Intégration des infirmiers en pratique avancée au parcours des patients atteints de maladies chroniques : perceptions des personnes âgées en soins primaires

Camille Lebrun, Marlène Mille, Céline Duchossoir, Katarzyna Leppek, Yohan Saynac, Yannick Ruelle, Aurore Margat

Dans Recherche en soins infirmiers 2024/2 N° 157 , pages 55 à 67
Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers

ISSN 0297-2964
DOI 10.3917/rsi.157.0055

Article disponible en ligne à l'adresse
https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2024-2-page-55?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

ARSi PUBLICATION

Intégration des infirmiers en pratique avancée au parcours des patients atteints de maladies chroniques : perceptions des personnes âgées en soins primaires

Integrating advanced practice nurses into the pathways of older people with chronic illnesses: perceptions in primary care

Camille LEBRUN, infirmière, M.Sc, Laboratoire éducation et promotion de la santé (LEPS), UR 3412, Université Sorbonne Paris-Nord, Bobigny, France

Marlène MILLE, infirmière, M.Sc, Laboratoire éducation et promotion de la santé (LEPS), UR 3412, Université Sorbonne Paris-Nord, Bobigny, France

Céline DUCHOSSOIR, étudiante en 3e cycle de médecine générale, Université Sorbonne Paris-Nord, Bobigny, France

Katarzyna LEPPEK, étudiante en 3e cycle de médecine générale, Université Sorbonne Paris-Nord, Bobigny, France

Yohan SAYNAC, médecin généraliste, coprésident de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Pantin, coprésident du dispositif d'appui à la coordination (DAC) 93 Sud, Pantin, France

Yannick RUELLE, médecin généraliste au centre municipal de santé universitaire, ville de Pantin, directeur-adjoint du département universitaire de médecine générale, Laboratoire éducation et promotion de la santé (LEPS), UR 3412, Université Sorbonne Paris-Nord, Bobigny, France

Aurore MARGAT, infirmière, Ph.D, Laboratoire éducation et promotion de la santé (LEPS), UR 3412, Université Sorbonne Paris-Nord, Bobigny, France

RÉSUMÉ

Introduction : la perception des usagers sur le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA) s'inscrit dans une démarche de démocratie sanitaire et est un déterminant important de leur implantation.
Objectif : explorer la perception des personnes âgées quant à l'intégration d'un IPA à leurs parcours en soins primaires.
Méthode : étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés auprès de personnes âgées suivies par un IPA. L'analyse suit une approche thématique inductive.
Résultats : onze usagers ont été interrogés et ont rapporté avoir été satisfaits par le suivi proposé. Trois grandes catégories ont émergé de l'analyse des verbatim : l'IPA est perçu comme un professionnel capable d'assumer plusieurs rôles dans le parcours de soins, son intégration s'inscrit dans une médecine en pleine mutation, le degré de satisfaction des usagers est notable, soulignant une qualité relationnelle et une amélioration de l'accès aux soins.
Discussion : bien que l'IPA français ait un profil différent des *advanced-practice nurses* cités dans la littérature étrangère, les perceptions des usagers sont similaires à celles évoquées à l'étranger et notamment dans les pays francophones. L'exercice semble ancré dans les sciences infirmières.

Mots-clés : infirmière en pratique avancée, France, personnes âgées, soins primaires, satisfaction des patients.

Pour citer l'article :
Lebrun C, Mille M, Duchossoir C, Leppek K, Saynac Y, Ruelle Y, Margat A. Intégration des infirmiers en pratique avancée au parcours des patients atteints de maladies chroniques : perceptions des personnes âgées en soins primaires. Rech Soins Infirm. 2024 Jun;(157):55-66.

Adresse de correspondance :
Camille Lebrun : camillelebrun.ipa@gmail.com

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Copyright © ARSI tous droits réservés

ABSTRACT

Introduction: Users' perceptions of the deployment of advanced practice nurses (APNs) are considered as part of a health democracy approach and are an important determinant of APN deployment.
Objective: To explore how older people perceive the integration of an APN into their primary care pathway.
Method: Exploratory qualitative study using semi-directed interviews with older people being followed by an RPN. The analysis monitored an inductive thematic approach.
Results: Eleven users were interviewed and reported that they were satisfied with the follow-up offered. Three main categories emerged from the verbatim analysis: the IPA is perceived as a professional capable of taking on several roles in the care pathway, his integration is part of a rapidly changing medicine, the users' level of satisfaction is notable, highlighting a quality of relationship and an improvement in access to care.
Discussion: Although French APNs have a different profile to those in other countries, users' perceptions in France are similar to those reported elsewhere. The practice appears to be rooted in nursing science.

Keywords: *advanced practice nurse, France, older people, primary care, patient satisfaction.*

INTRODUCTION

Les IPA en France : une nouvelle profession

Le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA) est récent en France. Introduit en 2016 par la loi de modernisation du système de santé (1), l'exercice en pratique avancée est soumis à l'obtention d'un diplôme d'État conférant le grade de master faisant suite à deux ans de cursus universitaire (2).

Le mot « IPA » est la traduction française du terme *advanced practice-nurse (*APN) recouvrant à l'international une large gamme de profils d'infirmières exerçant en pratique avancée. Au Canada, il existe deux grands types d'APN : les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS), expertes en soins infirmiers, et les infirmières praticiennes (IP), plus généralistes avec un rôle de prescription et de diagnostic (3). Il est prévu pour les IPA français un profil hybride entre ces deux rôles.

C'est dans un contexte de transition démographique avec une augmentation du nombre de maladies chroniques que la profession IPA s'implante actuellement en France. En 2030, un quart des habitants aura 65 ans et plus selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (4). Bien que la mortalité associée diminue, l'incidence et la prévalence des maladies chroniques sont en constante progression (5), ce qui représente un coût au sens large : économique, médical et social. Le vieillissement et la maladie chronique prennent une place importante dans les questionnements sur la réorientation d'un système de santé actuellement majoritairement hospitalo-centré et qui appelle à accentuer le virage ambulatoire entamé vers des soins primaires davantage prégnants. Ainsi, alors que la transition démographique et l'augmentation des affections de longue durée sont à mettre en lien avec une hausse de la consommation des soins, notamment en ville (6), les seniors représentent une population d'intérêt pour la pratique avancée infirmière car peu explorée jusqu'à présent.

C'est dans ce paysage que vont s'insérer les IPA mention « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » (PCS), qui est une des cinq mentions existantes. De façon concomitante, l'actualité sanitaire met en avant la nécessaire implication des personnes concernées dans les soins, qui s'appuie sur une volonté d'engagement des patients dans les soins en les rendant partenaires et en visant une forme de collaboration avec des patients experts, le tout dans une optique de soins centrés sur la personne (7-9). Selon la définition d'A. Coulter, le professionnel de santé et le patient travaillent ensemble pour rendre les usagers acteurs de la santé et des soins, au niveau individuel et collectif. Ils s'inscrivent dans une logique de démocratie sanitaire et visent à redonner du pouvoir d'agir aux personnes concernées. Ainsi, l'opinion des patients est devenue un indicateur de la qualité des soins recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) (10). En ce sens, il paraît important d'examiner le vécu des usagers quant à l'installation du métier IPA. Elles-mêmes pourront écouter les retours des usagers afin d'adapter leur prise en soin en s'inscrivant dans cette volonté d'engager les usagers dans les soins (11). Elles jouent un rôle essentiel dans l'amélioration des soins primaires, lesquels englobent les soins de premier recours et de prévention (12). Elles sont présentes au plus proche de la population en prenant en compte leur environnement et dans une optique d'équité dans la dispensation des soins.

