



Commission des affaires sociales

MISSION « FLASH »

SUR LES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE

La commission des affaires sociales a créé le 25 février 2026 une mission « flash » confiée à Mmes Ancha Bamana, Josiane Corneloup et Nicole Dubré-Chirat ainsi qu'à M. Stéphane Viry afin d'évaluer, huit ans après leur acte de naissance, le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA).

Les rapporteurs ont entendu :

- le cabinet de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées ;
- le cabinet du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace ;
- la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (Dgesip) ;
- la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ;
- l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa) ;
- le Conseil national professionnel des infirmier.e.s en pratique avancée (CNP IPA) ;
- l'Association nationale française des infirmier.e.s en pratique avancée (Anfipa) ;
- la Société française de recherche des infirmiers en pratique avancée (Sofripa) ;
- des organisations représentatives des infirmiers libéraux : Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Snii), Convergence Infirmière et Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- des fédérations hospitalières : Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap) et Unicancer ;
- AVEC Santé, l'organisation représentant les maisons de santé pluriprofessionnelles ;
- le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) ;
- le Conseil national de l'ordre des infirmiers (Cnoi) ;
- des responsables de formations universitaires en pratique avancée, issus notamment des universités de Rennes, Angers, Bourgogne Europe, Montpellier-Nîmes, Lorraine, Paris-Est Créteil et Aix-Marseille ;
- Mme Delphine Micaëlli et Mme Zina Ghelab, infirmières en pratique avancée à l'hôpital Robert-Debré (Assistance publique - Hôpitaux de Paris) ;
- Mme Sophie Chrétien, infirmière en pratique avancée à la Maison médicale Jeanne Garnier ;
- Pr Sébastien Colson, infirmier puériculteur, professeur des universités en sciences infirmières, directeur du programme de formation DE IPA à Aix-Marseille Université ;
- M. El Habib Ismaël, vice-président de l'Union régionale des professionnels de santé Océan Indien, Mme Zoulia Djambaye et Mme Maïla Manrouf, étudiantes IPA à Mayotte.

Par ailleurs, les rapporteurs ont reçu de très nombreux témoignages et contributions écrites qui ont utilement nourri les travaux de la mission et l'élaboration du présent rapport.

Huit ans après son lancement en France, la pratique avancée infirmière demeure aujourd'hui dans une situation paradoxale. Le cadre juridique n'a cessé d'être élargi : de nouvelles mentions ont été créées, l'accès direct a été reconnu par la loi, les possibilités de prescription ont été progressivement étendues et le protocole d'organisation qui encadrait l'exercice a été supprimé. Plus récemment, la loi du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier a encore ouvert de nouvelles perspectives. Pourtant, les auditions conduites par les rapporteurs confirment un constat déjà formulé par la Cour des comptes dans son audit flash de

juillet 2023¹ : le développement de la pratique avancée constitue une évolution souhaitable pour notre système de soins, mais la profession IPA demeure entravée par de nombreux freins que les évolutions successives n'ont pas encore, à ce jour, permis de lever. Il appartenait donc à la mission de formuler des recommandations afin de permettre à la pratique avancée infirmière de trouver durablement sa place dans notre système de santé.

I. La laborieuse émergence de la profession d'IPA depuis 2016

A. Inspirée de modèles étrangers, la pratique avancée infirmière est née à la fin des années 2010 en France

1. *Qu'est-ce que la pratique avancée infirmière ?*

Le Conseil international des infirmières définit la pratique avancée infirmière comme l'exercice d'infirmiers ayant acquis, à l'issue d'une formation supérieure (au minimum de niveau master), des connaissances théoriques approfondies, des compétences cliniques avancées et une capacité à prendre des décisions complexes, dans les limites du cadre juridique dans lequel ils sont autorisés à pratiquer².

