

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Le ressenti des patients sur les Infirmières en Pratique Avancée en Mayenne

GEORGI Rima |

Née le 7 novembre 1994 à Damas

OLIVER Julie |

Née le 14 mai 1997 à Montpellier

Sous la direction de M. HAMON Cédric et Mme LACAN Sophie |

Membres du jury

Monsieur le Professeur PY Thibault

Monsieur le Docteur HAMON Cédric

Madame le Docteur LACAN Sophie

Madame LEMASSON Stéphanie

| Président

| Directeur

| Codirectrice

| Membre

Soutenue publiquement le :
12 Juin 2025



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous, soussignées Rima GEORGI et Julie OLIVER,
déclarons être pleinement conscientes 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, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par les étudiantes le **08/05/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) 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 déshonoré (e) et méprisé(e) 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 DUBEE

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

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 Claire	Marie- 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	MEDEECINE 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 CYTOGENETIQUE	ET 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 Médecine
	TRAUMATOLOGIQUE	
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 Communs :

A Monsieur le Professeur PY, de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury. Recevez toutes nos considérations.

A nos directeurs de thèse, Dr. HAMON et Dr. LACAN, nous vous remercions de votre accompagnement tout le long de ce travail, merci de nous avoir éclairé quand nous étions perdues.

A Madame LEMASSON, d'avoir accepté d'assister à notre soutenance. Nous vous remercions de votre soutien et de votre présence.

Remerciements aux participants :

Aux IPA, d'avoir accepté de nous assister pendant ce travail de thèse et de nous avoir consacré votre temps, nous vous remercions.

Et aux patients, nous vous remercions d'avoir participé à notre travail et d'avoir pris le temps pour répondre à nos questions.

Remerciements Julie Oliver :

Papa, Maman, merci pour tout. Si j'en suis là aujourd'hui, à écrire les remerciements de ma thèse de médecine générale, c'est en grande partie grâce à vous. Merci pour votre amour inconditionnel, votre soutien constant, et pour m'avoir transmis la passion du soin et de l'humain. Être parents est un rôle qui vous va si bien. Je vous aime fort.

Galdric, je suis fière d'être ta petite sœur. Tu as toujours été un modèle pour moi, et tu le resteras. Dire que cet été, je vais assister à ton mariage ! Ça ne nous rajeunit pas tout ça ! Je suis ravie que la pétillante Claire rejoigne notre famille, en plus, elle est née le meilleur jour du meilleur mois de la meilleure année !

Mathilde, être ta grande sœur est une vraie chance. Tu es un cadeau de la vie. Je suis tellement fière de la belle personne que tu es. Ne doute jamais de ta valeur. J'ai hâte qu'on réalise enfin notre rêve de voyage à Bora Bora entre sœurs.

Stella, c'est toujours un plaisir de te retrouver au Mas Llaro et de voir mon papa épanoui à tes côtés. Merci pour ta bienveillance pendant mes chagrins, ton énergie, et ma chambre!

Michel, merci pour ton accompagnement tout au long de mon parcours et de prendre si bien soin de ma maman. Tes Virgin Mojitos et pan con tomate sont imbattables !

À ma famille : les Lamotte, Tatie Flo (ma marraine adorée), Tonton François, Charles, Marie ; les Oliver, Tonton Claude, Tatie Christine, Chloé, Guillem :
Merci pour tout ces bons moments familiaux partagés.

REMERCIEMENTS

Mamie Claudie, Papi André si vous saviez comme j'aimerais vous serrer dans mes bras et vous dire : ça y est, je suis devenue docteur.

Manon Prats, Emmanuelle Banet, mes deux Catalanes préférées. Vous êtes bien plus que des amies : vous êtes devenues de véritables sœurs de cœur. Vous êtes des piliers dans ma vie, sur qui je sais pouvoir compter, dans les bons comme les moins bons moments. J'ai hâte de vivre mille autres aventures à vos côtés toujours aussi complices.

Bisous à LJ et à Nathan : je suis heureuse de vous savoir si bien entourées.

Alix, tu incarnes pour moi l'insouciance de l'enfance et la magie des étés. C'est avec toi que j'ai découvert notre passion commune pour la natation synchronisée, sur la plage de Canet-en-Roussillon (au grand désespoir de Galdric, Greg et Nico). Ces moments partagés font partie de mes plus beaux souvenirs.

La team de Cluj... Quelles années !

Arrivée en Roumanie à 18 ans avec ma valise et mes doutes, j'ai trouvé en vous bien plus que des camarades d'étude : une véritable bande de vie. J'y ai fêté mes 20 ans, et aujourd'hui, alors que j'approche de la trentaine, je repense à cette période avec beaucoup de tendresse et de reconnaissance. Un merci tout particulier à Omar, pour ton soutien sans faille pendant nos interminables périodes d'examens. Je te dois clairement un stock d'Ice Tea à vie. Audran, ton calme à toute épreuve, ton humour subtil, ta gentillesse et ton sérieux dans tout ce que tu entreprends sont une vraie source d'inspiration. Et je dois bien l'admettre le Puy-de-Dôme c'est pas mal !

Merci à tous les professionnels que j'ai croisés au cours de mon internat, en Mayenne comme en Sarthe. Ces années ont été pour moi riches en apprentissages et en moments forts sur le terrain. J'adresse une pensée particulière à l'équipe de dermatologie du Mans. Rose-Anne, Laurie à quand le prochain stage de surf et yoga ?

Valentin, je ne remercierai jamais assez Emmanuelle et Nathan pour nous avoir présentés, ce soir d'avril qui a tout changé.

Tu es une personne profondément belle, dans ton regard sur les autres comme dans ta manière d'être au monde. Je me sens pleinement moi-même à tes côtés. Merci pour ce que tu es, et pour ce que nous sommes en train de devenir ensemble. Je t'aime.

À Iris, ma petite Mayennaise. Ta tranquillité et tes pauses silencieuses à mes côtés m'ont souvent aidée à retrouver la mienne.

Et enfin, Rima, ma co-thésarde. Ça y est, on y est ! Tu le sais déjà, mais je suis heureuse d'avoir partagé cette thèse avec toi.

REMERCIEMENTS

Depuis nos premiers pas d'internat, tu es une amie exceptionnelle. Tu réponds au téléphone à 3 h du matin en pleine garde si j'en ai besoin, tu m'as aidée dans tous mes déménagements, et c'est encore toi qui m'accompagnais aux urgences vétérinaires en plein milieu du jour ou de la nuit pour soigner Iris. Qui d'autre aurait fait tout ça avec autant de naturel et de cœur ? On a écrit cette thèse à deux, dans l'entraide et la bienveillance, avec parfois quelques fous rires de fatigue ou de désespoir, mais toujours ensemble, sans aucun accroc. Et tu sais quoi ? J'ai presque envie de dire que nos réunions de thèse vont me manquer. Vivement qu'on fête ça au spa!

Remerciements Rima GEORGI :

Merci à toutes les connaissances professionnelles pendant mes années d'études, vous m'avez permis d'évoluer en tant que médecin tant en tant que personne. Merci pour les moments passés en votre compagnie.

Merci au département de la Mayenne, pour m'avoir accueillie pendant mon internat. Merci pour ces sorties organisées et les bons moments passés avec vous.

A Charlotte, Stevan, Sarah, Mathilde, à cet externat que nous avons passé ensemble, merci d'être toujours présents pour moi.

A Alexandre, Celia, Léa, Sebastien, merci à mon équipe de soutien, merci aux raclettes partagées ensemble.

A ma co-thésarde Julie, merci d'avoir réalisé cette thèse avec moi, et surtout merci de ta présence pendant ces trois dernières années, merci pour les journées de sport ensemble, merci pour les rires et merci pour les pleurs. Merci de m'avoir soutenu tout au long, merci pour tous ces moments passés avec toi.

A Baptiste, mon chéri, merci d'être à mes côtés, de m'avoir soutenu dans mes projets. Je t'aime.

A mon frère Nader, merci pour tout les fous rires.

A mon frère Nawras, pour tous les Subway et sushis savourés ensemble.

A mes parents, Lina et Nabil, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, de la Syrie à la France. Merci pour vos sacrifices et pour votre patience. Merci pour vos encouragements et merci pour votre présence.

Et dernièrement, un immense merci à Lily, mon chat, mon réveil de 5h du matin.

