même rencontré des difficultés à s'installer au sein d'un territoire et rentrer en contact avec les différents professionnels.

P8 « C'était un peu compliqué de pouvoir rentrer en contact avec l'ordre des médecins... il y en a certains qui ont des réticences, il y en a d'autres qui sont plutôt favorables... le réseau, ça se construit, il faut un petit temps pour arriver à un endroit, connaître les différents intervenants et les différents professionnels du secteur »

2.2. La pratique avancée infirmière : difficultés rencontrées en pratique clinique et solutions trouvées

2.2.1. Les difficultés rencontrées

La plupart rapporte une formation parfois insuffisante et courte pour maîtriser certaines compétences pleinement.

P10 « Première année très générale... manque de spécialisation dans la formation »

P2 « L'examen clinique, je trouve que c'est vraiment quelque chose de difficile... Je n'ai pas eu beaucoup de pneumopathie en stage »

Ce nouveau métier apporte également des interrogations et des difficultés de compréhension du rôle de l'IPA pour les patients, avec parfois des consultations pour des problématiques aiguës qui sortent du champ de compétence de l'IPA.

P8 « Les patients ont du mal à comprendre qu'on est infirmiers... réorienter la personne vers le personnel plus compétent »

P7 « La jambe rouge et chaude... Mais, du coup, vu que j'avais rendez-vous avec vous, j'ai attendu »

Le recours à un infirmier en pratique avancée se fait après accord du médecin et du patient, en rédigeant un protocole d'organisation entre le médecin et l'infirmier en pratique avancée. Cette configuration peut rendre l'implantation des infirmiers en pratique avancée plus compliquée puisque leur exercice est dépendant du médecin avec lequel il travaille.

P9 « Au début, les médecins aussi, ils m'ont dit, ne t'inquiète pas, on va t'envoyer des patients. Le premier mois, ça allait. Ils m'avaient envoyé des patients. Le deuxième mois, un petit peu moins. Et puis, au bout du troisième mois, ils avaient oublié qu'il fallait m'envoyer des patients »

Par ailleurs, plusieurs infirmiers en pratique avancée rapportent des difficultés cliniques liées à l'absence de primo-prescription engendrant parfois des paradoxes ou des incompréhensions dans leur prise en charge.

P8 « Interpeller un médecin généraliste... toujours que j'interpelle un médecin pour une primo-prescription »

P7 « Ne pas pouvoir faire des bons de transport... points administratifs basiques » « J'ai le droit d'orienter des gens vers le spécialiste, mais je n'ai pas le droit de faire de bons de transport » « Je ne peux pas primo-prescrire du Doliprane, par contre, j'ai le droit de lui dire d'aller l'acheter en pharmacie »

P6 « J'ai une idée du traitement qu'il faudrait ajuster, sauf que pour le moment, on n'a pas encore le droit de la primo-prescription. Donc du coup, ça m'est arrivé de devoir appeler le médecin psychiatre et lui dire « là, je pense qu'il faudrait ça » »

De plus, la pratique avancée infirmière a pour vocation la prise en charge et le suivi de pathologie stabilisée comme l'indique par ailleurs, la mention "pathologies chroniques stabilisées". La difficulté peut donc arriver lorsqu'il y a un déséquilibre de cette pathologie, d'autant plus qu'il est imprévisible. Certains IPA évoquent lors des entretiens avoir été en difficultés face à des pathologies non stabilisées.

P6 « On se retrouve face à des patients qui ne sont pas du tout stables... ne relèvent plus du tout du champ de compétences IPA »

Enfin, une minorité d'IPA n'a pas rencontré de difficulté en évoquant la présence de médecins rassurants pour leur pratique.

P3 « Non, je n'ai jamais eu trop de difficultés au niveau de la clinique. Et le peu de difficultés que j'aurais pu avoir, tout de suite, le fait d'être en centre de santé, c'est un point fort »

P4 « Autrement peu de difficulté clinique »

2.2.2. Les solutions trouvées par les IPA

En réponse aux difficultés rencontrées, une large majorité des IPA poursuivent leur formation continue, qu'ils considèrent essentielle à leur pratique. Ils cherchent beaucoup de recommandations via la HAS, les sociétés savantes ou encore des articles de la littérature.

P1 « Je continue de me former parce que je trouve que deux ans de théorie... ce n'est pas toujours suffisant » « Je m'adresse sur les recommandations de l'HAS »

P11 « Les recommandations européennes de la société de cardiologie... le réseau LinkedIn... des groupes IPA sur WhatsApp »

P9 « Je trouve les articles sur PubMed, Google Scholar... des revues scientifiques, sur l'Encéphale notamment »

D'autres pensent que l'accès à la primo-prescription faciliterait leur pratique et permettrait de répondre à la majorité de leurs difficultés actuelles.