La pratique avancée infirmière est apparue aux États-Unis dans les années 1960, avant de se diffuser dans d'autres pays anglo-saxons (Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande), puis dans le reste de l'Europe dès les années 2000. Elle s'y est développée afin de répondre à des besoins d'accès aux soins, de suivi de maladies chroniques, de prise en charge de situations complexes et de coordination des parcours. Les modèles varient cependant selon les pays : les champs d'intervention des IPA diffèrent, et ils ne sont pas tous dotés de la même autonomie, notamment en matière de diagnostic, de prescription ou d'orientation. Le socle commun de la pratique avancée demeure cependant l'acquisition de compétences cliniques renforcées et la capacité à intervenir dans des organisations pluriprofessionnelles.

Cette définition générale est éclairante pour le débat français, dans la mesure où les IPA ne sont pas des médecins de substitution, ni seulement des infirmiers spécialisés au sens classique. Il s'agit plutôt de professionnels infirmiers dotés d'un niveau supérieur d'expertise clinique, d'autonomie et de responsabilité, dans un champ défini par les textes juridiques.

2. *Une mise en œuvre récente en France*

➤ *Une réforme qui poursuit un double objectif*

L'introduction des IPA en France s'inscrit dans une évolution progressive des pratiques professionnelles. Dans de nombreuses structures, notamment hospitalières, des infirmiers assuraient déjà des missions élargies, non prévues par les textes et non valorisées en tant que telles. La reconnaissance juridique de la pratique avancée a donc eu notamment pour objet de **reconnaître, structurer et sécuriser des compétences** pour partie déjà exercées sur le terrain, tout **en répondant à des besoins croissants du système de santé** : vieillissement de la population, progression des maladies chroniques, complexification des parcours et tensions sur le temps médical.

➤ *La loi de 2016 de modernisation de notre système de santé³, point de départ de cette reconnaissance juridique*

Son article 119 a créé l'**article L. 4301-1 du code de la santé publique**, qui reconnaît la possibilité, pour les auxiliaires médicaux, d'exercer en pratique avancée. Cette reconnaissance pose ainsi un cadre général applicable à l'ensemble des professionnels paramédicaux.

Dans sa rédaction initiale, l'exercice en pratique avancée devait s'inscrire dans un cadre coordonné avec un médecin : au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin

¹ « Les infirmiers en pratique avancée, une évolution nécessaire, des freins puissants à lever », audit flash, Cour des comptes, juillet 2023.

² Conseil international des infirmières, *Directives sur la pratique infirmière avancée 2020*, avril 2020, glossaire, p. 7.

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

traitant, d'une équipe de soins en établissement de santé ou médico-social coordonnée par un médecin, ou en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Par ailleurs, la loi renvoie au pouvoir réglementaire la définition des domaines d'intervention et des conditions d'exercice. Elle précise toutefois que la pratique avancée peut comprendre :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique ou paraclinique ;
- ainsi que des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales, dans des conditions fixées par décret.

Elle prévoit également que les professionnels concernés doivent **justifier d'une durée minimale d'exercice** et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée.

➤ *2018 : naissance des IPA*

Un premier décret paru en juillet 2018⁴ a défini les conditions d'exercice des IPA. Il prévoit que l'infirmier en pratique avancée dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, lui permettant de **participer à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin**, la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques demeurant définis par ce dernier. Le décret soumet en outre la prise en charge des patients par un IPA à l'élaboration d'un « **protocole d'organisation** » avec le médecin, définissant les domaines d'intervention, ainsi que les modalités de prise en charge des patients et d'échanges d'information.

Ce décret a défini **trois champs d'intervention** (« mentions ») pour les IPA : les pathologies chroniques stabilisées (PCS), l'oncologie et l'hémo-oncologie (OHO), ainsi que la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale. Dans ces domaines, l'IPA peut notamment conduire un entretien avec le patient, effectuer l'anamnèse et l'examen clinique, mener des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, réaliser certains actes d'évaluation et de surveillance, demander des actes de suivi et de prévention, prescrire certains examens de biologie médicale, prescrire des produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, ainsi que renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales, dans les conditions fixées par arrêté.