Liste des abréviations

ASALEE	Action de Santé Libérale en Équipe
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEL	Infirmier Diplômé d'État Libéral
INSEE	Institut National de la Statistique des Études Économiques
IPA	Infirmière e en Pratique Avancée
MG	Médecin Généraliste

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

1. Déserts médicaux et innovations en santé
2. Réponses institutionnelles et émergence des infirmières en pratique avancée (IPA)
3. Nouveau métier : Qu'est-ce que les IPA ?
4. Les IPA en pratique : missions et périmètre d'action
5. Différentes appellations des infirmières en France, à ne pas confondre
6. Dans le monde
7. Données sur le ressenti des patients
8. Objectif principal

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Les caractéristiques des patients
2. Résultats des entretiens
 - 2.1. Introduction des Infirmières en Pratique Avancée dans le parcours de soins
 - 2.2. Le ressenti des patients sur la relation de soins avec l'IPA
 - 2.3. Avantages et Inconvénients d'un suivi IPA / médecin

DISCUSSION

1. Résultats principaux
 - 1.1. Relation IPA-patient
 - 1.2. Double suivi IPA - médecin
 - 1.3. Importance du temps dans les soins
2. Forces et limites
 - 2.1. Forces de l'étude
 - 2.2. Limites de l'étude
3. Perspectives
 - 3.1. Pour la recherche
 - 3.2. Pour la pratique
 - 3.3. Pour l'organisation des soins

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RÉPARTITION DU TRAVAIL dans le cadre d'une thèse collective

Auteurs : Julie Oliver et Rima Georgi

Fiche de thèse :

Nous avons fait des recherches bibliographiques communes que nous avons toutes centralisées sur un compte zotero commun. Nous avons fait des réunions afin de trouver la problématique la plus pertinente pour nous avant de rédiger la fiche de thèse à deux.

Entretiens :

Rima a contacté les 3 IPA pour récupérer les noms des patients. Nous avons contacté les patients à tour de rôle. Rima a effectué 3 entretiens et Julie a effectué 8 entretiens.

Analyse des entretiens :

Nous avons retranscrit chacune les entretiens que nous avons effectués. Celle qui n'a pas effectué l'entretien a effectué une première analyse. Ensuite, une deuxième analyse était effectuée par son binôme. Chaque analyse était discutée à 2 avant de débiter l'entretien suivant.

Rédaction de la thèse :

L'intégralité de la thèse a été rédigée à deux. Nous avons procédé parties par parties dans l'ordre de la thèse. Nous rédigeons d'abord la partie chacune de notre côté avec mise en commun par la suite.

RESUME

Introduction: L'accès aux soins constitue un défi croissant en France surtout dans les zones sous-denses en médecins comme la Mayenne. Pour pallier cette problématique, le métier d'infirmière en pratiques avancées (IPA) a été créé. Les IPA disposent de compétences élargies et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. La compréhension de la perception des patients à l'égard des infirmières en pratique avancée est un domaine de recherche pour l'instant peu exploré en France. L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence le ressenti d'un échantillon de patients Mayennais suivis conjointement avec un médecin généraliste (MG) et une IPA spécialisée en maladies chroniques stabilisées.

Méthodologie: Ce travail a été réalisé selon une méthode qualitative, en se basant sur des entretiens individuels semi-dirigés. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à priori, mais a été définie après saturation des données. Nous avons réalisé une analyse des entretiens, par une méthode basée sur la théorisation ancrée.

Résultats: Parmi les onze entretiens effectués nous avons observé que l'intégration des IPA dans le parcours de soins en Mayenne était marquée par un manque de connaissances de ce nouveau métier. Globalement, un sentiment de confort ressortait lorsqu'on évoquait leur relation avec l'IPA. Les patients les percevaient comme plus accessibles et moins hiérarchiques que le MG. Les patients préféraient un suivi conjoint associant l'IPA et le MG.

Conclusion: Ce travail a permis de mettre en évidence une satisfaction globale des patients bénéficiant d'un suivi conjoint IPA-MG en Mayenne, mettant en lumière les atouts et les défis de cette collaboration. Dans ce système de soin en constante évolution, il est essentiel de réorganiser les modes de collaboration au sein du système de santé, dans lequel la prise en charge pluri-professionnelle devient un enjeu majeur.

Mots clés: pratique infirmière avancée, soins primaires, ressenti des patients

INTRODUCTION

1. Déserts médicaux et innovations en santé

L'accès aux soins, pierre angulaire de la santé publique, repose sur trois piliers essentiels : la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé (1).

Garantir une réponse adaptée aux besoins de tous, constitue une problématique majeure des politiques publiques en France, particulièrement dans les territoires où l'offre médicale est insuffisante, appelés « déserts médicaux » ou zones « sous-denses en médecins » (2,3). En 2021, selon l'INSEE, 30 % de la population de la Mayenne vivait dans une commune sous-dotée, soit deux fois plus que la moyenne nationale (14 %). Ces zones illustrent les difficultés structurelles d'un système de santé en tension, où le manque de professionnels de santé complique l'accès à des soins essentiels (4).

2. Réponses institutionnelles et émergence des infirmières en pratique avancée (IPA)

Pour pallier cette problématique de zones sous-denses des réformes ont vu le jour, notamment la « Loi de Modernisation de notre système de Santé » ou loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 sous l'impulsion de Marisol Touraine, ministre des solidarités et de la Santé (5). L'une des mesures présente dans cette loi intitulée « Élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique » évoque pour la première fois le terme d'infirmière en pratique avancée (IPA) dans l'article L 4301-1 du Code de la Santé Publique.

Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé sous le gouvernement d'Emmanuel Macron et dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », a promulgué deux décrets découlant de la loi n°2016-41 : le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 (6), et le décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 (7). Ces textes ont officialisé la création du Diplôme d'État d'Infirmière en Pratique Avancée, tout en définissant les contours de cet exercice dans trois domaines spécifiques : les

pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et onco-hématologie, ainsi que la prise en charge des maladies rénales chroniques, incluant la dialyse et la transplantation rénale (5,8).

Cette nouvelle profession a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins tout en optimisant la répartition des tâches au sein des équipes de santé (9).

3. Nouveau métier : Qu'est-ce que les IPA ?

Les IPA sont des infirmières diplômées d'Etat qui ont fait un cursus d'infirmière classique, c'est-à-dire trois ans d'études après le baccalauréat avec ensuite deux années de spécialisation. Elles atteignent donc le grade universitaire de master. Pour devenir IPA, il faut que l'infirmière ait une expérience professionnelle de minimum trois ans d'exercices. Aujourd'hui, il existe cinq domaines de compétences de l'IPA : Les IPA en maladies chroniques stabilisées, les IPA en oncologie et onco-hématologie, en néphrologie/dialyse, en psychiatrie depuis le décret n° 2019-836 du 12 août 2019 (10) et en urgences depuis le Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 (11).

La formation se déroule en deux étapes : une première année avec un tronc commun dédié à apprendre les bases de l'exercice en pratique avancée, suivie d'une seconde année axée sur les enseignements spécifiques à la mention choisie (9).

La première promotion d'IPA en France date donc de 2018 et les premières IPA ont pu exercer en 2020 suite aux 2 ans d'études.

4. Les IPA en pratique : missions et périmètre d'action

Les IPA disposent de compétences élargies : évaluation clinique, renouvellement et adaptation de prescriptions médicales et réalisation d'examens complémentaires. Travaillant en étroite collaboration avec les médecins, elles jouent également un rôle clé dans l'éducation thérapeutique, la prévention et la coordination des soins. Leur exercice s'inscrit dans divers cadres : soins primaires en ambulatoire, établissements de santé ou structures médico-sociales, offrant une flexibilité d'intervention pour répondre aux besoins des territoires (9,12).

5. Différentes appellations des infirmières en France, à ne pas confondre

En France, l'appellation infirmière désigne l'infirmière diplômée d'Etat (IDE). Il existe plusieurs appellations des IDE suivant leurs compétences et leur niveau de formation. Chez les IDE, il existe les ASALEE, les IDEL et désormais les IPA. Les infirmières ASALEE (Action de santé libérale en équipe) font partie d'un protocole de coopération entre des médecins généralistes (MG) et des infirmières déléguées à la santé publique. Ce protocole est né en France en 2004 et est principalement axé sur la prévention et l'éducation thérapeutique (12). Elles ont une formation dédiée de 12 jours suivant les 3 ans de formation commune à toutes les IDE. Elles sont salariées par l'association ASALEE.