À l'étranger, notamment aux États-Unis et au Canada, les APN contribuent à l'amélioration de la qualité des soins (13,14) et jouent un rôle important dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles vivant à domicile. Les indices de plus-value récurrents cités par les usagers sont : le temps accordé par le professionnel, une approche plus centrée sur le patient (singulière et holistique), un professionnalisme et des compétences élargies. L'accent est porté sur les capacités des APN à créer une relation de confiance avec des capacités de communication et d'information (15-21).

Copyright © ARSI tous droits réservés

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

L'implantation en soins primaires est déjà documenté à l'étranger ; de nombreuses études soulèvent l'importance de clarification du rôle des IPA, à la fois auprès des leaders d'établissements, de l'équipe en générale et des patients, que ce soit en institution ou en soins primaires (13,22-25). Elle se joue aussi bien au niveau individuel qu'institutionnel, départemental ou régional, et devrait inclure une information du grand public (22).

Des facteurs facilitant l'intégration des IPA ont aussi été pointés et se croisent, en France comme à l'étranger : une meilleure rémunération, la possibilité d'accéder à des formations, une équipe volontaire avec un accent sur la collaboration, la participation à des réunions d'équipe pluridisciplinaire pour accroitre la communication ou la reconnaissance du rôle avec un consensus sur sa définition (13,15,22,23,25).

Une implantation réussie passe par la mise en place de stratégies en amont. Le modèle PEPPA (*Participatory, Evidence-based, Patient focus Process for Advanced practice nursing*) pourrait être utilisé pour favoriser l'implantation en soins primaires, comme cela a déjà été recommandé par ailleurs (22,23,26).

En France, certaines barrières ont été mises en lumière : difficulté d'acceptation du rôle des IPA par les autres professionnels de santé, manque de développement professionnel et d'incitation financière. La réticence des médecins traitants à la collaboration avec les IPA est teintée de la peur d'une surcharge de travail liée à la supervision de l'IPA et à la complexification des cas restant à leur charge (15,23,25). Le frein majeur serait le manque de viabilité économique et notamment un modèle sous-dimensionné pour les IPA libéraux (15,26-28). À noter qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pointe que la formation IPA suscite peu d'attrait pour les infirmiers français, avec un modèle économique et de financement peu viable ainsi qu'un périmètre restreint d'interventions en autonomie. De plus, le nombre d'IPA attendu en France, en 2022, ne sera probablement atteint qu'en 2026. Par ailleurs, parmi les leviers de promotion de la profession, une clarification du rôle IPA semblait nécessaire aux usagers. Ceci serait valable dès l'installation de la profession sur un territoire (13,16,29,30).

Des interrogations persistent concernant les IPA

Le point de vue de l'usager reste globalement peu documenté, notamment en termes de perception individuelle du métier, alors que la pratique avancée infirmière devrait pouvoir répondre à un besoin de suivi plus global tout en augmentant la satisfaction (15,16,20,31).

Il ressort de certaines études que les usagers interrogés souhaitent généralement poursuivre les soins entrepris avec les IPA en soins primaires, témoignant d'un certain niveau d'appréciation (13,17,20,32,33). Néanmoins, il peut être difficile pour les patients d'accepter un nouveau professionnel de santé dans leurs parcours de soins, témoignant être plus à l'aise avec leurs médecins traitants qu'avec des APN (34).

Dans une démarche contributive aux travaux dans le champ des sciences infirmières et compte tenu de l'importance des questions autour de la santé des personnes âgées, il paraissait pertinent d'enquêter sur leurs perceptions quant à l'intégration des IPA à leurs parcours de soins en France, notamment dans le contexte des soins primaires.

Objectif

Cet article rend compte d'une partie d'un travail de plus grande envergure, « IPA-Explo », visant à explorer les freins et les leviers de l'implantation des IPA en soins primaires selon les différentes parties prenantes.

L'objectif de ce versant de l'étude était d'explorer la perception des personnes âgées quant à l'intégration de l'IPA dans leur parcours de soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude était de nature qualitative à visée exploratoire (35). Elle a eu lieu dans six régions de France (Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Bourgogne, Normandie et Bretagne).

Population d'étude

L'échantillonnage des usagers était non probabiliste et s'est déroulé par choix raisonné. Les participants de l'étude devaient répondre à plusieurs critères d'inclusion : être âgé de 65 ans ou plus, vivre à domicile, être atteint d'une maladie chronique relevant de la liste des pathologies mentionnées dans la réglementation française encadrant la pratique avancée, comprendre et parler le français, et consulter l'IPA secondairement à un adressage médical dans le cadre des soins primaires, en milieu urbain ou rural. Nous nous sommes centrés sur les IPA PCS car ils étaient plus nombreux, qu'ils exerçaient en soins primaires en collaboration avec les médecins généralistes et que leurs missions s'inscrivaient dans la transition démographique.

Le seul critère de non-inclusion était la présence de troubles cognitifs diagnostiqués chez le répondant. Nous avons cherché à diversifier au maximum certains critères (genre, lieu de résidence) pour enrichir la compréhension globale des perceptions.

Les participants étaient ciblés *via* l'IPA qui assurait leur suivi. Les inclusions ont eu lieu de novembre 2022 à février 2023. Le recrutement a eu lieu sur base du volontariat. Le sujet de l'étude a été exposé aux potentiels participants qui recevaient ensuite

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Copyright © ARSI tous droits réservés

une note d'information écrite et un formulaire de consentement à signer. Ils ont été recontactés après un délai de réflexion.

Recueil des données

Des entretiens semi-dirigés ont été menés en suivant un guide coconstruit par un collectif de chercheurs issus de différents champs (sciences infirmières, médecine générale, sciences de l'éducation et de la formation, santé publique). Ils se sont déroulés en distanciel ou en présentiel et ont été menés par l'investigatrice principale, étudiante en formation IPA mention PCS. Les données ont été enregistrées avec l'accord des participants puis retranscrites mot-à-mot afin de procéder à une analyse. Les perceptions sur les fonctions et les missions de l'IPA ont été questionnées. Des éléments sur le mode de suivi, l'appréciation ou les difficultés rencontrées ont été recueillis. Des questions ouvertes ont complété le recueil.

Analyse des données

Les entretiens ont été stoppés lorsque les chercheurs ont estimé atteindre une suffisance des données (36), c'est-à-dire que plus aucun nouveau code n'émergeait lors d'un nouvel entretien. L'analyse a suivi une approche thématique inductive. Nous nous sommes familiarisés avec les données brutes issues des entretiens puis nous avons identifié les éléments les plus significatifs afin de les coder. Les codes ont ensuite été classés par catégories puis regroupés en grands thèmes. Finalement, nous avons tenté d'établir une description de ces données.

Les différentes étapes de l'analyse ont été réalisées conjointement à deux puis à quatre. Chaque entretien a été analysé par deux chercheuses, indépendamment au bout de trois retranscriptions. La mise en commun des rubriques identifiées par les chercheurs a permis une triangulation de l'analyse. Les divergences ont été résolues soit par un dialogue entre les deux chercheuses, soit par l'intervention d'un des directeurs de recherche. De nombreux échanges ont eu lieu entre les chercheurs (environ deux fois par mois) et avec les superviseurs (environ tous les mois). Le codage émergent a été facilité par l'utilisation du logiciel Atlas-Ti®.

Afin de garantir la qualité du rapport de l'étude, une grille COREQ selon Tong (37) a été suivie en continu. Une démarche de *bracketing* a été réalisée par chacun des chercheurs en amont des entretiens, et des échanges réguliers au sein du groupe de chercheurs ont permis de limiter la subjectivité de l'analyse.