P2 « La primo-prescription qu'on attend depuis quelques mois »

La plupart des IPA travaillent en équipe avec d'autres professionnels de santé, afin de répondre à leurs interrogations ou à leurs difficultés. Le médecin reste leur principal interlocuteur, avec lequel ils peuvent discuter des situations qui leur ont posé question et trouver des solutions.

P7 « Lien avec le pharmacien... échange avec le psychiatre »

P11 « Relecture de tous mes ECG par des cardiologues... besoin de validation par des spécialistes »

P9 « Je bénéficie de staffs... de temps de concertation avec le psychiatre quand je rencontre des difficultés »

Certains bénéficient également d'outils d'aide à la prescription, présents dans les logiciels utilisés.

P5 « Sur les anémies microcytaires, on a quand même nous, au niveau de notre logiciel, des choses qui sont rentrées en routine par les médecins précédents, qui nous permettent en un clic de faire, hop, la biologie »

Depuis la loi RIST 2023, la notion de primo-accès est également entrée dans les discussions mais les IPA interrogés restaient plutôt méfiants quant à sa mise en application.

P7 « Alors moi, primo accès, je me méfie un peu. Je n'ai pas envie que les patients prennent rendez-vous avec moi... il me faut quand même une sécurité, je pense, pour le patient, pour les médecins, pour l'IPA »

2.3. Les protocoles de soins : une solution aux difficultés rencontrées ?

2.3.1. L'utilisation des protocoles de soins par les IPA

Une part des IPA interrogés, n'utilisent pas de protocole dans leur pratique.

P10 « Aucun protocole actuellement sur lequel m'appuyer »

P9 « Nous n'avons pas de protocole en psychiatrie... sauf pour la contention »

P2 « J'ai plus le réflexe google que le réflexe du protocole de soins »

Une autre part des IPA interrogés, utilisent ou a déjà utilisé des protocoles en tant qu'IDE, et certains en ont même créé dans le cadre de leur pratique avancée.

P11 « J'ai toujours utilisé des protocoles dans ma carrière... »

P8 « Je suis formée pour tous les protocoles nationaux... la cystite des jeunes femmes de 15 à 65 ans... la douleur de gorge »

P1 « Quand j'étais infirmière... le protocole douleur avec le paracétamol »

P3 « J'ai développé les protocoles de coopération pour les infirmiers »

2.3.2. La perception des protocoles de soins par les IPA

Aspects positifs des protocoles

On retrouve d'une part, un aspect bénéfique du protocole de soins dans la pratique des IPA.

En effet, certains attachent aux protocoles de soins une importance pour standardiser les soins et les prises en charge.

P7 « Protocoles variant d'un établissement à l'autre... nécessité d'une nationalisation »

P11 « On pourrait croire que ça restreint... dans ta pratique mais en fait, non, je ne pense pas... ça met des limites... des barrières... un cadre et au moins tu sais où tu vas, moi je préfère »

Ils évoquent également la notion de sécurité qui émane des protocoles ou leur utilité dans certaines pathologies ou avec certains professionnels de santé.

P9 « Ça pourrait être aidant... sécurisant... un protocole pour ajuster le traitement... surveillance des dosages et des effets secondaires »

P11 « Je suis plutôt favorable à ça pour les thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque »

P6 « Mise en place de clozapine... augmenter les doses petit à petit et gérer la surveillance »

P7 « Dysthyroïdie, adaptation de Levothyrox »

P3 « Sur des pathologies très spécifiques..., moi j'y vois un intérêt, c'est sécurisant pour tout le moment" " Pour les spécialistes, là, je pense qu'il y a un intérêt »

Aspects négatifs des protocoles

D'autre part, certains IPA estiment que les protocoles de soins sont néfastes à leur pratique et qu'ils seraient synonymes de perte d'autonomie ou d'un manque de reconnaissance de leurs compétences.

P8 « Nous mettre des protocoles, c'est encore nous mettre des barrières » « La pratique avancée, elle a permis un champ de compétences complémentaires à l'infirmière pour avoir un petit peu plus d'autonomie... Le fait de nous reprotocoliser encore, on va rajouter des couches »

P3 « A partir du moment où on est formés, on n'a pas besoin de protocoles" " Je pense qu'il vaut mieux former et que chacun connaisse son champ de compétences et c'est suffisant »

Les autres limites des protocoles de soins rapportées sont celles de la charge administrative qu'ils engendrent et le fait que tout ne peut pas être protocolisé lorsqu'on travaille avec l'humain et notamment en psychiatrie.

P8 « Mettre en place des protocoles, c'est encore rajouter une couche administrative »

P7 « Difficulté à protocoliser la relation et le ressenti »

Néanmoins la majorité des IPA interrogés est favorable à l'utilisation de protocole dans leur pratique.