Les IDEL (Infirmière diplômée d'Etat libéral) sont des infirmières libérales qui réalisent des actes paramédicaux, et qui se déplacent au domicile des patients. Elles doivent obligatoirement passer 2 ans en centre hospitalier après leurs 3 ans de formation initiale avant de pouvoir exercer en libéral. Elles sont payées à l'acte.

6. Dans le monde

Depuis les années 1960, plusieurs pays ont développé des rôles avancés pour les infirmières (États-Unis, Canada) afin de répondre aux besoins croissants en soins de santé, notamment dans les zones rurales ou mal desservies. Aux États-Unis, les infirmières praticiennes se distinguent par leur haut niveau d'autonomie, bien que celui-ci varie selon les États : certaines exercent indépendamment, tandis que d'autres nécessitent une supervision médicale. Leur présence est particulièrement précieuse dans les régions reculées comme l'Alaska, où elles sont parfois les seules professionnelles de santé disponibles (13). Au Canada, deux catégories principales d'infirmières en pratique avancée se sont développées : les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées. Les modèles de soins intégrant ces professionnelles ont démontré une amélioration de la gestion des maladies chroniques et une meilleure accessibilité dans les zones isolées, tout en bénéficiant d'une forte satisfaction des patients (13). Au Royaume-Uni, les infirmières praticiennes avancées, introduites dans les années 1970 au

sein du National Health Service, offrent des services de qualité équivalente à ceux des médecins, comme le confirment plusieurs études (13). Ces données sont issues de l'étude de l'OCDE intitulée Les pratiques infirmières avancées, une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, datant de 2010. Cette analyse met en lumière la pertinence et l'impact positif des rôles avancés des infirmières dans les systèmes de santé.

7. Données sur le ressenti des patients

La profession d'IPA existe depuis plusieurs décennies dans certains pays et nous avons vu que les évaluations sont positives que ce soit aux États-Unis, au Canada ou encore au Royaume-Uni, notamment de la part des patients. La compréhension de la perception des patients à l'égard des infirmières en pratique avancée est un domaine de recherche pour l'instant peu exploré en France, sûrement du fait de sa mise en place récente. Nous avons pu consulter la littérature concernant le point de vue des médecins généralistes sur ce nouveau dispositif, mais nous disposons de peu de retours de la part des patients.

Il est pourtant essentiel de comprendre comment les patients perçoivent ces professionnels de santé afin d'optimiser la pratique avancée en soins infirmiers et d'améliorer la qualité des soins. Dans ce cadre, nous nous posons la question suivante : Quel est le ressenti des patients suivis par une infirmière en pratique avancée ?.

Nous avons décidé de cibler notre recherche sur les patients vivant en Mayenne, zone géographique sous-dotée en médecin.

8. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence le ressenti d'un échantillon d'une population de patients en Mayenne suivis conjointement avec un médecin généraliste et une infirmière en pratique avancée en soins primaires spécialisée en maladies chroniques stabilisées.

L'étude du ressenti des patients à l'égard des infirmières en pratique avancée en Mayenne revêt une importance particulière. Tout d'abord, elle permettra de mieux comprendre les besoins et les attentes des patients en matière de soins, ce qui favorisera l'amélioration de la qualité des

soins. De plus, elle contribuera à une meilleure compréhension des perceptions et des attitudes des patients à l'égard de la pratique avancée en soins infirmiers.

MÉTHODES

Ce travail a été réalisé selon une méthode qualitative, en se basant sur des entretiens individuels semi-dirigés.

La population étudiée était constituée de patients adultes, parlant le français, et dont la résidence principale est dans la région mayennaise. Les patients inclus sont suivis de manière conjointe par un IPA spécialisée en pathologies chroniques stabilisées et un médecin généraliste. Les patients devaient avoir bénéficié d'au moins trois consultations avec l'IPA.

Les critères de non-inclusion étaient : patients ne parlant pas le français, patients présentant des troubles cognitifs quel que soit leur degré, présence d'une protection juridique ou absence de consentement.

Les critères d'exclusion étaient le décès du patient durant l'étude ou le retrait du consentement.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à priori, mais a été définie après saturation des données que nous avons considérée atteinte après la 3ème répétition des données sans informations supplémentaires. Dans des thèses similaires, l'échantillon comprenait entre 10 et 20 entretiens en moyenne.

Un premier recrutement a été réalisé par les IPA en nous adressant les patients ayant accepté de participer. Les patients ont été choisis parmi ceux consultants les premiers et derniers jours de travail de la semaine (Annexe 1).

Le deuxième recrutement s'est fait par les investigatrices en variation maximale par rapport à l'âge du patient ou l'année de naissance, le sexe, et le nombre des consultations effectuées avec l'IPA.

Le guide d'entretien (Annexe 4) a été réalisé à partir des données de la littérature et d'autres carnets d'entretiens lors des études similaires puis adapté au contexte de l'IPA.

Notre guide d'entretien initial a été soumis à l'évaluation d'une IPA.

Il a été adapté au fur et à mesure des entretiens. Il est constitué d'une introduction expliquant le concept global de la thèse, recueillant le consentement écrit du patient (Annexe 3) et

remettant la fiche d'information (Annexe 2), suivi des questions ouvertes avec quelques questions de relance si besoin.

Les entretiens ont été réalisés dans un établissement de santé, par l'une ou l'autre des deux co-thésardes.

Le consentement et son retrait possible à tout moment ont été expliqués au patient lors du premier contact par appel téléphonique, puis rappelés secondairement au début de l'entretien lors de la signature du consentement écrit.

Une clarification de certaines idées a été demandée aux patients à la fin de chaque section de questions en cas de doute.

Les données ont été enregistrées via l'enregistrement vocal sur nos téléphones. Les entretiens ont été retranscrits et les patients anonymisés.

Nous avons réalisé une analyse des entretiens, par une méthode basée sur la théorisation ancrée, avec un codage des différentes informations sur Word, en constituant une grille d'analyse sur une méthode inductive.

Les analyses ont été effectuées de manière alternée entre les deux thésardes, celle qui n'a pas effectué l'entretien a effectué l'analyse afin de limiter les biais d'interprétation. Les analyses ont été faites à la suite des entretiens avant d'initier l'entretien suivant. Toutes les analyses ont été par la suite discutées entre les deux thésardes.

RÉSULTATS

1. Les caractéristiques des patients

Dans un délai de 7 mois, 24 patients ont été recrutés dans un premier temps par les IPA.

11 entretiens ont été réalisés au total. La saturation des données a été obtenue au bout du 8^{ème} entretien et confirmée par 3 autres entretiens. Les entretiens ont été menés entre février et septembre 2024. Le participant le plus jeune avait 57 ans, et le plus âgé de 85 ans, avec une moyenne d'âge de 73 ans. On note la présence d'un couple, chaque personne ayant été interrogée séparément.

La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes. L'entretien le plus court était de 7 minutes.

L'entretien le plus long avait une durée de 50 minutes.

Parmi les patients contactés, un participant n'a pas donné de réponse, et un participant a refusé de participer pour des raisons personnelles.

Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 1 Caractéristiques des participants

Patient	Âge	Sexe	IPA	Nombre total de consultations, avant la thèse, réalisées avec l'IPA	Durée de l'entretien
P1	57 ans	H	IPA1	4 consultations au rythme d'une fois sur 2, en alternant avec le MG	7 minutes
P2	76 ans	H	IPA1	4 consultations au rythme d'une fois sur 2 en alternant avec le MG	13 minutes
P3	78 ans	H	IPA2	6 consultations ; une consultation tous les 3 mois sans alternance	16 minutes
P4	77 ans	F	IPA3	8 consultations ; une consultation tous les 3 mois sans alternance	23 minutes 58 secondes
P5	76 ans	F	IPA3	8 consultations ; une consultation tous les 3 mois sans alternance	33 minutes 04 secondes
P6	85 ans	H	IPA1	3 consultations au rythme d'une fois sur 2, en alternant avec le MG	21 minutes 17 secondes
P7	75 ans	H	IPA3	4 consultations; une consultation tous les 3 mois, sans alternance	16minutes 41 secondes
P8	68 ans	F	IPA2	8 consultations ; une consultation tous les 3 mois sans alternance	24 minutes
P9	67 ans	H	IPA3	12 consultations ; une consultation tous les 3 mois sans alternance	24 minutes
P10	66	F	IPA3	12 consultations ; une consultation tous les 3 mois sans alternance	21 minutes
P11	76 ans	H	IPA3	12 consultations ; une consultation tous les 3 mois sans alternance	22 minutes

2. Résultats des entretiens

2.1. Introduction des Infirmières en Pratique Avancée dans le parcours de soins

2.1.1. Mise en contact :

Pour la majorité des participants interrogés, l'orientation initiale vers l'IPA était proposée par le médecin traitant, lors d'une consultation ou lors d'un appel téléphonique. D'autres ont été contactés directement par l'IPA. Un patient nous a parlé d'une possible communication au sein de sa commune, mais son souvenir restait assez vague.