Le second décret publié le même jour⁵ a créé le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, délivré par des établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités, à l'issue d'une formation en quatre semestres conférant le grade universitaire de master. Il précise la mention acquise par l'étudiant, correspondant au domaine d'intervention dans lequel l'IPA est autorisé à exercer.

Le modèle retenu était donc celui d'une pratique avancée reconnue, universitaire et dotée de compétences propres, mais fortement coordonnée et juridiquement encadrée.

B. Le cadre de la pratique avancée infirmière est encore en cours de consolidation, témoignant d'une hésitation sur le modèle

Le cadre juridique et conventionnel de la pratique avancée s'est initialement structuré de façon à tenir compte du caractère très médico-centré du système de soins français, ainsi que des réticences des médecins, inquiets à l'idée de voir se développer une forme de concurrence par des professionnels moins formés. Cela a conduit à mettre en place un modèle très corseté sur le plan juridique, visant davantage à répondre à ces contraintes initiales qu'à apporter une solution cohérente à un besoin bien identifié. Cette hésitation sur le modèle s'est aussi matérialisée, sur le plan économique, par une laborieuse valorisation du travail des IPA. À bien des égards, le modèle de

⁴ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

⁵ Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

financement mis en œuvre apparaît ainsi encore aujourd'hui largement expérimental, ainsi que l'ont souligné la plupart des interlocuteurs de la mission.

1. **Un modèle très corseté sur le plan juridique, imposant des ouvertures et assouplissements au fil des années**

➤ *Un compromis de départ...*

Le cadre juridique de la pratique avancée s'est initialement construit autour **d'une logique de partage encadré, voire de délégation de certaines tâches médicales**, plutôt que par la reconnaissance d'un champ autonome de pratique avancée. Le Conseil national de l'ordre des infirmiers (Cnoi) a ainsi rappelé lors de son audition que les pouvoirs publics étaient « *partis de ce qui existait déjà dans le cadre de protocoles de coopération, car on savait que cela pouvait être fait* ». Cette origine explique le caractère très normé du dispositif, encore largement conditionné par le diagnostic médical préalable, l'organisation locale des équipes et l'acceptabilité par les médecins.

L'architecture retenue est également restée **très médico-centrée**. Les mentions ont été construites autour de spécialités ou de segments de parcours proches de l'organisation médicale, plutôt qu'autour de grands besoins populationnels. La plupart des acteurs auditionnés ont cependant admis que ce système avait pu constituer un compromis utile pour lancer la profession.

➤ *D'inéluctables ajustements*

Par la suite, ce cadre juridique initial a connu plusieurs évolutions, qui ont progressivement élargi le champ de la pratique avancée, étendu les compétences des IPA et assoupli la nécessité d'une supervision médicale.

- L'extension à de nouvelles mentions

Le champ de la pratique avancée a été étendu à deux nouveaux domaines avec l'ajout, en 2019, de la mention « psychiatrie et santé mentale »⁶, et celui, en 2021, de la mention « urgences »⁷, qui ne peut être exercée que dans un établissement de santé disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence.

- La loi « Rist 2 » : primo-prescription et accès direct en structure d'exercice coordonné

Une évolution majeure a, par la suite, été amorcée par la loi du 19 mai 2023, dite « Rist 2 »⁸, qui a ouvert la possibilité d'un accès direct aux IPA (article L. 4301-2 du code de la santé publique), sans adressage préalable par un médecin, dans les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, ainsi que dans certaines structures d'exercice coordonné (centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles). Un compte rendu des soins dispensés dans ce cadre doit systématiquement être adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé. La loi prévoit par ailleurs une expérimentation de l'accès direct au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pour une durée de cinq ans et dans un nombre limité de départements.

En outre, la loi « Rist 2 » a ouvert aux IPA, auparavant cantonnées aux renouvellements, une faculté de primo-prescription de certains produits de santé soumis à prescription médicale obligatoire, dans des conditions définies par voie réglementaire.