2.3.3. Le format et le contenu des protocoles

Les IPA interrogés rapportent une préférence pour les formats numériques. Une structure visuelle, simple et lisible comme les diagrammes ou les algorithmes et en fonction des préférences, statiques ou dynamiques. Certains ajoutent la présence d'un texte explicatif en lien ou en dessous pour plus d'informations si besoin.

P11 « Un diagramme plus un texte explicatif ou bien un algorithme et un texte explicatif »

P10 « Diagrammes ou algorithmes pour une compréhension simple »

P7 « Logigrammes, algorithmes... liens vers des vidéos pour des explications approfondies »

P5 « Texte, diagramme... statique... ouverture suivant les réponses »

Plusieurs IPA évoquent la compatibilité avec leur logiciel métier comme un atout majeur.

P8 « Interopérable avec mon logiciel métier... critères d'inclusions ou d'exclusions automatiquement intégrés »

Un certain nombre serait intéressé pour recevoir des protocoles de manière régulière, allant d'un abonnement hebdomadaire à semestriel.

P1 « Une fois par semaine... je trouve que c'est peut-être un bon rythme »

P11 « Une fois par mois, suffisant pour ne pas être submergé »

P2 « Tous les six mois, un an... toutes les semaines, j'aurai peur de ne pas les lire »

Concernant le contenu des protocoles, la majorité des IPA ont mis en avant la nécessité d'avoir des informations claires et structurées. Par exemple, en notifiant la population étudiée, les critères d'inclusion, d'exclusion ou encore les critères diagnostiques.

P5 « Public visé... informations simples... chiffres, seuils »

P8 « Critères d'inclusion, exclusion... mode opératoire... mode d'évaluation »

P11 « Explications de la physiopathologie, types de la pathologie, signes cliniques, examens nécessaires, traitement et surveillance »

2.3.4. La rédaction et la mise en application des protocoles

La plupart des IPA souhaitent que les protocoles soient rédigés en collaboration avec les médecins. La majorité des IPA sont globalement intéressés pour participer à l'écriture de protocoles et certains sont également intéressés pour utiliser des protocoles déjà existants.

P3 « Il faut qu'il y ait des référents de chaque partie... des médecins, des IPA »

P7 « Importance de participer aux protocoles... utiliser ceux existants »

P9 « Protocole rédigé par des médecins... en concertation avec l'IPA pour banaliser les attentes »

P10 « Protocole en collaboration avec des médecins... importance du partage et de la collaboration »

Une minorité souhaite rédiger des protocoles seulement entre IPA.

P8 « Faire des protocoles avec un collègue IPA... pas besoin d'avis d'un médecin généraliste »

En cas d'erreur dans un protocole, ils évoquent l'importance de pouvoir alerter facilement les rédacteurs. Certains évoquent des relectures régulières pour la mise à jour des protocoles et la correction des erreurs.

P2 « Si on a un moyen d'alerter déjà préprogrammé sur l'application... ça facilite »

P3 « Un temps de relecture tous les ans »

P10 « Contacter les professionnels de référence... professionnel référencé pour signaler les anomalies »

Pour finir, tous accordent une importance aux sources pour juger de la qualité d'un protocole après sa lecture.

P7 « Qualité des liens et de la bibliographie... importance de sources fiables »

P5 « Privilégier les grandes cohortes et études sérieuses plutôt que les sources moins fiables », « Importance des sources... éviter la désinformation »

P10 « Importance de la qualité des sources... bibliographie à jour »

DISCUSSION

1. Les principaux résultats et comparaison avec la littérature

1.1. Représentativité de l'échantillon et chiffres nationaux

Parmi les 11 IPA interrogés, 8 ont la mention pathologies chroniques et stabilisées et 3 ont la mention psychiatrie et santé mentale. Si nous comparons notre échantillon aux données nationales, nous retrouvons plus d'infirmiers en pratique avancée avec la mention pathologies chroniques et stabilisées (environ 73%) que dans les données nationales, et une proportion similaire avec la mention psychiatrie et santé mentale correspondant à 27% de notre échantillon. Nous n'avons pas d'IPA en oncologie hématologie ou en maladie rénale chronique, dialyse et transplantation, ni en mention urgences.

D'après l'UNIPA (Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée), en 2022, 54,7 % des étudiants IPA étaient en pathologies chroniques et stabilisées, 27,2 % en psychiatrie et santé mentale, 12 % en oncologie hématologie, 5.5 % en maladie rénale chronique, dialyse et transplantation et seulement 0,64 % en urgences. Actuellement, il n'existe pas de données concernant les zones d'installation des infirmiers en pratique avancée pour étudier si leur lieu d'exercice est en lien avec les zones sous dotées du territoire français.