- *"J'allais le voir juste pour renouveler mon ordonnance donc il m'a demandé."*
- *"Il m'a demandé si j'étais d'accord pour les soulager vu qu'il n'y a pas assez de médecin. J'ai dit oui tout de suite."*

Plusieurs participants avaient exprimé que l'orientation vers l'IPA leur avait été imposée.

- *"C'est pas forcément adapté à notre souhait mais vu le contexte de manque de médecins, bah on m'a proposé ça j'ai dit oui."*
- *"On m'a balancé chez l'IPA."*

Avant le premier contact avec l'IPA certains patients présentaient une appréhension au dispositif mais peu d'entre eux avaient entendu parler de cette profession. La plupart ne savaient pas vraiment à quoi s'attendre.

- *"Je ne connaissais pas du tout. Quand le docteur m'a dit : je vous envoie avec une infirmière, je ne sais plus ce qu'elle a mis de mot comme mot derrière. Je me suis dit pourquoi pas quoi ?"*
- *"La première fois, j'appréhendais un peu, je me suis dit bon une infirmière, après on ne sait pas vraiment quel est son vrai rôle."*

La relation de confiance avec leur médecin traitant les a convaincus d'entamer un suivi avec l'IPA.

- *"Oui bon moi je fais confiance au médecin, je dis c'est sûrement quelqu'un qui est compétent quoi."*

D'autre part, pour une patiente, l'orientation vers l'IPA était une alternative au médecin traitant, car elle ne s'entendait pas avec ce dernier.

- *"Et comme j'ai des problèmes avec le généraliste, j'ai sauté dessus et c'est pour ça que je passe surtout par l'IPA."*

2.1.2. Connaissance du métier IPA :

Les explications sur le métier étaient souvent fournies par le médecin au moment de l'adressage ainsi que par les IPA lors de la première consultation.

- *"C'est l'IPA qui m'a tout expliqué."*
- *"Mon médecin traitant m'avait dit un peu quel est son rôle c'est tout. "*
- *"Je ne me suis pas renseignée sur le métier."*

L'intégration des IPA dans le parcours de soins en Mayenne était marquée par un manque de connaissances de ce nouveau métier. Les entretiens mettaient en lumière une perception parfois floue de leurs compétences et une distinction encore incertaine avec d'autres professionnels de santé, notamment les médecins et les infirmières de soins courants.

- *"Mais personnellement je n'arrivais pas à saisir, si vous voulez, la différence entre un médecin et elle quoi."*
- *"Mais son intention n'est pas de devenir médecin généraliste ?"*
- *"Moi y a pas de différence dans le métier."*

Les patients considéraient principalement les IPA comme chargées des renouvellements d'ordonnance.

- *"On m'a dit que vu que les résultats étaient bons et donc pour ce que j'allais le voir juste pour renouveler mon ordonnance."*
- *"Surtout que c'est un renouvellement d'ordonnance."*

2.2. Le ressenti des patients sur la relation de soins avec l'IPA

2.2.1. Perception des patients de la relation patient-IPA :

Nous nous sommes intéressées à la dernière consultation en date avec l'IPA au moment de l'entretien pour ensuite pouvoir amener le patient sur l'évolution de la relation.

Les patients sont tous restés plutôt évasifs et succincts sur la description de cette consultation.

- *"Une consultation standard, bah je viens pour renouvellement de traitement donc bah elle fait les auscultations nécessaires la tension, les pouls. Je ne sais pas."*

Cependant, concernant l'évolution de la relation, les patients ont indiqué qu'elle est restée constante au fil des consultations.

- *"Il n'y a pas eu d'évolution de la première à la dernière visite, à part le fait qu'elle me connaît mieux, j'ai pas vu d'évolution dans sa pratique."*
- *"La relation évolue vers le haut."*
- *"Je ressens qu'à chaque fois, ça a été efficace. C'était ce que j'avais besoin."*

Certains patients décrivaient la relation comme amicale avec un sentiment de confort et de familiarité.

- *"Elle est très proche de nous."*
- *"On a la chance d'avoir une épaule sur laquelle on peut se poser."*
- *"Je ne peux pas dire avec une copine parce que quand même pas."*
- *"On est très à l'aise, très très très très, on est très à l'aise."*

La personnalité de l'IPA semblait appréciable dans le vécu des soins. L'attitude constante et professionnelle à chaque rencontre semblait contribuer à instaurer ce climat de confiance et de sécurité.

- *"Elle est toujours égale à elle-même."*
- *"Y a une façon de nous parler et d'aborder notre santé, c'est très agréable."*
- *"C'est peut-être une question de personnalité je ne sais pas."*

L'IPA était perçue comme plus accessible et moins hiérarchique que le médecin généraliste. La relation avec l'IPA semblait plus proche, favorisant un échange plus naturel. Certains patients mettaient en avant une interaction moins intimidante, leur permettant d'exprimer plus librement leurs préoccupations.

- *"Elle nous prend pas du haut."*
- *"Elle se met à notre niveau."*
- *"Plus facile d'aborder certains sujets avec l'infirmière qu'avec le docteur."*

À l'inverse, certains patients évoquaient une relation similaire à celle qu'ils entretenaient avec leur médecin généraliste.

- *" Comme avec le toubib."*
- *"Pour moi, il n'y avait pas de changement, c'est la personne qui changeait, c'est tout."*
- *"Moi j'ai vu ça comme une consultation avec le médecin, une consultation normale."*

Il n'était pas toujours facile pour les patients de mettre des mots sur leurs sentiments, mais un ressenti d'incomplétude dans les compétences avec l'IPA émergeait. Certains exprimaient des réserves quant aux limites du rôle des IPA.

- *"Mais je trouve qu'il a quelque chose qui manque."*
- *"Elle a pas les compétences du médecin."*

2.2.2. Appréciation de la qualité des soins :

Comme vu précédemment, les patients percevaient leur relation avec l'IPA plus conviviale, voire similaire à celle avec leur médecin traitant. Cependant, tous s'accordaient à dire que les consultations avec l'IPA étaient généralement plus approfondies que celles avec le médecin généraliste.

- *"Elle va plus en profondeur que le médecin traitant."*
- *"J'ai l'impression qu'elle était plus attentive. Le médecin fait un petit peu ça par habitude que là on sentait que c'était quelqu'un qui sort d'école quoi."*

- *"Elle a fait plus de chose que le médecin parce qu'elle m'a fait un test au niveau des pieds vu que je suis suivi pour le diabète, une chose qu'on ne m'a jamais faite."*

Alors que le médecin était souvent décrit comme pressé, avec souvent peu de temps devant lui, l'IPA incarnait un rôle de médiateur, plus accessible.

- *"Quand on vient chez le médecin, c'est un coup de vent, ce n'est pas simple."*
- *"Vous sentez que c'était expéditif un petit peu."*

Bien que les patients considéraient la présence des IPA comme un atout pour le suivi de leur état de santé, ils se préoccupaient toujours du manque de suivi médical. Le principal souci n'était pas la qualité des soins que les patients recevaient de l'infirmière en pratique avancée mais plutôt le fait qu'il y avait un manque de suivi.

- *"Peut-être développer plus, pour qu'il y en a plus, car compte tenu que les médecins deviennent rares. Ça va être juste."*
- *"Le docteur ne consulte que 2 jours la semaine ici, donc déjà, c'est déjà très restreint pour l'avoir, donc on n'est pas forcément toujours suivi par le même médecin."*
- *"C'est pas la qualité, c'est le manque."*

2.3. Avantages et Inconvénients d'un suivi IPA / médecin

2.3.1. Les demandes sans rapport avec le suivi médical habituel :

Pour certains patients, on observait une multiplication des demandes, sans une connaissance complète des rôles des IPA. Ils pouvaient interroger l'IPA à plusieurs reprises sur des problèmes aigus, avant d'être finalement réorientés vers le médecin traitant.