Cadre conceptuel de la recherche

Ce travail de recherche est ancré dans le domaine des sciences infirmières, il s'inscrit dans le paradigme de la transformation, comme le retranscrit Kerouac (38), qui se développe sur la base de phénomènes de santé en perpétuels changements. Situant l'individu au centre dans une dimension personnelle complexe et une expérience unique en interaction avec l'environnement, ce paradigme considère chaque phénomène comme unique. Ces phénomènes, pouvant être définis par une structure, sont à étudier de façon singulière chez un individu. C'est en lien avec ce postulat que nous avons cherché à comprendre la perception des usagers sur les professionnels de santé qui les entourent. Cette étude se rapproche également de l'école de l'interaction qui s'intéresse aux processus se jouant dans la relation entre l'infirmière et le patient ; et plus particulièrement, à la théorie de « l'atteinte des objectifs » d'I. King (39). La théoricienne précise que le soin est un processus interactif, comme l'est l'être humain qui est en constante interaction avec son environnement. Ces interactions mènent à une forme de transaction qui sera nécessaire à l'atteinte d'un objectif par l'être humain. Entre autres, ce sont les attentes de l'usager et la façon dont l'infirmière emploie son rôle qui vont influencer l'atteinte des objectifs. La confiance dans la relation infirmière-patient est le socle de la relation thérapeutique qui va servir de base à la réalisation d'un objectif pour l'usager.

Aussi, l'infirmière et le patient travaillent en collaboration vers un objectif commun, en s'adaptant aux facteurs internes et externes, et en utilisant les ressources disponibles. Ces arguments sont en faveur d'un soin centré sur la personne et son environnement (7), ainsi qu'une collaboration à travers la relation soignant-soigné, les soins infirmiers ayant pour finalité d'agir humainement en faveur de la santé.

Considérations éthiques

Cette recherche s'est inscrite dans le cadre d'une recherche observationnelle. L'étude a été revue et approuvée par le comité d'éthique de l'université (octobre 2022 dossier 2022-008) et inscrite au registre des traitements des données à caractère personnel (DCP). Le consentement a été vérifié au début de chaque entretien, et les participants ont été informés de la possibilité de se retirer à tout moment.

Les données ont été pseudonymisées *via* un tableau de correspondance. Les éléments sociodémographiques recueillis comprenaient l'âge, le genre et le département de résidence. Les données ont été stockées sur un disque dur externe, propriété de l'investigatrice et protégé par un mot de passe. Aucune donnée potentiellement identifiante ne figurait dans les retranscriptions. Les participants ont tous pu relire les entretiens réalisés, avec un droit de modification, ce qui est un critère de la recherche qualitative.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Parmi les 14 patients contactés, trois se sont désistés avant de participer à l'entretien, et 11 entretiens semi-dirigés compréhensifs ont été menés. Ces 11 personnes étaient

Copyright © ARSI tous droits réservés

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

suivies par neuf IPA différents. La suffisance des données ayant été atteinte, il n'a pas été jugé utile de recruter des patients supplémentaires. Les usagers (six hommes et cinq femmes) avaient entre 66 et 82 ans, avec une moyenne d'âge à 75 ans et vivaient à la fois en milieu urbain et en milieu rural. La durée moyenne des entretiens était de 63 minutes (de 26 à 93 minutes). La durée moyenne de suivi par l'IPA était d'un an et deux mois. Chacun des pseudonymes a été choisi par le participant lui-même. Les caractéristiques sont présentées dans le tableau 1.

Sur les 25 IPA contactés, 13 ont répondu favorablement pour contacter des usagers. Les IPA suivant les participants étaient en poste depuis au maximum trois ans, au minimum quatre mois pour une moyenne de deux ans. Ils exerçaient en soins primaires, étaient libéraux ou salariés, certains en maison de santé. Trois grandes catégories sont ressorties de l'analyse des verbatim des usagers : L'IPA est un professionnel « multi-rôles », son installation a lieu dans une médecine en plein changement, et les usagers témoignent d'un certain degré de satisfaction quant à leur suivi par un IPA.

Un professionnel « multi-rôle »

L'exercice IPA est un savant mélange entre médecins et professionnels du sanitaire et social. Le rôle de l'IPA a été difficile à définir pour les personnes interrogées. L'IPA représentait une profession intermédiaire, offrant une vision des soins à la fois médicale et infirmière. Sans se surajouter au suivi, c'était un professionnel qui aidait et servait d'appui : « La profession (…) est importante et utile » (Michel). Des missions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont été relevées. En effet, les IPA encourageaient certains comportements en santé et participaient à motiver les personnes : « Avec lui [l'IPA], on a plus envie de progresser » (Sarah). En complément, l'IPA disposait de compétences en matière d'organisation, de coordination et d'orientation. L'IPA assurait un suivi et une surveillance, tout en veillant à la mise en place d'un parcours de soins coordonné avec différents acteurs : « C'est elle-même qui a pris rendez-vous chez la gynéco » (Poupette). La prise en soin proposée par l'IPA était perçue comme plus globale par son questionnement plus approfondi lors des recueils de données : « Ce sont un peu des questions sur notre vie et tout ça » (Lucas).

De nombreuses pratiques de l'IPA ont été comparées à d'autres corps de métier. Ainsi, les fonctions d'écoute et de dialogue des IPA ont souvent été comparées à celles d'un psychologue : « On a un soutien, à la fois médical et moral » (Jacques). Les IPA pouvaient être rattachés à l'assistante sociale par leur prise en soin élargie, ainsi que leur capacité d'organisation, avec un regard sur l'environnement de l'usager : « Il [l'IPA] fait l'assistant social, il fait tout ! » (Christian).

Finalement, du point de vue des usagers interrogés, les missions des IPA ne ressemblaient que peu à celles des infirmières diplômées d'État (IDE), qui étaient perçues comme des professionnelles de santé exécutant des soins ponctuels, sur prescription médicale, ce que l'IPA ne faisait plus ou très peu : « Un infirmier, il vient pour une piqûre » (Sarah) ; « Elle [l'IPA] a des compétences additionnelles de celles qu'ont les infirmières habituellement » (Alexandre).

La pratique clinique était un autre domaine de compétence évoqué par les participants, et celui-ci renvoyait directement à l'exercice médical. L'examen clinique est perçu comme intégral, à la fois similaire et complémentaire à celui du MG : « De A à Z, elle m'ausculte » (Léopold) ; « il manquait des

Personne	Âge	Genre	Région	Suivi par IPA depuis (en mois)	Durée de l'entretien (en minutes)
Alexandre	66	H	Bretagne	12	72
Sarah	70	F	Bourgogne	2	52,2
Michel	70	H	Nouvelle-Aquitaine	12	93,9
Christian	70	H	Nouvelle-Aquitaine	22	82,3
Cyprianna	71	F	Normandie	24	65,5
Odile	75	F	Ile-de-France	14	60
Jacques	75	H	Bretagne	14	69
Lucas	80	H	Normandie	12	45
Léopold	81	H	Occitanie	12	26
Poupette	81	F	Occitanie	18	66
Charlotte	82	F	Normandie	24	60

Tableau 1.
Caractéristiques des participants.

Copyright © ARSI tous droits réservés

personnes comme lui [l'IPA] pour faire la complémentarité [avec le médecin généraliste (MG)] » (Jacques). La pratique clinique de l'auscultation était essentielle pour les usagers et faisait partie du déroulé standard d'une consultation avec l'IPA.