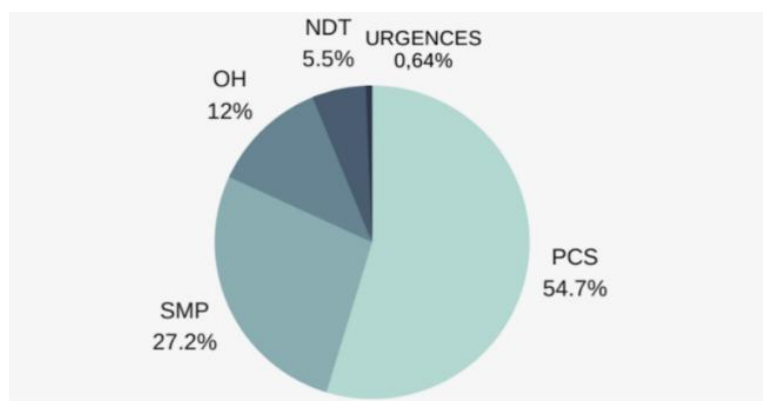


Figure 1 : Répartition des étudiants IPA en master 2 par mention en 2022. UNIPA [12]

Au niveau national, en février 2024, la France comptait 2 329 infirmiers en pratique avancée diplômés, selon l'Union Nationale des IPA (UNIPA). Ce chiffre est en deçà des objectifs fixés par le ministère de la Santé, qui visait 3 000 IPA formés ou en formation d'ici 2022. L'objectif gouvernemental de 5 000 IPA d'ici fin 2024 n'a pas été atteint. Ce manque d'attractivité peut être une des conséquences de la difficulté d'implantation rencontrée par les IPA [13].

En effet, l'implantation n'a pas été une étape facile pour la majorité des infirmiers en pratique avancée interrogés dans notre échantillon. Elle était le plus souvent favorisée par un projet commun sur un territoire avec une équipe déjà en place. Les barrières rapportées concernaient la méfiance des médecins ou des équipes paramédicales à l'égard de l'arrivée d'un nouveau professionnel de santé.

L'implantation de cette nouvelle profession a pu susciter des préoccupations de la part des infirmiers et des médecins concernant leurs champs d'exercice et leur responsabilité en France mais également ailleurs [14]. Un certain nombre de travaux de recherches se sont intéressés à la question de l'implantation en France et à l'étranger et confirment les propos rapportés dans notre étude.

Une revue de la littérature datant de 2017 a étudié l'implantation des infirmiers en pratique avancée dans différents pays (Canada, Etats Unis, Australie, Ecosse, Japon et Belgique). Elle met en avant un processus complexe dans l'ensemble de ces pays. Les principaux obstacles à l'implantation étaient le manque de compréhension du rôle et des missions de l'IPA, le manque de distinction des rôles dans l'équipe de soins entre IPA/infirmiers mais aussi IPA/médecins. La résistance de l'équipe médicale serait liée à son manque de connaissance ou de compréhension de la pratique avancée pouvant engendrer un manque de confiance [15]. Elles rapportent l'importance de clarifier le rôle des infirmiers en pratique avancée autant auprès des chefs d'établissements, que des équipes soignantes ou des patients.

En France, les études évoquent la difficulté d'acceptation par les autres professionnels de santé ou encore le manque d'incitation financière. Les raisons rapportées dans les études d'une réticence des médecins à collaborer avec les infirmiers en pratique avancée sont la peur d'une surcharge de travail liée à la supervision de l'infirmier en pratique avancée ou à la complexification des cas restants à leur charge [16].

1.2. Collaboration IPA/médecin

La collaboration IPA/médecin apparaît indispensable dès l'étape d'implantation de l'IPA car elle en facilite le déroulement. Elle est également importante dans la pratique quotidienne des IPA puisqu'ils se réfèrent au médecin pour répondre à certaines difficultés rencontrées lors de leur consultation. Cette collaboration semble se développer au fur et à mesure de l'exercice parallèle avec l'IPA puisque les différents IPA interrogés, implantés depuis plusieurs mois ou années dans les structures de soins, collaborent plus aisément avec les médecins « *Je travaillais déjà avec les médecins ici depuis quelque temps... ça a été un peu plus facile* ».

Cette collaboration est également importante pour les IPA interrogés pour la rédaction de protocoles adaptés à leur pratique clinique.

Pour les patients, une collaboration entre l'IPA et leur médecin généraliste est également primordiale et représente un gage de confiance de la part de leur médecin envers l'IPA [16].