- *"Ben je pense que je lui en parlerai hein. Ah bah oui parce qu'elle est là quand même pour m'écouter, puis me guider et puis essayer de m'apporter le conseil et le soin dont j'ai besoin."*
- *"Je me confierais à elle sans problème hein. Aussi bien qu'avec le docteur."*
- *"J'y suis jamais allé pour un rhume ni rien, mais l'IPA ne donnerait pas, ne ferait pas une ordonnance si vous y allez pour un rhume par exemple."*

2.3.2. Avantages d'un double suivi :

L'analyse des entretiens semblait révéler une préférence des patients pour un suivi conjoint associant l'IPA et le médecin, plutôt qu'un suivi exclusivement assuré par l'un ou l'autre.

- *"Je trouve que c'est bien, une fois sur 2 c'est bien."*
- *"Ce sont peut-être 2 optiques différentes ou 2 approches différentes."*
- *"Il y en a plus dans 2 têtes que dans une."*

Le médecin était souvent perçu comme la figure centrale pour établir un diagnostic et guider les décisions thérapeutiques majeures. Cependant, la collaboration entre le médecin et l'IPA était apparue de manière significative au cours des entretiens.

- *"Le médecin c'est le patron et l'infirmière est l'employé."*
- *"Et du coup elle a appelé le médecin traitant pour savoir ce qu'on pourrait faire."*

Les patients considéraient que l'avantage primaire des IPA était de libérer du temps pour les médecins traitants. Les patients percevaient ce mode de prise en charge comme une solution efficace face à la surcharge des médecins.

- *"Une décharge du docteur qui ait moins de monde à voir."*
- *"Elle libère du temps pour le médecin traitant."*

Un avantage significatif est le processus de prise de rendez-vous avec l'IPA. Les IPA prenaient en compte les besoins spécifiques des personnes dans la prestation des soins de santé en rendant les processus administratifs aussi simples que possible.

- *"L'IPA nous pose directement un rendez-vous, on n'a pas à rappeler pour reprendre rendez-vous, c'est d'office. C'est un gros point positif parce qu'on n'a pas à rappeler."*

2.3.3. Inconvénients d'un double suivi :

L'orientation vers les IPA semblait parfois maladroite car les patients exprimaient un sentiment de déstabilisation.

- *"Quand l'IPA m'a appelé pour me proposer une date pour la consultation je suis tombée entre 2 chaises."*

Certaines problématiques ou questionnements des patients restaient en suspens depuis la mise en place de la relation médecin – IPA – patient.

- *“Mais qu'est ce qu'elle en pensait par rapport à la vaccination ? C'est-à-dire que je n'ai jamais eu la réponse. Sur le coup, il faut qu'elle se renseigne, c'est normal qu'elle se renseigne. Mais ça demande d'attendre 3 mois. On ne se voit pas d'ici 3 mois donc le délai est trop long.”*
- *“Mais moi j'aime bien que quand je pose une question, que quand je quitte la maison médicale, que je pars avec la réponse.”*

Les patients exprimaient leur souhait d'élargir le domaine des compétences des IPA.

- *“Je pense que ça pourrait peut-être aller un petit peu plus loin parce que je pense qu'il doit avoir des compétences quand même assez pointues qui pourraient peut-être bah enfin qui pourraient si c'est possible de le faire parce que c'est de faire davantage.”*

Une limite perçue du rôle des IPA résidait dans leur pouvoir de prescription restreint.

- *“Je lui en ai parlé sauf qu'elle n'a pas le pouvoir de prescrire de nouveaux médicaments, que des renouvellements.”*
- *“Elle m'a dit qu'elle peut pas tout faire donc j'appelle le médecin.”*

DISCUSSION

1. Résultats principaux

1.1. Relation IPA-patient

L'analyse des entretiens a révélé des perceptions homogènes des patients concernant leur relation avec l'IPA. Un point commun ressort de manière marquée : une proximité relationnelle entre les patients et leur IPA. Cette relation a été plusieurs fois décrite avec des termes tels que « à l'aise » ou « amical » témoignant d'un climat de convivialité. Le terme « infirmière » évoque spontanément des notions de proximité, d'écoute et d'accompagnement, des qualités associées aux soins infirmiers (14). Cette dimension humaine pourrait ainsi expliquer pourquoi les patients se sentent rapidement à l'aise avec leur IPA, et ce, dès la première consultation.

Les interactions avec l'IPA se caractérisent par une communication plus fluide, avec un ressenti de climat d'égalité « elle se met à notre niveau ». Historiquement et jusqu'à récemment, la relation médecin-patient reposait sur un schéma hiérarchique, où le médecin détient l'expertise et la responsabilité de la prise de décision (15). Nous sommes actuellement dans un contexte où l'accompagnement des maladies chroniques et la prévention nécessitent une approche centrée patient (16). Si ce modèle reste ancré chez certains patients qui perçoivent encore le médecin comme l'autorité principale en santé « Le médecin c'est le patron et l'infirmière est l'employé », d'autres patients voient dans l'IPA une figure complémentaire au médecin, apportant un suivi plus approfondi et personnalisé en étant « plus attentif ».

Lors des entretiens effectués, certains patients ont exprimé qu'au-delà des soins médicaux, les IPA leur apportent un soutien émotionnel important. Cette dimension relationnelle semble constituer une valeur ajoutée des IPA comme évoqué dans un travail publié au Royaume-Uni en 2006 intitulé : « Évaluation par les patients de la consultation d'une infirmière praticienne : le facteur temps », où les patients témoignaient d'un sentiment d'empathie et d'investissement de

la part des IPA, sans que cela n'aboutisse à une prise en charge médicamenteuse (17). Cette perception souligne la manière dont leur approche est perçue et valorisée par les patients.

Un autre élément d'intérêt mis en évidence par notre étude est la stabilité apparente de la relation dans le temps. Cette stabilité peut être perçue comme rassurante, en faveur de la persistance dans le temps d'une bonne adhésion aux soins. Toutefois l'étude s'inscrit dans un cadre temporaire limité. Il est possible qu'une véritable relation de confiance nécessite plusieurs années pour se construire. Les bases relationnelles observées apparaissent néanmoins solides.

1.2. Double suivi IPA - médecin

Lors des entretiens, une patiente a décrit la mise en place du suivi avec les IPA comme le fait d'être « assise entre deux chaises », expliquant qu'elle avait été orientée vers une IPA ou contactée par celle-ci sans en avoir été préalablement informée. Ce témoignage permet d'identifier une appréhension de la prise en charge partagée. Cette expression évoque un sentiment de perte de repères, derrière lequel se cache le besoin fondamental d'une information claire et d'une continuité de suivi.

Notre travail a mis en évidence une méconnaissance importante des compétences des IPA par les patients. Ces derniers perçoivent les IPA comme étant limitées au "renouvellement d'ordonnances et à la prise de tension". Si les patients reconnaissent les compétences d'IPA en tant qu'acteurs de soins, les limites entre leurs prérogatives et celles des médecins restent souvent floues. À l'étranger, les consultations menées par les IPA varient selon les contextes et les pays. Leur champ d'action peut aller d'une aide complémentaire, au remplacement complet des responsabilités de soins traditionnellement assurées par un médecin (18).

L'ambiguïté des rôles peut générer un sentiment de confusion pouvant altérer à posteriori la relation thérapeutique. Cette perception pourrait être améliorée en renforçant la communication et la transparence avec les patients. Il semble nécessaire de continuer à œuvrer vers une prise en charge centrée sur le patient.

En ce qui concerne leur suivi sur le long terme, les patients ont montré une préférence à garder leur double suivi IPA-médecin. La majorité des patients interrogés ont perçu cette double prise en charge comme un facteur renforçant la qualité de leur suivi médical, « il y en a plus dans deux têtes que dans une seule ». Ils ont le sentiment que leur état de santé est évalué sous différents angles. Une étude observationnelle rétrospective réalisée au Canada, publiée en 2024, a montré que la continuité relationnelle au sein d'une équipe permet d'assurer un haut niveau de sécurité et de qualité des soins (19).

Une méta-analyse regroupant des études réalisés entre 1966 et 2002 entre le Pays-Bas et le Royaume-Uni a montré le fait que les IPA ont peut-être la préférence des patients lorsqu'ils pensent que le problème est mineur, mais les médecins sont préférés lorsque le cas est sérieux ou complexe (20).