De façon générale, les IPA étaient volontiers comparés aux MG avec, pour similitudes, des compétences cliniques (auscultation et droit de prescription), une relation de confiance, un mode d'exercice en cabinet particulier et une volonté d'organiser le parcours de soin : « Que ce soit elle [l'IPA] ou que ce soit le médecin, c'est exactement la même chose, à ceci près qu'elle prend peut-être un peu plus de temps » (Alexandre), cette perception étant revenue à de nombreuses reprises. Les participants s'accordaient pour dire que les avis donnés par les IPA correspondaient à ceux du médecin : « Elle prescrit un certain nombre de choses dans la continuation de prescription [du MG] » (Michel). Certains points de divergences ont été mis en avant entre IPA et MG. Il a été pointé notamment un écart de salaire et un plus faible niveau d'étude. À la différence des IPA, les MG étaient perçus comme débordés, et qu'il était parfois difficile d'obtenir un rendez-vous. Les usagers pouvaient alors de tourner vers l'IPA : « Ils [les MG] sont tous surbookés » (Sarah).

Une crainte a aussi émergé de certains entretiens : celle que la formation des IPA soit une justification à la limitation du nombre de médecins en exercice ou à la persistance du numérus clausus. La formation des IPA a aussi été remise en question et perçue comme insuffisante ou trop théorique contrairement à la formation des médecins ayant déjà fait preuve de sa qualité : « J'ai une certaine (…) appréhension (…) envers la formation. Il pourrait y avoir une certaine dérive, dans le sens où c'est plus facile de former un professionnel de santé qu'un médecin » (Jacques). En revanche, les IPA pouvaient être des relais entre le patient et le MG, étant capables de repérer un problème et d'alerter en fonction : « C'est le relais entre médecins et patients » (Odile) ; « S'il y avait quelque chose d'anormal, elle [l'IPA] serait en contact avec le docteur » (Léopold).

Une étroite collaboration était perçue par les usagers comme primordiale et témoignait d'une confiance de la part du MG envers l'IPA : « Ça fait vraiment un binôme » (Cyprianna). L'exercice IPA était tout de même perçu comme limité, sans grandes précisions : « Il y a des choses qu'elle n'a pas le droit de faire » (Michel). Cela pouvant transparaître à travers un droit de prescription restreint : « Elle ne peut pas me prescrire l'antibiotique » (Cyprianna). La profession se devait d'être soumise à une forme d'éthique semblable à celle des médecins : « Il est essentiel qu'ils [les IPA] arrivent à ça, une déontologie » (Jacques).

Ce manque de clarté renvoyait à la nouveauté de la profession et sa méconnaissance dans la population générale comme auprès de certains professionnels de santé : « C'est méconnu ; le kiné m'a demandé : "qu'est-ce que c'est que ça ?" » (Odile). L'appellation IPA demeurait ambigüe et était souvent remplacée par des synonymes comme « infirmier spécialisé » (Jacques, Christian).

Une solide relation créée dans un temps précieux

Si l'IPA était généralement perçu comme « compétent », les usagers ont particulièrement relevé les capacités d'écoute et de communication. « On peut lui parler, c'est facile, elle a une écoute je dirais supérieure » (Cyprianna). Ce besoin d'écoute, voire d'accompagnement, a été largement exprimé. Le dialogue et l'échange avec les IPA étaient perçus comme de qualité, avec une forme de liberté et d'aisance. Les participants notaient un abord particulier qui pouvait mettre en confiance et faciliter le dialogue : « [L'IPA], c'est quelqu'un qui a une approche » (Sarah). Les IPA paraissaient tenir compte du niveau de littératie des usagers en adaptant leur langage et en donnant des explications sur un temps dédié : « Il [l'IPA] ne s'embarrasse pas de jargons médicaux » (Odile) ; « Elle est très pédagogue » (Michel). D'autres caractéristiques ont été attribuées préférentiellement à la personne qui exerçait le métier plutôt qu'à la fonction propre : « C'est en partie la personne » (Cyprianna).

Avec l'usager, c'est avant tout une relation de confiance qui s'est créée dès la rencontre. Ils voyaient chez l'IPA une personne à qui se confier : « on peut lui confier toutes nos craintes, nos peurs » (Sarah). Cette confiance passait aussi par le temps et la disponibilité offerts par les IPA ainsi que leur grande capacité d'écoute et leur vigilance : « Je sais que si j'ai besoin de quelque chose, je prends le téléphone » (Michel). La notion du temps passé avec l'usager, omniprésente, concourrait à la satisfaction. Les personnes soignées étaient reçues par l'IPA au moins aussi fréquemment que par le MG, avec un délai d'attente restreint et des ajustements possibles en fonction des besoins. Les rencontres avec les IPA duraient plus longtemps qu'avec de nombreux autres professionnels de santé (médecins, IDE, kinésithérapeutes), permettant aux usagers de prendre un temps nécessaire : « Elle prend son temps avec nous (...) ça met à l'aise (…) c'est important » (Charlotte). La durée moyenne des consultations avec l'IPA était supérieure à 30 minutes, avec un minimum de dix minutes et un maximum d'une heure, voire une heure et demie pour un premier entretien.

Très souvent, des éléments montraient la volonté des IPA de mettre en place un partenariat avec l'usager. Les personnes soignées sentaient qu'elles avaient un pouvoir de choisir entre les différentes propositions des IPA, ce qui contribuait à la personnalisation d'un soin centré sur l'usager : « On travaille ensemble » (Michel et Christian) ; « C'est [le suivi avec IPA] plus personnalisé quand même » (Alexandre).

Il n'y a eu aucun doute ou hésitation relevé quant à la qualité de la relation avec les IPA. Il a cependant été noté que la culture ou le genre des IPA pouvaient pouvait avoir un impact sur la relation : « C'est une relation de complicité [avec l'IPA] parce que c'est une femme, déjà » (Poupette).

Copyright © ARSI tous droits réservés
Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

L'installation des IPA a lieu au sein d'une médecine en plein changement

Les médecins doivent intégrer les IPA aux soins. Le déploiement des IPA s'inscrit aussi dans un contexte de modification du travail médical « C'est plus du tout comme on faisait dans le temps » (Charlotte) ; « Il y a le changement culturel, les gens [médecins] qui partent à la retraite (…) et qui ont une culture qui est (…) pas très coopérative » (Michel). Ce changement s'étendait plus largement à l'ensemble du système de santé qui entrait dans une perspective de prévention, appelant à des modifications pour laisser une place aux IPA : « Le monde de la médecine n'est pas vraiment prêt à les [IPA] accueillir » (Michel).

L'accès aux MG était vécu comme compliqué en zone urbaine comme rurale. Ainsi, les IPA pouvaient être utiles en libérant du temps médical ou faciliter l'accès aux spécialistes : « Les médecins n'ont plus à faire ce suivi régulier » (Alexandre).

Le suivi global n'était pas systématiquement alterné avec le médecin généraliste. Une bonne partie des participants n'avait pas été revu par leur médecin depuis le début du suivi par l'IPA, cela devenant une potentielle source d'insatisfaction : « Je ne vois pour ainsi dire pas Madame M [la MG] (…) ; ça, c'est un ennui » (Charlotte). D'autres voyaient plus souvent l'IPA que le MG, et quelques personnes bénéficiaient d'un suivi en complète alternance. La fréquence de consultation chez le MG variait de trimestrielle à annuelle jusqu'à plus aucune visite depuis l'instauration du suivi par l'IPA lors du déroulé des entretiens. La durée de suivi moyenne était d'un peu plus d'un an avec l'IPA.