Néanmoins, cette notion de collaboration ne semble pas si évidente lorsqu'on interroge les médecins généralistes qui expriment des avis plus mitigés. En effet, un travail de thèse angevin s'était interrogé sur cette collaboration IPA/médecin en questionnant les médecins généralistes Saumurois sur leurs représentations à propos de l'arrivée d'une infirmière en pratique avancée à l'hôpital de Saumur en 2020. Il ressort de cette étude que 60% des médecins interrogés ne semblaient pas connaître les nouvelles compétences de l'IPA. Leur crainte principale était de

se sentir à l'écart de la prise en charge de leurs patients [17]. La collaboration ne semblait donc pas être une notion acquise au moment de l'implantation des premiers IPA et était plutôt une source d'inquiétude, principalement en lien avec la méconnaissance de cette nouvelle profession. Ces résultats sont également retrouvés dans un travail de thèse de 2024 questionnant le ressenti des médecins généralistes des Hauts de France sur l'arrivée des infirmiers en pratique avancée dans la pratique libérale. Aussi, les médecins interrogés estiment l'arrivée des infirmiers en pratique avancée comme une menace pour la médecine générale et la relation médecin/patient [18]. A noter que seulement 10 % de l'échantillon travaillait avec des infirmiers en pratique avancée.

Une thèse nantaise récente, publiée en avril 2025, a interrogé des IPA en pathologies chroniques et stabilisées sur leur collaboration avec les médecins généralistes. Les résultats sont comparables aux nôtres, avec la notion de réticence médicale pouvant rendre plus complexe la collaboration initialement, suivie de la création progressive d'une relation de confiance. La collaboration avec les médecins débutait souvent dès la formation, en effet les IPA choisissaient fréquemment comme stage leurs futurs lieux d'exercice, ce qui permettait d'établir une relation de confiance avec les médecins avant même leur implantation [19].

Pourtant, un travail de thèse de 2018 a montré que la mise en place des IPA au Québec, appelés IPS (Infirmiers Praticiens Spécialisés), a été largement favorisée par une collaboration entre l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec qui ont travaillé conjointement à une réforme législative pour adapter au mieux les rôles des IPS aux besoins de la population. Cette collaboration a également évolué favorablement au fil des années [20].

1.3. L'utilisation de protocoles dans la pratique IPA encore peu développée

Tous les participants ont déjà utilisé des protocoles dans leur pratique d'Infirmier Diplômé d'État. En revanche, la majorité des infirmiers en pratique avancée interrogés n'utilisent pas de protocoles.

En ce qui concerne l'utilité des protocoles dans leur pratique IPA, les avis divergent. En effet, pour certains participants, le protocole est perçu comme un outil sécurisant, cadrant, important pour la standardisation des soins et intéressant pour certaines pathologies ou certaines prises en charge. Pour d'autres, le protocole est un outil engendrant une charge administrative importante, un manque de reconnaissance de leur compétence et une perte d'autonomie dans leur pratique. Toutefois, les IPA interrogés se montrent globalement intéressés pour développer des protocoles adaptés à leur pratique « *Je pense que ça peut être un appui à notre pratique, ça c'est certain. Mais pour l'instant, moi en tout cas, je n'ai aucun protocole actuellement sur lequel je peux m'appuyer* ».

Une étude de Philippe Cloarec rapporte cette notion de perte d'autonomie après avoir interrogé des infirmiers sur leur utilisation de protocoles dans leur service. La transgression des protocoles était justifiée, paradoxalement, au nom de l'intérêt du patient [21].

1.4. Vers le développement d'une evidence based nursing ?

Parmi les différentes compétences et missions des infirmiers en pratique avancée, la question de la recherche est peu abordée ou peu développée. Certains infirmiers en pratique avancée évoquent avoir découvert la recherche en entrant dans leur cursus d'infirmier en pratique

avancée. Pourtant, le concept d'*evidence based nursing* (EBN) est évoqué depuis 2009 dans le référentiel de la formation des Infirmiers Diplômés d'État [22].

Une récente étude française, parue en 2024, a interrogé des étudiants infirmiers et des formateurs en IFSI sur l'usage de la démarche de l'EBN dans les enseignements infirmiers et l'identification des freins et des leviers à sa diffusion en formation initiale. L'EBN est effectivement peu enseignée dans la formation infirmière, contrairement à la majorité des enseignements auprès des IPA qui sont basés sur l'*evidence based practice*. Cette notion est inconnue des étudiants IPA en début de formation. Les freins évoqués sont le manque de connaissance du concept, des moteurs de recherche de biomédical et de l'anglais. Pour ceux connaissant l'EBP, l'apprentissage s'est fait grâce à des recherches personnelles ou des partages de connaissances avec d'autres professions utilisant l'EBP. Une notion intéressante ressort également de cette étude, celle que les infirmiers en pratique avancée pourraient être un levier pour promouvoir et mobiliser l'EBP [22].