Toutefois, tous les patients ont exprimé le souhait d'élargissement des compétences des IPA pour se rapprocher davantage de celles des médecins généralistes "Élargir les pouvoirs par rapport aux compétences". Nous pourrions déduire que les patients aimeraient bénéficier d'une consultation combinant les qualités d'écoute et la disponibilité des IPA avec le niveau d'expertise d'un médecin. Une revue umbrella a montré que dans de nombreux pays, les IPA peuvent assurer la prise en charge des maladies chroniques complexes (comme l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire, le diabète, le cancer, les troubles neurologiques sévères ou les AVC) avec des résultats plutôt équivalents à ceux obtenus par les médecins en soins primaires. Cela concerne notamment des aspects tels que la qualité de vie, le comportement en matière de santé, la satisfaction des patients et l'observance thérapeutique (21).

1.3. Importance du temps dans les soins

L'un des éléments majeurs qui ressort des entretiens avec les patients est la notion de temps consacré à la consultation. À plusieurs reprises, les patients ont évoqué le fait que les consultations avec les IPA leur semblaient plus approfondies, décrivant un temps d'échange et d'examen clinique plus important. Cette disponibilité a été perçue comme un aspect très positif par les patients. Ce temps peut permettre ainsi aux patients d'exprimer pleinement leurs problématiques. Ainsi, cela pourrait diminuer des visites rapprochées ultérieures, comme montré

par l'étude publiée en 2006 au Royaume-Uni « Évaluation par les patients de la consultation d'une infirmière praticienne : le facteur temps » (17).

Une étude comparative a été réalisée aux Pays-Bas entre des IPA ayant un certain niveau d'expertise clinique, d'une part, et des médecins généralistes, d'autre part, lors des consultations d'urgences. L'étude a montré que les patients ont exprimé une plus grande satisfaction avec les IPA du fait du temps plus important passé avec eux (22). Cependant, une autre étude a montré que la satisfaction des patients dépendait davantage du déroulement de la consultation que du temps passé avec les professionnels de santé (23). Enfin, une étude observationnelle déclarative, réalisée à Haute-Vienne en 2020, a estimé que la durée optimale d'une consultation, du point de vue des patients, était de 23 minutes, tout en précisant que la qualité de l'écoute restait l'élément principal de la satisfaction (24).

Nous pouvons ainsi supposer que le bon déroulement de la consultation découle de sa durée mais également d'autres facteurs. Entrent en jeu les qualités d'écoute, d'empathie, les compétences techniques du professionnel, et comme décrit précédemment le caractère plus horizontal de cette relation.

2. Forces et limites

2.1. Forces de l'étude

2.1.1. Choix de la méthode

Il existe peu d'études interrogeant le ressenti des patients bénéficiant d'un double suivi IPA – médecin. Nous avons opté pour une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés, une approche particulièrement adaptée pour explorer le ressenti des patients. Cette méthode permet une analyse approfondie des perceptions et des expériences individuelles, en confrontant les résultats avec la littérature existante.

2.1.2. Double codage

L'analyse des entretiens a été réalisée par deux investigatrices, garantissant ainsi une double lecture des données. Ce travail collaboratif a permis de limiter les biais de subjectivité et d'assurer une interprétation plus rigoureuse des témoignages recueillis.

2.1.3. Évolution du guide d'entretien

Initialement, certaines questions du guide d'entretien semblaient difficiles à comprendre pour les patients, limitant ainsi la fluidité des échanges. Face à cette difficulté, nous avons su ajuster notre guide afin de le rendre plus accessible, facilitant ainsi l'expression du ressenti des patients.

2.1.4. Saturation des données atteinte

L'étude a été poursuivie jusqu'à l'atteinte de la saturation des données, confirmée après trois entretiens supplémentaires. Cela garantit que l'ensemble des thématiques pertinentes a été exploré et que les résultats obtenus sont représentatifs des expériences des patients interrogés.

2.1.5. Questionnaire validé par une IPA

Avant de débiter les entretiens, notre guide a été soumis à l'évaluation d'une IPA, elle-même concernée par l'étude. Cette validation constitue une valeur ajoutée, assurant la pertinence des questions posées et leur adéquation avec la réalité du terrain.

2.2. Limites de l'étude

2.2.1. "Ressenti" des patients

Le terme « ressenti » est vaste et complexe. Dans le cadre de cette étude, nous avons fait le choix de laisser les participants s'exprimer librement sur leur "ressenti", sans définition préalable du terme, préservant ainsi l'authenticité et la diversité de leur témoignage. Toutefois l'absence de ce cadrage technique a pu engendrer chez certains participants une moindre expression, nécessitant ainsi des relances répétitives.

2.2.2. Biais de recrutement

L'un des principaux biais de cette étude réside dans la difficulté de vérifier le processus de recrutement effectué par les IPA. Néanmoins, afin de réduire cette limite, les modalités de recrutement ont été définies de manière rigoureuse dans la méthodologie.

2.2.3. Cadre de l'entretien

L'enregistrement audio et la position de médecin des investigatrices ont pu générer une réserve chez certains patients. Cette situation a pu entraîner une forme d'autocensure ou une réticence à exprimer pleinement leurs ressentis, par crainte du jugement ou de conséquences éventuelles pouvant faire évoquer un biais de désirabilité. Pour limiter cet effet, une charte accompagnée d'explications détaillées sur les modalités de l'entretien a été présentée et signée avant le début de l'entretien.

De plus, nous n'avons pas filmé les entretiens ce qui aurait pu enrichir notre analyse.

2.2.4. Les investigatrices sont des médecins

L'objectivité constitue un principe fondamental de toute étude scientifique. C'est un travail effectué par des médecins et supervisé par des médecins au sujet du ressenti autour d'une autre profession. Nous avons dû mettre de côté notre subjectivité tout au long de cette recherche pour aborder cette problématique et éviter tout lien hiérarchique ou concurrence.

3. Perspectives

3.1. Pour la recherche

L'étude s'est concentrée sur des patients déjà suivis par une IPA. Toutefois, il serait intéressant d'explorer les raisons et les ressentis des patients ayant préféré garder leur suivi uniquement avec le médecin traitant, qu'ils aient accepté de rencontrer l'IPA dans un premier temps avant de se rétracter, ou qu'ils aient rejeté l'idée dès la proposition. Mieux comprendre leurs ressentis et éventuellement leurs préjugés, ou même leurs attentes permettrait d'identifier d'éventuels freins à l'adhésion et d'optimiser l'organisation de cette relation.

Notre étude a été réalisée dans une zone sous dense en médecins généralistes où, comme cité auparavant, la présence d'IPA est perçue comme une solution face aux difficultés d'accès aux soins. La réalisation d'une étude comparative dans des zones où l'offre de soins est suffisante serait intéressante.

Une autre question qui paraît intéressante à explorer concerne la différence de gestion du temps entre les IPA exerçant en salariat et celles exerçant en libéral. Le temps médical disponible pour chaque patient peut varier en fonction du mode d'exercice, et cela pourrait influencer la qualité perçue du suivi. Dans un modèle libéral, où les consultations sont rémunérées à l'acte, l'aspect économique peut être un enjeu dans la gestion du temps. A l'inverse, les IPA salariées pourraient être plus enclines à investir du temps dans le suivi de leurs patients sans pression financière directe.

3.2. Pour la pratique

L'une des idées citées lors des entretiens est le manque d'information sur les compétences de l'IPA. Même si les entretiens suggèrent que ce manque d'informations ne semble pas avoir eu un retentissement sur la prise en charge des patients, ce déficit de connaissance peut entraîner toutefois des incompréhensions. Afin de pallier cela, on pourrait proposer une distribution de fiches explicatives dans les cabinets médicaux. Les fiches peuvent présenter le cadre légal des IPA, leurs missions, les pathologies concernées et les bénéfices pour le patient. On pourrait supposer que ce problème s'atténuera progressivement au fur et à mesure que le métier d'IPA sera de plus en plus connu par les patients.

En retour, il serait intéressant d'interroger les mêmes IPA qui ont participé à notre étude afin d'avoir leur retour sur leurs relations avec les patients.