Il a été pointé que les modalités de suivi variaient en fonction de la perception du problème de santé pour lequel l'usager consultait, avec la notion de gravité de la maladie en première ligne : « Le médecin, on en a plus besoin sur l'urgence » (Alexandre) ; « Comme c'était pour renouveler mon ordonnance, je n'y vois pas d'inconvénient [à voir l'IPA] » (Charlotte). Pour beaucoup, le renouvellement d'ordonnance était un motif de consultation « simple », et c'est une des raisons pour lesquelles ils consultaient l'IPA.

La plupart des usagers ont été adressés à l'IPA par le MG. « C'est mon docteur qui me l'a envoyé » (Odile). Ils y sont allés soit parce qu'ils avaient besoin d'un renouvellement d'ordonnance, soit sur ordre du médecin, soit par extension de la confiance portée à ce dernier : « Je n'ai pas le choix, de toute façon (…) on fait confiance » (Charlotte). Certains avaient pris rendez-vous d'eux-mêmes avec l'IPA, en ayant entendu parler, et d'autres ont été orientés par la secrétaire, alors qu'ils cherchaient à consulter le médecin : « Moi, je téléphonais comme quoi j'avais besoin de voir le docteur X, elle [secrétaire médicale] m'a dit : "il n'est pas là, mais il y a une place mercredi avec madame Y [IPA]", et j'ai dit : "ça fait rien, ok" » (Léopold). En ce sens, la réticence à l'adressage aux IPA a été pointé comme un frein à l'aboutissement de toutes ses missions : « C'est un jeu de quille, si les médecins ne veulent pas bouger, alors l'IPA ne peut pas bouger » (Michel).

Il a été rapporté qu'une des raisons pour lesquelles les médecins ne facilitaient pas l'exercice de l'IPA serait le souhait de maintenir une position ascendante dans le domaine de la santé : « Je [le MG] te prodigue les soins et je suis le sachant… Je ne veux pas concéder une partie de mon savoir » (Michel). Peu d'explications avaient été fournies aux personnes concernant la profession IPA, cela n'a pas empêché la rencontre : « À la base, je n'ai pas d'à priori » (Alexandre) ; « J'ai adhéré tout de suite à cette proposition » (Jacques). Certaines conditions ont été pointées comme facilitatrices à l'implantation des IPA en soins primaires : la connaissance préalable des acteurs du territoire, la forte communication avec le MG et l'utilisation des outils numériques.

La quasi-totalité des usagers consultait l'IPA qui exerçait dans le même cabinet ou maison de santé que leur médecin traitant, le reste des visites avait lieu à domicile. Cela paraissait important pour les usagers, d'autant qu'une trop grande distance aurait été un frein pour aller consulter : « Je n'aurais pas fait 20 kilomètres, alors que là, c'est à côté de chez moi » (Poupette).

Tous les usagers ressentaient ainsi une réelle communication ainsi qu'un partage d'informations entre le MG et l'IPA, gage de satisfaction et de qualité : « C'est rassurant, dans la mesure où il [l'IPA] est en relation avec le médecin » (Odile). Les échanges pouvaient permettre à l'IPA de demander l'avis du MG : « Si elle [l'IPA] a besoin de demander quelque chose au médecin » (Cyprianna). Le MG peut aussi évaluer le travail de l'IPA et encadrer son travail : « Il faut quand même que ce soit supervisé par le médecin » (Charlotte) ; « le médecin, c'est la hiérarchie supérieure » (Jacques).

Plusieurs répondants estiment que les IPA pourraient participer à améliorer le système de santé. Les usagers témoignent d'un certain degré de satisfaction

Un suivi bénéfique et à poursuivre

Globalement, l'IPA paraissait pertinente dans le suivi au long cours : « L'IPA, c'est quelqu'un qui est particulièrement adapté dans les maladies chroniques » (Michel). La plupart des personnes interrogées décrivaient une forme de satisfaction passant principalement par la relation de confiance. L'écoute, le dialogue et le temps ont été des éléments marqués comme appréciés, témoins d'une relation de qualité : « J'étais ravie d'être avec elle » (Cyprianna) ; « J'y ai trouvé un bénéfice quasi immédiat » (Sarah). Certains ressentis étaient plutôt neutres, mais aucun sentiment global négatif n'a été verbalisé. Elles avaient pris une place très importante dans le parcours de soins de certaines

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Copyright © ARSI tous droits réservés

personnes : « C'est le mot, elle est vraiment devenue indispensable » (Poupette). De nombreux adjectifs ont été employés pour qualifier les IPA en tant que personnes : « attentifs, sérieux, empathiques et ouverts d'esprits ». Au second plan sont apparus d'autres qualificatifs : « efficaces, bienveillants, gentils, honnêtes, sécurisants, souriants ».

Les usagers ont perçu des modifications dans leurs vies avec la maladie chronique : « Je vais dans le bon sens » (Sarah). L'impact a été positif, d'un point de vue psychologique et biologique : « Dans l'acceptation de ma pathologie » (Jacques) ; « j'avais presque dix pourcents d'hémoglobine glyquée, maintenant j'ai six pourcents » (Alexandre). Si certains n'ont pas noté de modifications, aucune dégradation de l'état de santé n'a été déclarée. La prescription des médicaments par les IPA était perçue comme un bénéfice pour la quasi-totalité des personnes interrogées. Aucun avis négatif sur la prescription par un professionnel non-médecin n'a été relevé. La limite de ce droit serait une potentielle source d'insatisfaction, comme l'absence de visites à domicile ou le fait de ne plus voir suffisamment son MG : « Qu'elle [l'IPA] ne puisse pas aller à domicile, je trouve ça dommage » (Poupette).

Les usagers ont manifesté l'envie de poursuivre le suivi avec l'IPA, et aucun avis négatif ni difficulté rencontrée avec les IPA n'a été signalé.

L'IPA a su se rendre « indispensable »

Globalement, les IPA étaient perçues comme bénéfiques sous différents prismes. Les personnes soignées ont estimé qu'elles pourraient faciliter l'accès aux soins, assurer un suivi et (ré)-orienter ou adresser à différents professionnels de santé : « Elle [l'IPA] assure vraiment un suivi » (Alexandre). Pour les personnes en situation d'isolement, les IPA ont participé à rompre la solitude : « Je ne suis pas toute seule, je suis suivie » (Odile). D'après les usagers, concernant les IDE, la profession IPA représentait une évolution ; une nouvelle perspective de carrière.

Selon la perception des personnes soignées, concernant les médecins, les IPA pourraient libérer du temps utilisable, à la fois pour réduire les délais de prise de rendez-vous et/ou accueillir de nouveaux patients, mais aussi pour le médecin lui-même, s'il choisit de libérer du temps personnel : « C'est le délestage, c'est de dégager du temps qui est précieux aux médecins » (Jacques). Les IPA seraient des professionnels pouvant décharger le médecin de certaines consultations et particulièrement pour les problèmes bénins, non « graves » et sans caractère d'urgence.

Les usagers extrapolaient le bénéfice ressenti pour eux à l'ensemble de la population, voire au système de santé : « [L'IPA], c'est une avancée majeure » (Michel) ; « globalement, c'est bon pour le système » (Alexandre). Finalement, les personnes interrogées encourageaient le développement de la profession à échelle nationale : « J'ai déjà recommandé (…) Ça devrait être partout » (Cyprianna) ; « Moi, je le conseillerais, (…) il faut propager ça » (Christian) ; « Elles sont indispensables » (Poupette) ; « Je regrette qu'il n'ait pas existé avant » (Sarah).