Une étude Suisse similaire datant de 2016, décrit les connaissances, les croyances et le niveau d'implémentation de l'EBP auprès d'infirmières travaillant en centre hospitalier universitaire en Suisse francophone, dont des infirmiers cliniciens spécialisés. Les résultats confirment ceux de l'étude française concernant l'absence d'apprentissage de ce concept dans les études infirmières ; contrairement aux études en pratique avancée. En effet, 90,6 % des infirmiers cliniciens spécialisés ont déjà entendu parler d'EBP contre 11,1 % des infirmiers en gériatrie. Plus de 90 % des infirmiers qui connaissaient l'EBP percevaient que la pratique fondée sur des preuves permettait l'amélioration des soins aux patients [23].

Nous pouvons donc nous questionner sur l'existence d'un lien entre l'absence de développement de la compétence recherche et le peu d'utilisation de protocoles dans la pratique des IPA.

2. Discussion de l'étude

2.1. Les forces de l'étude

A notre connaissance, il s'agit de la première étude dans la littérature scientifique à s'intéresser aux besoins des IPA en matière de protocoles. Nous n'avons trouvé aucune publication traitant des protocoles destinés aux IPA, ce qui confère à notre étude un caractère novateur.

Les études actuelles s'intéressent essentiellement à l'implantation des IPA dans le système de soins français que ce soit du point de vue des médecins, des patients ou des IPA eux-mêmes, mais peu d'études évaluent les pratiques des IPA, et notamment leurs besoins spécifiques.

2.2. Les différents biais

Comme toute étude, notre travail s'expose, à différents biais liés au chercheur et aux participants.

Nous pouvons citer le biais d'interprétation lors de l'analyse des entretiens. En effet, le chercheur peut analyser les données en fonction de ses connaissances, de ses croyances ou de ses préjugés.

Le recrutement des participants reposait sur le volontariat, ce qui expose à un biais de sélection. Nous retrouvons dans notre échantillon, plus d'infirmiers en pratique avancée exerçant en Mayenne, cela peut être en lien avec les zones sous dotées au niveau médical mais aussi être un biais car la chercheuse a principalement fait ses stages d'internat en Mayenne et a pu influencer en ce sens le recrutement.

Les réponses données par les infirmiers en pratique avancée ont pu être influencées par le biais de désirabilité sociale qui consiste à modifier les réponses pour apparaître sous un jour favorable.

3. Les perspectives

3.1. Les évolutions de la profession IPA

Depuis la fin des entretiens, quelques évolutions législatives, attendues de certains infirmiers en pratique avancée, ont eu lieu. En effet, en janvier 2025 est sorti le décret d'application de la loi RIST 2023 concernant le primo-accès et la primo-prescription [24].

Il est donc notifié qu'un patient peut dorénavant s'adresser directement à un infirmier en pratique avancée sans passer par son médecin. A noter que ce décret supprime également le protocole d'organisation qu'il y avait entre l'IPA et le médecin pour encadrer la prise en charge de ses patients.

Concernant la primo-prescription, il est précisé que la liste sera arrêtée par le ministère de la Santé, après avis de l'Académie Nationale de Médecine. A ce jour, l'arrêté sur la primo-prescription est toujours attendu.

Le primo-accès et la primo-prescription étaient revendiqués par certains des IPA interrogés comme pouvant répondre aux difficultés auxquelles ils sont confrontés. Il serait donc intéressant d'interroger ces IPA sur l'impact de ces évolutions dans leur pratique quotidienne. Toutefois, nous pouvons nous questionner sur le ressenti des médecins généralistes sur ces avancées alors qu'ils semblaient déjà frileux à l'idée de voir arriver les infirmiers en pratique avancée dans le domaine de la santé en France. Le primo-accès et la primo-prescription pourraient donc complexifier cette collaboration déjà fragile entre l'IPA et le médecin.

3.2. Les perspectives de l'étude

Notre étude avait pour but de recueillir des informations concernant la pratique des IPA et leurs besoins en matière de protocoles de soins. Les résultats obtenus sont prometteurs en ce qui concerne la mise en place de protocoles destinés aux IPA.

L'objectif final de ce travail est de constituer, par la suite, des protocoles rédigés avec des IPA en collaboration avec des médecins, de les évaluer puis de les intégrer dans une application, qui héberge actuellement des protocoles réalisés par des médecins afin d'étendre son périmètre aux IPA.

CONCLUSION

Notre travail a permis d'interroger des infirmiers en pratique avancée exerçant dans les départements du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne sur leur pratique, de recueillir leurs difficultés et d'évaluer leurs besoins en protocoles.

Peu utilisent actuellement des protocoles dans leur pratique clinique bien qu'une majorité pense que cela pourrait être une solution, pour pallier certaines de leurs difficultés à la sortie de leur formation, qu'ils estiment parfois trop courte. Une minorité des infirmiers en pratique avancée voit le protocole comme un outil limitant, contraignant, chronophage et peu valorisant en termes de reconnaissance professionnelle. Malgré cela, tous se disent intéressés pour participer à des protocoles dédiés à certaines prises en charge, adaptées à leur activité, en collaboration avec des médecins. Le développement de protocoles dans la pratique avancée peut être perçu comme un tremplin pour amener cette profession vers une pratique fondée sur les preuves, en développant leur compétence en recherche.