3.3. Pour l'organisation des soins

L'évolution du cadre législatif redéfinit progressivement l'organisation des soins primaires en France. Récemment, un décret a élargi les prérogatives des IPA (25), leur permettant un accès direct aux patients, sans nécessité d'adressage préalable par un médecin. Ces changements majeurs impactent directement le médecin traitant. Avec l'augmentation des compétences des IPA afin d'assurer des prises en charge de manière autonome, le rôle du médecin généraliste pourrait évoluer vers l'expertise et la gestion des cas complexes. Cette évolution ouvre la voie à une réorganisation des modes de collaboration au sein du système de santé, dans lequel la prise en charge pluri-professionnelle devient un enjeu majeur. Cette montée en compétences des IPA peut susciter d'importantes interrogations, parmi lesquelles la question de la responsabilité médicale. Il devient donc essentiel de repenser et de redéfinir précisément le périmètre d'action des IPA. Une clarification des responsabilités pourrait permettre de garantir une prise en charge sécurisée et d'instaurer une relation de confiance claire et sans ambiguïté avec les patients.

On pourrait se poser également la question du devenir des infirmières ASALEE avec la présence des IPA. Les IPA qui bénéficient d'une formation plus approfondie avec un champ d'autonomie plus large peuvent assurer des consultations plus approfondies contrairement aux infirmières ASALEE. La rupture d'une relation de soins incluant les infirmiers ASALEE et le médecin traitant pourrait entraîner une transition difficile pour les professionnels de santé qui ont intégré cette organisation dans leur quotidien.

CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans un contexte d'actualité médicale et politique. L'émergence du métier d'IPA fait suite à une pénurie croissante de médecins généralistes et à la nécessité d'optimiser l'accès aux soins.

Ce travail a permis de mettre en évidence une satisfaction globale des patients bénéficiant d'un suivi conjoint IPA-médecin, mettant en lumière les atouts et les défis de cette collaboration. Ce nouveau métier représente une réponse partielle mais prometteuse aux difficultés d'accès aux soins. Les patients ont exprimé majoritairement un soulagement grâce à ce nouveau métier, appréciant notamment la disponibilité de ces professionnels de santé.

En tant que médecins généralistes, les appréhensions initiales concernaient avant tout la sécurité des patients. Cependant, les résultats de cette étude, en nous appuyant sur la littérature internationale, ont montré que le métier d'IPA peut fonctionner efficacement, encadrés par une législation adaptée et une coordination interprofessionnelle.

L'acceptation globale de ce modèle est loin d'être obtenue. Cela repose encore sur une meilleure information des patients et des professionnels de santé, ainsi qu'une définition claire des rôles et des responsabilités. L'introduction de ce nouveau métier ne peut être envisagée sans une réorganisation plus large et globale du système de soins français.

Avec cette évolution, le patient doit rester au cœur de la prise en charge. L'enjeu est de construire un modèle de soins cohérent, où chaque professionnel de santé apporte sa valeur et se sent lui-même satisfait par son travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé : un accès aux soins de plus en plus difficile en France | Ipsos [Internet]. 2024 [cité 27 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-un-acces-aux-soins-de-plus-en-plus-difficile-en-france>
2. Les déserts médicaux: comment les définir? comment les mesurer?.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
3. Qu'est-ce qu'un désert médical, quelles actions des pouvoirs publics?| vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 20 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics>
4. L'accès aux soins se dégrade dans les zones rurales - Insee Flash Pays de la Loire - 137 [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6966398#titre-bloc-3>
5. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
6. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
7. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.
8. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. 24 nov 2021;153.
9. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 11 déc 2024]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/grands->

dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/cooperations-interprofessionnelles/article/l-infirmier-en-pratique-avancee

10. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. 2019-836 août 12, 2019.
11. 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. 2021-1384 oct 25, 2021.
12. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier aux compétences élargies [Internet]. 2023 [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies>
13. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août [cité 1 avr 2023]. (OECD Health Working Papers; vol. 54). Report No.: 54. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
14. Marcinowicz L, Taranta E. Perspectives of older patients on the qualities which define a "good family nurse": A qualitative study. *Nurs Open*. 14 févr 2020;7(3):814-21.
15. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg Lond Engl*. févr 2007;5(1):57-65.
16. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. sept 2000;49(9):796-804.
17. Williams A, Jones M. Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *J Adv Nurs*. janv 2006;53(2):188-95.
18. Health Quality Ontario. Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(10):1-66.

19. McDonald T, Ronksley PE, Cook LL, Patel AB, Judy S, Lethebe BC, et al. The Impact of Primary Care Clinic and Family Physician Continuity on Patient Health Outcomes: A Retrospective Analysis From Alberta, Canada. *Ann Fam Med.* 2024;22(3):223-9.
20. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 avr 2005;(2):CD001271.
21. Deschodt M, Heeren P, Cerulus M, Duerinckx N, Pape E, van Achterberg T, et al. The effect of consultations performed by specialised nurses or advanced nurse practitioners on patient and organisational outcomes in patients with complex health conditions: An umbrella review. *Int J Nurs Stud.* oct 2024;158:104840.
22. Smits M, Peters Y, Ranke S, Plat E, Laurant M, Giesen P. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care home visits: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* avr 2020;104:103445.
23. Barratt J, Thomas N. Nurse practitioner consultations in primary health care: a case study-based survey of patients' pre-consultation expectations, and post-consultation satisfaction and enablement. *Prim Health Care Res Dev.* 17 juill 2018;20:e36.
24. Bearez B. Durée de consultation en médecine générale : perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne en 2020 = Duration of consultation in general medicine : perception and feeling of patients in Haute-Vienne [Internet]. Limoges; 2020 [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-113945>
25. 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 TABLEAUX

Caractéristiques des participants	11
---	----

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
RESUME	2
INTRODUCTION	3
1. Déserts médicaux et innovations en santé	3
2. Réponses institutionnelles et émergence des infirmières en pratique avancée (IPA)	
3. Nouveau métier : Qu'est-ce que les IPA ?	4
4. Les IPA en pratique : missions et périmètre d'action	4
5. Différentes appellations des infirmières en France, à ne pas confondre	5
6. Dans le monde	5
7. Données sur le ressenti des patients	6
8. Objectif principal	6
MÉTHODES	8
RÉSULTATS	10
1. Les caractéristiques des patients	10
2. Résultats des entretiens	12
2.1. Introduction des Infirmières en Pratique Avancée dans le parcours de soins	12
2.1.1. Mise en contact :	12
2.1.2. Connaissance du métier IPA :	13
2.2. Le ressenti des patients sur la relation de soins avec l'IPA	14
2.2.1. Perception des patients de la relation patient-IPA :	14
2.2.2. Appréciation de la qualité des soins :	15
2.3. Avantages et Inconvénients d'un suivi IPA / médecin	16
2.3.1. Les demandes sans rapport avec le suivi médical habituel :	16
2.3.2. Avantages d'un double suivi :	17
2.3.3. Inconvénients d'un double suivi :	17
DISCUSSION	19
1. Résultats principaux	19
1.1. Relation IPA-patient.....	19
1.2. Double suivi IPA - médecin	20
1.3. Importance du temps dans les soins.....	21
2. Forces et limites	23
2.1. Forces de l'étude	23
2.1.1. Choix de la méthode	23
2.1.2. Double codage	23
2.1.3. Évolution du guide d'entretien	23
2.1.4. Saturation des données atteinte.....	23
2.1.5. Questionnaire validé par une IPA	24
2.2. Limites de l'étude	24
2.2.1. "Ressenti" des patients	24
2.2.2. Biais de recrutement.....	24

2.2.3. Cadre de l'entretien	24
2.2.4. Les investigatrices sont des médecins.....	25
3. Perspectives	25
3.1. Pour la recherche	25
3.2. Pour la pratique	26
3.3. Pour l'organisation des soins.....	26
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	29
LISTE DES TABLEAUX.....	32
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Documents d'informations et de consentement

Annexe 1

Lettre pour les IPA

Mesdames et Monsieur,
Nous sommes Julie Oliver et Rima Georgi, 2 internes en DES de médecine générale de l'université d'Angers, et nous souhaiterions solliciter l'avis de vos patients dans le cadre de notre thèse qui s'intitule « Le ressenti des patients sur les infirmiers/ères en pratique avancée (IPA) en Mayenne ».

L'objectif de ce travail est de recueillir le ressenti des patients, suivi conjointement par un IPA et un médecin traitant, sur les IPA. Cela serait réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés.