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'explorer la perception des personnes âgées quant à l'intégration d'un IPA à leurs parcours en soins primaires. Cette étude a permis de dégager la façon dont les ainés perçoivent le rôle de l'IPA et apprécient le déroulé du suivi. Des éléments relatifs aux missions de l'IPA, sa place dans les soins primaires et ses modalités d'exercice seront discutés à l'aune des sciences infirmières.

Les infirmières en pratique avancée : des missions spécifiques et du temps donné

Selon les 11 personnes interrogées, un des principaux atouts des IPA demeure dans leur capacité de communication, socle d'une relation de confiance (16,18), qui témoigne aussi d'une volonté d'agir en partenariat avec les patients qui se sentent pris en compte et écoutés. Ces notions, très importantes pour eux, ont déjà été pointées dans la littérature (21,40) et font écho à l'actualité en termes de démocratie sanitaire, plaçant les usagers au centre de leur prise en soins. De manière générale, du point de vue des personnes âgées, les IPA tiennent compte de leurs besoins (18,21), et beaucoup ont apprécié l'intérêt qui leur était porté (40). Les personnes interrogées sont satisfaites du suivi dispensé par les IPA. Les visites à domiciles faites par certains IPA sont source de satisfaction (et un manque quand elle n'ont pas lieu) et peuvent même être une de leurs missions (15,16).

Aussi, l'approche singulière voire holistique des IPA est largement évoquée, cherchant à obtenir une vision globale de la personne, comme dans d'autres pays (21,41). Les participants ont noté que l'exercice IPA est limité, notamment concernant les droits de prescription ou le besoin de consulter un MG en cas de problème important ou urgent. Ces limites restent floues même après plusieurs mois de suivi.

Intégrer les perceptions des IPA sur leur rôle et sur les interactions qu'elles ont avec les patients apporterait une perspective complémentaire, et permettrait d'identifier d'éventuelles divergences ou convergences de perceptions entre celles des professionnelles et celles des patients.

En revanche, si une revue de littérature étasunienne mentionnait des compétences de leadership et de recherche

Copyright © ARSI tous droits réservés

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

chez les APN, ce n'est pas le cas dans nos entretiens, sans doute en lien avec la méconnaissance de ce type d'activité de la part des usagers (28,42).

Le temps nécessaire (re)donné aux usagers a été la notion la plus prégnante dans tous les entretiens. Ce temps est perçu comme corrélé aux fonctions des IPA et est un élément majeur contribuant à la satisfaction des usagers qui verbalisent un besoin de disponibilité et d'échange. La relation de confiance qui se crée ne peut avoir lieu qu'à travers un temps dédié et élargi. Cette notion fait écho au concept d'engagement des patients qui dépend en partie d'une solide relation soignant-soigné dans une optique de participation, ce qui a été soulevé dans notre étude.

Le temps et la disponibilité du professionnel étaient appuyés par la durée des entretiens, supérieure à celle des MG (16), et les explications données de façon intelligible, ce qui rejoint les caractéristiques des APN évoquées dans d'autres études (17,20,40,43). Ce temps élargi permettait un suivi perçu comme approfondi, plus régulier, avec des entretiens souvent plus longs, à durée flexible (18,20). Le dialogue n'était pas exclusivement centré sur la maladie. Ainsi, les IPA répondaient à un besoin verbalisé par les patients en matière de soin et participaient aussi à les remettre au centre de leurs prise en soin. La quantité de temps plus importante offerte aux usagers a été perçue comme un avantage pour la profession IPA. Ce sont à la fois cette quantité de temps (durée des contacts) et son utilisation (prise en soins approfondie, globale) qui permettent la satisfaction.

Aucun usager n'a témoigné se sentir moins à l'aise avec les IPA qu'avec les MG contrairement à une autre étude (20). Quelques-uns ont même stipulé l'inverse. Cela pouvant rejoindre les propos d'autres études montrant que certains usagers préféraient consulter des IPA (20,21,41). Les IPA étaient « agréables, fiables, empathiques… ». Les résultats de notre étude tempèrent cette notion en insistant sur le fait que ces traits peuvent être liés à la personne qui exerce le métier autant qu'à la fonction IPA en elle-même. La totalité des usagers désirait poursuivre leur suivi avec l'IPA, ce qui témoigne d'un certain niveau de satisfaction, voire d'un sentiment de sécurité (16,17).

Notre étude rapporte aussi que la plupart des usagers souhaitaient encourager le développement de cette profession et auraient recommandé à leur entourage un suivi par une IPA. Cette donnée n'a par ailleurs pas été retrouvée dans la littérature consultée.

Une analyse approfondie des freins et des leviers à l'implantation des IPA, complétée par la perception des médecins et des IPA, sera bénéfique. Identifier les obstacles spécifiques et les facteurs facilitants permettrait de formuler des recommandations concrètes pour améliorer l'implantation et l'acceptation des IPA dans les soins primaires.

Les IPA doivent prendre une vraie place dans les soins primaires

La collaboration entre les MG et les IPA a été fortement soulignée, à la fois comme élément de satisfaction et comme une des conditions d'exercice (16). La communication entre MG et IPA est particulièrement importante et est vécue comme essentielle à la prise en soin. De même, la communication entre l'IPA et d'autres intervenants du parcours de soin paraissait primordiale, ce qui était pointé comme un critère d'efficacité pour les équipes de soins primaires ailleurs dans la littérature (13,18). Les usagers estiment que les IPA peuvent être bénéfiques aux MG en leur libérant du temps et en pourvoyant une forme d'assistance, ce que confirme la littérature (15,16,20). Une nuance persiste : celle de la « gravité » du motif de consultation. En effet, les usagers souhaitaient plutôt être reçus par des IPA dans les cas jugés comme bénins ou non urgents, voire chroniques, ce qui avait été soulevé par ailleurs (20). Ceci soulève des questions sur les représentations de la maladie chronique chez l'usager et va à l'encontre des résultats d'une étude suisse où les usagers exprimaient le fait que les IPA pouvaient contribuer aux problèmes aigus (16). Ce phénomène est probablement lié au périmètre réglementaire des interventions IPA PCS et donc au contexte d'exercice de ces professionnels.

Les participants jugent important que les MG restent impliqués dans la prise en soins globale, particulièrement selon la nature du problème ressenti (34). Pour cela, ils devraient modifier leur organisation actuelle (44), notamment en favorisant un exercice coordonné en soins primaires, notion partiellement confirmée par nos résultats. Si les IPA ne semblent pas mobiliser toutes leurs missions, leur exercice professionnel est à mettre en lien avec les médecins, avec qui ils collaboraient en soins primaires, et les modalités de l'organisation de ce duo.

L'exercice des IPA a été largement comparé à celui du MG, tant sur le fond (pratique clinique) que sur la forme (exercice dans une salle de consultation dans un cabinet médical). Les personnes soignées ont retrouvé chez les IPA un certain nombre de compétences similaires participant à la comparaison, ce qui n'a été précisé que dans peu d'études de pays francophones (15,16).

La pratique avancée infirmière a été vue par les participants de cette étude comme une évolution professionnelle pour les IDE, appuyée par une formation permettant l'acquisition de compétences supplémentaires, confirmant une étude récente (26). Si, d'après les usagers, les IDE s'occupent plutôt de soins techniques ponctuels, les IPA assuraient un suivi sur la durée (consultation clinique, éducation, coordination et prévention), comme en attestait déjà la littérature sur ce deuxième point (15,16,18).