Une future étape serait donc de réaliser des protocoles IPA/médecins et d'évaluer s'ils répondent aux besoins exprimés. Il pourrait être également intéressant d'étudier le lien entre la création de protocoles par et pour les IPA, et le développement d'une *evidence based nursing*.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] République française. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. JORF n° 0164 du 19 juillet 2018, texte n° 18
- [2] Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. L'infirmier en pratique avancée – ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ; Disponible : <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/cooperations-interprofessionnelles/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- [3] ACCUEIL - UNIPA. Disponible : <https://unipa.fr/wp-content/uploads/2024/03/Recensement-UNIPA-mise-a-jour-13-02-2024.pdf>
- [4] Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Paris : OCDE; 2010 août.
- [5] Lennaerts H, Groot M, Rood B, Gilissen K, Tulp H, van Wensen E, et al. A Guideline for Parkinson's Disease Nurse Specialists, with Recommendations for Clinical Practice. *Journal of Parkinson's Disease*. 2017;7 (4):749-54
- [6] Trinite T, Loveland-Cherry C, Marion L. The U.S. Preventive Services Task Force: An evidence-based prevention resource for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. juin 2009;21(6):301-6.
- [7] G. Guyatt et al., « Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine », *JAMA*, vol. 268, no 17, p. 2420-2425, nov. 1992.
- [8] G. Feder, M. Eccles, R. Grol, C. Griffiths, et J. Grimshaw, « Using clinical guidelines », *BMJ*, vol. 318, no 7185, p. 728-730, mars 1999.
- [9] A. L. Francke, M. C. Smit, A. J. de Veer, et P. Mistiaen, « Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review », *BMC Med. Inform. Decis. Mak.*, vol. 8, p. 38, sept. 2008.

- [10] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Comment élaborer et mettre en oeuvre des protocoles pluriprofessionnels ?. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels
- [11] Légifrance. Article R. 4311-7 - Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Légifrance ;. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000002032631/
- [12] UNIPA C. État des lieux IPA et IEPA 2022. UNIPA. 2022. Disponible sur: <https://unipa.fr/etat-lieux-ipa-et-iepa/>
- [13] Agence Profession Santé [En ligne]. Le nombre d'infirmiers en pratique avancée (IPA) — Agence Profession Santé ; Disponible : <https://www.agenceprofessionsante.fr/chiffres-cls/le-nombre-dinfirmiers-en-pratique-avance-ipa?>
- [14] Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. BMC Nurs. déc 2017;16(1):6.
- [15] Aghnatos M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. Santé Publique. 2021;33(4):547-58.
- [16] Lebrun C, Mille M, Duchossoir C, Leppek K, Saynac Y, Ruelle Y, et al. Intégration des infirmiers en pratique avancée au parcours des patients atteints de maladies chroniques : perceptions des personnes âgées en soins primaires. Recherche en soins infirmiers. 29 oct 2024;157(2):55-67.
- [17] Moreira MA. Infirmières en pratique avancée : représentations des médecins généralistes Saumurois.
- [18] Lejeune T. Ressenti des médecins généralistes des Hauts de France quant à l'arrivée des infirmiers en pratique avancée dans la pratique libérale: enquête quantitative.

- [19] Timothé Le Duigou, Eugène Thin. Vécu des IPA mention pathologies chroniques stabilisées dans leur collaboration avec les médecins. Médecine humaine et pathologie. 2025.
- [20] JARROT BARRERE M. Les infirmières de pratique avancée : quelles perspectives pour le système de soins français ? Comparaison avec le système québécois. Limoges; 2018.
- [21] Cloarec P. Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle. Recherche en soins infirmiers. 2008;93(2):28-31.
- [22] Demagny-Warmoes A, Ortéga RB, Cabaret V. La mobilisation de l'*evidence-based nursing* dans les enseignements en formation infirmière initiale en France : une étude descriptive exploratoire. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière. 1 juill 2024;10(2):100324.
- [23] Gentizon J, Borrero P, Vincent-Suter S, Ballabeni P, Morin D, Eicher M. La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélationnelle. Recherche en soins infirmiers. 2016;127(4):28-42.
- [24] Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée. 2025-55 janv 20, 2025.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des étudiants IPA en master 2 par mention en 2022	23
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des participants 10