Nous aimerions que vous nous transmettiez les noms de **TOUS** les patients consultants, qui seront d'accord pour participer à la thèse, le **PREMIER** et le **DERNIER** jour de la semaine de consultation, et qui rentrent dans les **critères d'inclusions** suivants :

- Patients adultes
- Parlant français
- Résidence principale en Mayenne
- Suivi de manière conjointe par un IPA spécialisé en pathologies chroniques stabilisées et un médecin généraliste
- Doivent avoir bénéficié d'au moins 3 consultations avec l'IPA

Les **critères de non inclusions** sont :

- Patients ne parlant pas français
- Troubles cognitifs quel que soit le degré
- Présence d'une protection juridique
- Absence de consentement

Par la suite, un **premier contact téléphonique** aura lieu avec les patients choisis en se fondant sur **les critères de variation maximale** par rapport à l'âge du patient, le sexe, et le nombre des consultations effectuées avec l'IPA.

Les entretiens se feront sur le **lieu de consultation des IPA respectifs**.

Ce projet permet d'explorer l'aspect "patient" avec le développement et l'intégration des IPA dans notre système de santé.

Vous trouverez ci-joint la **lettre d'information** à remettre au patient après avoir recueilli leur accord oral.

Le **document de consentement écrit** sera remis au patient au début de l'entretien avec les investigateurs.

En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à ce projet.

OLIVER Julie, GEORGI Rima

Annexe 2

Document D'Information Patient

Madame, Monsieur,

Nous sommes 2 internes en médecine générale à l'université de médecine d'Angers. Dans le cadre de notre thèse, nous menons une étude qui s'intéresse à mieux comprendre votre ressenti au sujet des infirmières de pratique avancée (IPA).

Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

Le métier des IPA est en cours de développement actuellement. Pour cela, on aimerait recueillir votre expérience dans ce domaine.

On souhaiterait échanger avec vous sur cette question pendant une heure environ, dans votre lieu de consultation habituel. Vous aurez la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment. L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre.

L'objectif de ce travail est de comprendre la perception des patients à l'égard des infirmiers/ères en pratique avancée. C'est un domaine de recherche pour l'instant peu exploré en France. Il est pourtant essentiel de comprendre comment les patients perçoivent ces professionnels de santé afin d'optimiser et d'améliorer la qualité des soins. Dans ce cadre, nous nous posons la question suivante : *Quel est le ressenti des patients suivis par une infirmière en pratique avancée ?*

L'étude du ressenti des patients à l'égard des infirmiers/ères en pratique avancée en Mayenne revêt une importance particulière pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle permettra de mieux comprendre les besoins et les attentes des patients en matière de soins, ce qui favorisera l'amélioration de la qualité des soins.

Votre participation à cette étude repose entièrement sur le volontariat. Aucune compensation financière ne sera octroyée.

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès des investigatrices avec qui vous serez en contact, par courrier.

- Julie : julie.oliver@etud.univ-angers.fr
- Rima : rima.georgi@etud.univ-angers.fr

Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont soumises au secret professionnel.

À l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués. Vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment.

Annexe 3

Lettre De Consentement

J'ai été sollicité pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquences sur ma prise en charge. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données recueillies durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté, et que les données soient traitées avec la plus entière confidentialité.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom, Prénom :

Lieu et Date :

Signature :

Annexe 4

Guides d'entretiens

Premier guide d'entretien

- Que savez-vous du métier d'infirmière en pratique avancée avant votre première consultation ?
- Pouvez-vous me décrire votre ressenti lors de votre consultation avec l'IPA ?
- Comment décririez-vous votre relation avec l'IPA ?
- Comment faites-vous lorsque vous avez un problème de santé non en lien avec votre suivi habituel avec l'IPA ?
- Quelles sont vos attentes envers les infirmières en pratique avancée en termes de suivi ?
- Avez-vous des suggestions concernant les infirmières en pratique avancée en Mayenne ?
- Pour vous, quels sont les avantages d'un suivi médecin / IPA ?
- Et quels sont les inconvénients ?
- Y a-t-il des aspects du suivi avec l'IPA dont vous aimeriez nous parler ?

Deuxième Guide d'entretien

- Racontez-moi votre dernière consultation avec l'IPA.
 - *Comment vous êtes-vous senti ?*
- Que savez-vous du métier d'infirmière en pratique avancée avant votre première consultation ?
- Comment décririez-vous votre relation avec l'IPA ?
 - *Comment la relation avec l'IPA a évolué depuis le début de votre suivi ?*
- Si vous deviez repenser à toutes vos consultations et à votre suivi, qu'est ce que vous ressentez ?
 - *Ressenti envers les IPA*
 - *Ressenti envers le médecin traitant*
 - *Décrivez-nous votre ressenti avec un suivi conjoint IPA / médecin ?*
 - *Atouts / avantages suivi IPA*
 - *Inconvénients suivi IPA*
 - Que vous apporte le suivi IPA
- Comment faites-vous lorsque vous avez un problème de santé non en lien avec votre suivi habituel avec l'IPA ?
- Pour vous, quels sont les avantages d'un suivi médecin / IPA ?
- Et quels sont les inconvénients ?

- Pour un suivi idéal selon vos besoins, Qu'est ce qui pourrait améliorer les choses selon vous ?
 - *Quelles suggestions proposez-vous en ce qui concerne votre suivi avec l'infirmière en pratique avancée ?*

Post entretien :

- Comment s'est déroulé l'entretien pour vous ?
- Comment vous avez trouvé les questions ?

Le ressenti des patients sur les Infirmières en Pratique Avancée en Mayenne

RÉSUMÉ

Introduction: L'accès aux soins constitue un défi croissant en France surtout dans les zones sous-denses en médecins comme la Mayenne. Pour pallier cette problématique, le métier d'infirmière en pratiques avancées (IPA) a été créé. Les IPA disposent de compétences élargies et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. La compréhension de la perception des patients à l'égard des infirmières en pratique avancée est un domaine de recherche pour l'instant peu exploré en France. L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence le ressenti d'un échantillon de patients Mayennais suivis conjointement avec un médecin généraliste (MG) et une IPA spécialisée en maladies chroniques stabilisées.

Méthodologie: Ce travail a été réalisé selon une méthode qualitative, en se basant sur des entretiens individuels semi-dirigés. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée a priori, mais a été définie après saturation des données. Nous avons réalisé une analyse des entretiens, par une méthode basée sur la théorisation ancrée.

Résultats: Parmi les onze entretiens effectués nous avons observé que l'intégration des IPA dans le parcours de soins en Mayenne était marquée par un manque de connaissances de ce nouveau métier. Globalement, un sentiment de confort ressortait lorsqu'on évoquait leur relation avec l'IPA. Les patients les percevaient comme plus accessibles et moins hiérarchiques que le MG. Les patients préféraient un suivi conjoint associant l'IPA et le MG.

Conclusion: Ce travail a permis de mettre en évidence une satisfaction globale des patients bénéficiant d'un suivi conjoint IPA-MG en Mayenne, mettant en lumière les atouts et les défis de cette collaboration. Dans ce système de soin en constante évolution, il est essentiel de réorganiser les modes de collaboration au sein du système de santé, dans lequel la prise en charge pluri-professionnelle devient un enjeu majeur.

Mots-clés : pratique infirmière avancée, soins primaires, ressenti des patients

Patients' perceptions of nurse practitioner in Mayenne

ABSTRACT

Introduction: Access to healthcare is a growing challenge in France, especially in areas with a low density in terms of doctors, such as Mayenne. To address this issue, the profession of Nurse Practitioner (APN) has been created. They have a wide range of skills, and work in close collaboration with doctors. Understanding patients' perceptions of nurse practitioner is an area of research that has so far received little attention in France. The main aim of this study is to highlight the feelings of a sample of patients in Mayenne who are followed up jointly by a general practitioner (GP) and an APN specializing in stabilized chronic diseases.

Methods: This work was carried out using a qualitative method, based on individual semi-structured interviews. The sample size was not fixed a priori, but was defined after data saturation. The interviews were analyzed using a method based on grounded theory.

Results: Among the eleven interviews conducted, we observed that the integration of APNs into the care pathway in Mayenne was marked by a lack of knowledge of this new profession. On the whole, a feeling of comfort emerged when talking about their relationship with the APN. Patients perceived them as more accessible and less hierarchical than the GP. Patients preferred a joint follow-up involving the NPA and the GP.

Conclusion: This study highlighted the overall satisfaction of patients benefiting from joint APN-GP follow-up in Mayenne, highlighting the strengths and challenges of this collaboration. In this constantly evolving healthcare system, it is essential to reorganize the ways in which we collaborate within the health system, in which multi-professional care is becoming a major issue.

Keywords : nurse practitioner, primary care, patients' feelings