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Copyright © ARSI tous droits réservés

Des éléments facilitant l'implantation des IPA ont été perçus par les usagers : la connaissance de l'environnement, la relation avec le MG, l'installation dans/proche du cabinet médical et l'utilisation des outils numériques, ces éléments étant nouveaux dans la littérature francophone. Les difficultés rencontrées par les IPA seraient en lien avec des réticences de la part de l'environnement de soin, ainsi que l'organisation du travail et, parfois, la nécessité d'exercer à plusieurs endroits. Ces notions ont été retrouvées en partie dans d'autres études, particulièrement en ce qui concerne les potentielles réticences (15,25-27,44). Des interrogations ont été émises sur les limites de l'exercice, la qualité de la formation et les risques de dérives liées à la nouveauté de la profession.

Les usagers perçoivent en l'IPA une opportunité : pour les médecins (libérer du temps), pour les infirmières (évolution), pour eux-mêmes (accès aux soins et satisfaction envers le suivi proposé), voire pour l'ensemble du système de santé, ce qui n'a pas été relevé par ailleurs. En outre, l'exercice IPA est amené à changer et à évoluer prochainement en France. L'ouverture à l'accès direct des patients aux IPA a été adoptée le 6 avril 2023 par la loi dite « Rist » (45). Cette loi tend à modifier l'exercice en soins primaires en exerçant une probable influence sur la perception des usagers en lien avec l'accès direct et la primo-prescription. En effet, avec la mise en application de cette loi, les IPA pourront recevoir des patients sur simple demande de leur part, sans l'obligation que ces derniers leur aient été adressés au préalable par un médecin.

Comparer de manière plus détaillée les perceptions des usagers français avec celles des usagers dans des pays où exercent les APN fournirait sans doute des informations précieuses sur les différences culturelles et contextuelles, et aiderait ainsi à transférer les meilleures pratiques internationales au contexte français, en tenant compte des spécificités locales et des attentes des patients français.

Un exercice ancré dans les sciences infirmières

Les IPA et les usagers ont su communiquer et fixer ensemble des objectifs en regard de l'état de santé du patient, encore dans une logique de partenariat. Les IPA élargissaient leur prise en soins en replaçant le patient au cœur de son parcours. Elles inscrivaient ainsi leur exercice infirmier au sein du paradigme de la transformation (38). En effet, les IPA apparaissaient comme des professionnels respectant le choix des usagers et faisaient des propositions en ce sens. Des facteurs d'influence soulevés par la présente étude figuraient dans la théorie de King (39), notamment en termes de temps et de rôle. Cette théorie précise qu'un objectif a besoin de temps pour être atteint, et que l'homme est orienté dans le temps (son présent influence son futur). Le temps est ici (re)donné aux usagers par les IPA et a été verbalisé comme nécessaire pour les usagers. La notion de rôle apparaît aussi avec King, et l'on peut rapprocher cela à la fois du rôle des infirmiers dans les soins mais aussi du rôle de l'usager (envers la société), ce qui va jouer sur ses comportements. Dans nos résultats, certains usagers ont perçu que les IPA jouaient un certain rôle à l'égard de leur santé. Eux-mêmes ont verbalisé jouer un nouveau rôle à prendre en regard des interventions de l'IPA. Cependant, il n'a pas été question de leurs rôles de patient au sein de la société.

Ainsi, parmi les propositions de la théoricienne, nous pouvons confirmer ici que, si les objectifs établis sont atteints, cela peut être source de satisfaction pour l'usager mais nécessite du temps. Les participants ont exprimé avoir une relation particulière avec l'IPA, témoignage d'une forte interaction dans la dyade infirmière-patient ; c'est cette relation de confiance qui a favorisé la réussite des objectifs perçus par les participants.

La nécessité de partenariat évoqué par King a été retrouvée chez la majorité des participants, favorisant l'idée que les IPA travaillaient en ce sens. L'interaction entre les IPA et les patients apparaît donc thérapeutique et vécue comme source de satisfaction. Par leur approche, les IPA agissaient dans une recherche d'alliance thérapeutique avec l'usager. La forte capacité de communication relevée chez les IPA est aussi un élément inhérent à l'alliance thérapeutique et concourant à la relation de confiance.

Les résultats obtenus peuvent donc illustrer et appuyer la théorie de King par le point de vue des usagers. Cela, en insistant sur le fait que les représentations des personnes sur leurs maladies et leurs suivis ont un impact sur la relation infirmière-patient dans un contexte de soins. À noter que la façon dont les personnes ont évalué leur propre état de santé était un motif de choix entre consultation vers l'IPA ou orientation vers le médecin traitant. Les IPA ont participé à l'atteinte des objectifs grâce à l'interaction qui a eu lieu avec l'usager, conduisant à approcher un meilleur état de santé en rendant le patient acteur de ses soins.

Les études étrangères traitant de l'implantation de la profession ne sont pas complètement transposables au contexte national, en grande partie du fait du profil spécifique des IPA français et des contextes socio-culturels différents. Par exemple, en France, au moment de notre étude, les IPA, bien qu'actifs dans le domaine des soins primaires, n'étaient pas accessibles directement par les patients, contrairement à la pratique observée dans certains autres pays. L'accès aux IPA était exclusivement réservé aux patients orientés par leur médecin traitant.

Forces et limites de l'étude

Cette étude est la première, en France, à interroger des personnes âgées prises en soins par les IPA en soins primaires

Copyright © ARSI tous droits réservés

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

et est donc forte d'originalité. Quatre ans après le déploiement des IPA PCS, ce travail offre une première appréciation de la perception des usagers âgés envers ce professionnel de santé. La littérature française sur le thème en est encore à ses prémices, et il reste difficile de comparer avec d'autres études tant le contexte sanitaire français est singulier. Les études étrangères portant attention aux usagers sont nombreuses, bien que peu se concentrent sur les personnes âgées. L'étude a pu être menée dans plusieurs régions malgré des contraintes de temps et de budget. L'échantillon a aussi été diversifié concernant le genre. La retranscription de l'entretien a été envoyée à tous les participants, ainsi qu'une copie des résultats à ceux l'ayant demandé, sans aucun retour à ce jour.

Les étapes du codage de la ligne directrice *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) ont guidé la phase d'analyse des données qui a suivi les principes de la triangulation (37). La présente étude a utilisé une analyse thématique inductive appuyée sur les sciences infirmières.

L'étude comporte plusieurs limites, notamment un échantillonnage restreint avec un délai prédéfini pour mener la recherche en lien avec le calendrier universitaire. Le recrutement d'usagers devait passer par des MG et des IPA, mais seuls les IPA ont répondu favorablement à notre demande, cela pouvant nuire à l'échantillonnage en limitant sa diversification.

Si certains entretiens ont été réalisés en présentiel, les autres ont eu lieu par téléphone. La visioconférence n'a pas été utilisée (refus des participants ou problématiques liées à la fracture numérique). Le positionnement de l'investigatrice principale peut avoir influencé les participants, notamment concernant la recherche, puisqu'une personne a relevé le fait que les IPA devaient faire de la recherche puisqu'elle était contactée dans ce cadre. La conscience préalable de la subjectivité des chercheurs ainsi que les échanges réguliers entre eux ont permis de la limiter.

Aussi, il peut exister un biais de désirabilité de la part des usagers qui ont accepté de participer à la recherche et ont souhaité donner une appréciation favorable sur leur suivi par l'IPA, qui les envoie à l'investigatrice principale.

Perspectives

Cette recherche est un point de départ à l'étude de la perception des personnes âgées quant à leur suivi par l'IPA. Il paraît intéressant d'étudier en quoi l'IPA pourrait agir sur les représentations que les usagers ont de leurs pathologies et les liens faits avec leurs motifs de consultation.