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
LISTE DES ABREVIATIONS	II
RESUME	1
INTRODUCTION	2
1. La pratique avancée infirmière en France et dans le monde	2
2. Définition des protocoles et evidence based medicine	4
MATERIELS ET MÉTHODES	7
1. Type d'étude	7
2. Echantillonnage et recrutement	7
3. Guide d'entretien et recueil des données	7
4. Analyse des données	8
5. Considérations éthiques	8
RÉSULTATS	9
1. Description de la population	9
2. Interprétation des résultats	11
2.1. La pratique avancée infirmière : un nouveau métier	11
2.2. La pratique avancée infirmière : difficultés rencontrées en pratique clinique et solutions trouvées.....	14
2.3. Les protocoles de soins : une solution aux difficultés rencontrées ?	18
DISCUSSION	23
1. Les principaux résultats et comparaison avec la littérature	23
1.1. Représentativité de l'échantillon et chiffres nationaux	23
1.2. Collaboration IPA/médecin	25
1.3. L'utilisation de protocoles dans la pratique IPA encore peu développée	27
1.4. Vers le développement d'une evidence based nursing ?	27
2. Discussion de l'étude	29
2.1. Les forces de l'étude.....	29
2.2. Les différents biais	29
3. Les perspectives	30
3.1. Les évolutions de la profession IPA	30
3.2. Les perspectives de l'étude	31
BIBLIOGRAPHIE	33
LISTE DES FIGURES	36
LISTE DES TABLEAUX	37
TABLE DES MATIERES	38
ANNEXES	I

ANNEXES

Evaluation des besoins des infirmiers en pratique avancée en matière de protocoles de soins et de collaboration médicale

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis 2018, les infirmiers en pratique avancée ont fait leur apparition dans le domaine de la santé en France, dans un contexte de pénurie médicale grandissante, face à une population vieillissante et atteinte de pathologies chroniques nécessitant de plus en plus de soins. Cette profession, à cheval entre les infirmiers et les médecins, questionne un grand nombre d'acteurs de la santé. En médecine, la prise en charge des patients est fondée sur la médecine par les preuves, de celle-ci découlent de nombreuses recommandations ainsi que des protocoles diagnostiques, thérapeutiques, de suivi. Notre étude vise à interroger les infirmiers en pratique avancée sur leurs besoins en protocoles et la mise en place d'une collaboration avec les médecins.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès d'infirmiers en pratique avancée exerçant dans le Maine et Loire, la Sarthe et la Mayenne.

Résultats : L'échantillon comporte onze infirmiers en pratique avancée : huit en pathologies chroniques et stabilisées, trois en psychiatrie et en santé mentale. Très peu utilisent actuellement des protocoles dans leur pratique, alors qu'ils en utilisaient tous lorsqu'ils exerçaient en tant qu'IDE. La compétence recherche est peu développée chez les IPA par rapport aux autres compétences. Le protocole est perçu comme un outil sécurisant, permettant une standardisation des prises en charge, mais certains rapportent le côté limitant ainsi qu'une perte d'autonomie et de reconnaissance de leurs compétences. Malgré cela, tous sont intéressés pour la rédaction de protocoles adaptés à leur profession, en collaboration avec les médecins.

Conclusion : Les IPA semblent intéressés par des protocoles dédiés à leur pratique, rédigés en collaboration avec les médecins. Le développement de ces protocoles permettra-t-il de favoriser la pratique fondée sur les preuves, encore peu étudiée dans les sciences infirmières.

Mots-clés : infirmiers en pratique avancée, protocoles, collaboration médicale

Assessment of the needs of advanced practice nurses in terms of care protocols and medical collaboration

ABSTRACT

Introduction : Since 2018, advanced practice nurses (APNs) have been introduced into the French healthcare system, in a context of increasing medical shortages and an aging population with chronic conditions requiring more and more care. This profession, which lies between nursing and medicine, raises questions among many healthcare stakeholders. In medicine, patient care is based on evidence-based practice, which leads to the development of numerous recommendations and diagnostic, therapeutic, and clinical protocols. Our study aims to explore the needs of advanced practice nurses regarding protocols and their collaboration with physicians.

Methods : This is a qualitative study conducted through semi-structured interviews with advanced practice nurses practicing in Maine-et-Loire, Sarthe, and Mayenne.

Results : The sample included eleven advanced practice nurses: eight specialized in chronic and stabilized conditions, and three in psychiatry and mental health. Very few reported using protocols in their current practice, although all had previously used them as registered nurses. Research skills were less developed among APNs compared to their other missions and competencies. Protocols were seen as reassuring tools that contributed to the standardization of care; however, some participants highlighted the limiting aspects of protocols, including a perceived loss of autonomy and recognition of their skills. Despite these concerns, all participants expressed interest in developing protocols tailored to their profession in collaboration with physicians.

Conclusion : APNs appear interested in protocols dedicated to their practice and developed in collaboration with physicians. The development of such protocols could help foster evidence-based practice, which remains underexplored in nursing sciences.

Keywords : advanced practice nurses, protocols, collaboration with physicians