- Le décret du 20 janvier 2025

La possibilité d'un accès direct a été déclinée, au niveau réglementaire, par le décret du 20 janvier 2025⁹, qui prévoit que l'IPA participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi

⁶ Décrets du 12 août 2019 n° 2019-835 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie et n° 2019-836 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

⁷ 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.

⁸ Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

⁹ Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

lui est confié par un médecin « *ou qui s'adressent directement à lui* ». Il a également modifié les dispositions relatives aux prescriptions initiales et abrogé le protocole d'organisation (*cf. supra*).

- L'arrêté du 25 avril 2025¹⁰

Cet arrêté est venu compléter la liste définissant le champ des prescriptions pouvant être réalisées par l'IPA, s'agissant des produits de santé soumis à prescription médicale obligatoire. Il fixe ainsi une liste des primo-prescriptions ouvertes aux IPA en fonction de leur mention.

- La loi infirmière du 27 juin 2025¹¹

Cette loi a étendu les lieux d'exercice des IPA pour inclure la protection maternelle et infantile, les établissements scolaires, les services de prévention et de santé au travail, les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et les établissements d'accueil du jeune enfant. Elle a également prévu que les mentions de la pratique avancée puissent être définies selon une approche populationnelle.

Enfin, elle a ouvert la possibilité, pour les infirmiers anesthésistes (lade), les infirmiers de bloc opératoire (lbode) et les puériculteurs « *d'exercer en pratique avancée selon des modalités propres à leur spécialité* », devant être précisées par décret en Conseil d'État.

2. Un dispositif encore expérimental sur le plan économique

Le modèle de financement des IPA – libéraux comme hospitaliers – a également tardé à être défini et nécessité des ajustements successifs. Ce chantier apparaît aujourd'hui encore largement inachevé.

- *En ville, un modèle tarifaire initialement bâti autour de forfaits, auxquels se sont ajoutés d'autres éléments de rémunération au fil du temps*

Initialement, le modèle économique des IPA libéraux a été construit autour d'une logique forfaitaire, destinée à s'éloigner de la tarification à l'acte classique des soins infirmiers en valorisant le suivi régulier et longitudinal des patients. **L'avenant n° 7¹²** a ainsi établi, en 2019 :

- un forfait de premier contact, valorisé à 20 euros, destiné à apprécier l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA ;

- lorsque cette éligibilité était confirmée, la prise en charge pouvait ensuite donner lieu à un forfait annuel de suivi, valorisé à 58,90 euros, puis à trois forfaits trimestriels de 32,70 euros. L'ensemble représentait ainsi 177 euros par patient la première année, en incluant le forfait de premier contact, puis 157 euros les années suivantes, hors majorations éventuelles.

Comme l'a relevé la Cour des comptes¹³, le montant de ces forfaits avait été déterminé en recherchant « *un revenu-cible de 3 000 à 3 300 € nets par mois, pour une patientèle d'un peu moins de 400 patients* », correspondant à un revenu proche de celui d'une infirmière libérale, pour 35 heures de travail sans garde de nuit ni week-end.

Cette logique forfaitaire a ensuite été substantiellement complétée, en 2022, par **l'avenant n° 9¹⁴**, qui a d'abord revalorisé les forfaits applicables aux patients suivis régulièrement : le forfait d'initiation du suivi a été porté à 60 euros et le forfait de suivi à 50 euros. L'IPA peut ainsi facturer, au maximum, quatre forfaits par an : un forfait d'initiation et trois forfaits de suivi la première année, puis quatre forfaits de suivi les années suivantes.

¹⁰ Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique.

¹¹ Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.

¹² L'avenant n° 7 à la convention nationale des infirmiers, signé le 4 novembre 2019 et approuvé par arrêté du 30 décembre 2019.

¹³ Cour des comptes, *op. cit.*, p. 20.