Aucun usager ayant refusé un suivi par l'IPA n'a été interrogé, et il serait pertinent d'explorer les raisons d'une telle réticence.

CONCLUSION

Si les aînés semblent accepter la réforme des soins primaires à travers le travail des IPA, interroger des patients plus jeunes ou pris en soin par des IPA hospitaliers permettrait de comparer leurs perceptions avec celles des IPA de ville. Il pourrait aussi être envisagé d'interroger des IPA sur leurs perceptions quant à leurs relations avec les usagers afin de confronter les deux points de vue à travers le prisme des sciences infirmières.

Les présents résultats pourront être croisés avec d'autres populations d'étude grâce aux travaux en cours des trois cochercheuses de l'étude IPA-Explo.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). J.O. janvier 26, 2016.
2. Journal Officiel. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. 19 juillet, 2018.
3. Cooper MA, McDowell J, Raeside L, the ANP-CNS Group. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. Br J Nurs. 2019 Nov;28(20):1308-14.
4. Insee. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2020. [consulté le 17 janvier 2022]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291
5. Gautier A, Chassang M. Vie publique.fr. 2019 [consulté le 17 janvier 2022]. Les maladies chroniques. Disponible: https://www.vie-publique.fr/rapport/267852-les-maladies-chroniques
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. Études & Résultats [Internet]. 2017 Sept. [consulté le 17 janvier 2022]. Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1025.pdf
7. McCormack B, Dewing J, McCance T. Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. Online J Issues Nurs. 2011 May;16(2):3.
8. Pétré B, Louis G, Voz B, Berkesse A, Flora L. Patient partenaire : de la pratique à la recherche. Sante Publique. 2020 Jul-Aug;32(4):371-4.
9. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Affairs. 2013 Feb;32(2):223-31.
10. Haute Autorité de santé. Rapport : Qualité des soins percue par le patient : indicateurs PROMs et PREMs [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2021. [consulté le 17 janvier 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_prems_2021.pdf

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Copyright © ARSI tous droits réservés

11. Gross O. Faire de l'engagement des patients une réalité. Dans: Gross O (directeur). L'engagement des patients au service du système de santé; Paris: Doin; 2017.

12. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? Dans: Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX (directeurs). Les soins primaires en question(s) Rennes: Presses de l'EHESP; 2021 p. 5-13.

13. Kilpatrick K, Tchouaket E, Fernandez N, Jabbour M, Dubois CA, Paquette L, et al. Patient and family views of team functioning in primary healthcare teams with nurse practitioners: a survey of patient-reported experience and outcomes. BMC Family Practice. 2021 Apr; 2021;22(1):76.

14. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Nurs Econ. 2011 Oct;29(5):230-50; quiz 251.

15. Aghnatios 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: Sante Publique. 2021 Nov;33(4):547-58.

16. Schönenberger N, Sottas B, Merlo C, Essig S, Gysin S. Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study. BMC Nurs. 2020 Dec;19(1):90.

17. Bergman K, Perhed U, Eriksson I, Lindblad U, Fagerström L. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: a new role in Swedish primary care. Int J Nurs Pract. 2013 Jun;19(3):326-33.

18. Kilpatrick K, Jabbour M, Fortin C. Processes in healthcare teams that include nurse practitioners: what do patients and families perceive to be effective? J Clin Nurs. 2016 Mar;25(5-6):619-30.

19. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. Int J Nurs Stud. 2016 Jan:53:290-307.

20. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18:(2):CD001271.

21. Eriksson I, Lindblad M, Möller U, Gillsjö C. Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. Int J Nurs Pract. 2018 Feb;24(1):e12603.

22. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. J Adv Nurs. 2004 Dec;48(5):530-40.

23. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Advanced practice nursing implementation strategies in hospital: a review of the literature. Sante Publique. 2017 May;29(2):241-54.

24. Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019 Dec;20(1):163.

25. Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: a scoping review. Int J Nurs Stud. 2020 Apr;104:103443.

26. Colson S, Schwingrouber J, Evans C, Roman C, Bourriquen M, Lucas G, et al. The creation and implementation of advanced practice nursing in France: experiences from the field. Int Nurs Rev. 2021 Sept;68(3):412-9.

27. Devictor J, Burnet E, Henriot T, Leclercq A, Ganne-Carrie N, Kilpatrick K, et al. Implementing advanced practice nursing in France: a country-wide survey 2 years after its introduction. Nursing Open. 2022 Sept;2.1394.

28. De Rosis C, Teixeira M, Jovic L. Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins: Sante Publique. 2021 Jun;33(1):89-100.

29. Kilpatrick K, Jabbour M, Tchouaket É, Acorn M, Donald F, Hains S. Implementing primary healthcare nurse practitioners in long-term care teams: a qualitative descriptive study. J Adv Nurs. 2019 Jun;75(6):1306-15.

30. Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC, Siahmed H, d'Autume C. Rapport n° 2021-051R. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé [Internet]. Paris: Igas; 2022. [consulté le 6 août 2024]. Disponible: https://igas.gouv.fr/Trajectoires-pour-de-nouveaux-partages-de-competences-entre-professionnels-de?source=4bb07092-1ca1-4ef1-8f71-724952deb704

31. Stijnen MMN, Jansen MWJ, Duimel-Peeters IGP, Vrijhoef HJM. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. BMC Fam Pract. 2014 Dec;15(1):173.

32. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002 Apr;324(7341):819-23.

33. Maul TM, Zaidi A, Kowalski V, Hickey J, Schnug R, Hindes M, et al. Patient preference and perception of care provided by advance nurse practitioners and physicians in outpatient adult congenital clinics: patient preference and perception of care. Congenit Heart Dis. 2015 Sept;10(5):E225-9.

34. Bonney A, Magee C, Pearson R. Cross-sectional survey of older patients' views regarding multidisciplinary care for chronic conditions in general practice. Aust J Prim Health. 2014;20(1):27.

35. Creswell JW, Hanson WE, Clark Plano VL, Morales A. Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. The Counseling Psychologist. 2007 Mar;35(2):236-64.

36. Vasileiou K, Barnett J, Thorpe S, Young T. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. BMC Med Res Methodol. 2018 Dec;18(1):148.

37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007 Sept;19(6):349-57.

38. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière 4e éd. Beauchemin. Broché; 2017. 216 p.

39. Alligood MR, éditeur. Nursing theory: utilization & application. 5e éd. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2013. 476 p.

40. Hayes E. Nurse practitioners and managed care: Patient satisfaction and intention to adhere to nurse practitioner plan of care. J Amer Acad Nurse Practitioners. 2007 Aug;19(8):418-26.

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Copyright © ARSI tous droits réservés

41. Williams A, Jones M. Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. J Adv Nurs. 2006 Jan;53(2):188-95.

42. Luan L, Fournier C. Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile. Questions d'économie de la santé. 2023 Apr;277:1-8.

43. Agosta LJ. Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare services. J Am Acad Nurse Pract. 2009 Nov;21(11):610-7.

44. Aumaréchal L, Lebeau JP, Lebleu M. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. Rech soins inf. 2022 Sep;150(3):66-78.

45. Rist S, Berger A. Proposition de loi n°362 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé [Internet]. Paris; Assemblée nationale; 2022 Oct. [consulté le 21 mai 2023]. Disponible: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0362_proposition-loi

Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 06/03/2026 sur https://stm.cairn.info via Université Claude Bernard Lyon 1 (IP: 90.66.25.126)

Copyright © ARSI tous droits réservés