¹⁴ L'avenant n° 9 à la convention nationale des infirmiers, signé le 27 juillet 2022 et approuvé en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

L'avenant n° 9 a également introduit une prise en charge des patients orientés ponctuellement vers l'IPA. Il a créé un bilan ponctuel IPA, valorisé à 30 euros, facturable au maximum une fois par an et par patient, ainsi qu'une séance de soins ponctuelle IPA, valorisée à 16 euros, facturable au maximum quatre fois par année civile. Il a en outre prévu des majorations liées à l'âge du patient.

L'avenant n° 10 de 2023¹⁵ n'a pas modifié directement les modalités de rémunération de l'exercice IPA, mais a créé une aide conventionnelle destinée à compenser une partie de la perte d'activité pour les infirmiers libéraux en formation IPA. Cette aide, non renouvelable et versée en deux annualités, s'élève à 15 000 euros pour les infirmiers libéraux exerçant en métropole, et à 17 000 euros pour ceux exerçant dans les départements et régions d'outre-mer et suivant leur cursus universitaire d'IPA en métropole. Elle est conditionnée à l'engagement de suivre l'ensemble de la formation et d'exercer ensuite au moins deux ans comme IPA libéral, à titre exclusif ou non.

Enfin, **l'avenant n° 11** de 2026¹⁶ poursuit cette évolution, en prévoyant la rémunération des consultations en accès direct et en revalorisant certaines modalités d'intervention des IPA. Pour le suivi régulier, il revalorise le forfait d'initiation à 70 euros, et ajoute un nouveau forfait de suivi rapproché de 21 euros lorsque le suivi d'un patient nécessite plus de trois consultations au cours d'un semestre. Pour les prises en charge ponctuelles, il maintient le bilan IPA à 30 euros et crée une consultation IPA valorisée à 21 euros. En cas d'accès direct, l'IPA peut réaliser initialement un bilan IPA ou une consultation IPA, puis facturer, si un suivi est nécessaire, des forfaits de suivi. Cependant, ces évolutions n'entreront en vigueur qu'au mois de novembre 2026.

➤ *En établissement, un statut encore très partiellement défini*

Au sein de la fonction publique hospitalière, le statut des « auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée » a été défini dans un le cadre d'un décret publié en 2020¹⁷. Un autre décret publié le même jour¹⁸ lui a attribué une grille indiciaire adossée à celle des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (lade).

En revanche, les établissements privés à but lucratif et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) n'ont pas créé de corps statutaire spécifique aux IPA ni défini de grille nationale de rémunération. Il revient ainsi à chaque établissement de positionner leurs IPA dans la grille salariale, en pratique souvent par assimilation avec les infirmières spécialisées.

¹⁵ L'avenant n° 10 à la convention nationale des infirmiers, signé le 16 juin 2023 et approuvé par arrêté du 25 juillet 2023.

¹⁶ L'avenant n° 11 à la convention nationale des infirmiers, signé le 31 mars 2026 et approuvé par arrêté du 5 mai 2026.

¹⁷ Décret n° 2020-244 du 12 mars 2020 portant statut particulier du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière.

¹⁸ Décret n° 2020-245 du 12 mars 2020 relatif à l'échelonnement indiciaire du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière puis décret n° 2021-1259 du 29 septembre 2021 fixant l'échelonnement indiciaire applicable au corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière.

II. Le métier d'IPA aujourd'hui : derrière quelques réussites, des freins et blocages encore omniprésents

A. Un déploiement hétérogène et très en-deçà des ambitions initiales

1. Une profession qui peine à se développer

Huit ans après son lancement, la pratique avancée infirmière s'est progressivement installée dans le paysage sanitaire, mais son déploiement demeure très en deçà des objectifs initialement poursuivis. Les ambitions initiales étaient pourtant élevées : en 2016, l'étude d'impact de la loi de modernisation de notre système de santé estimait que l'exercice en pratique avancée pourrait concerner, à terme, 1 à 3 % des infirmiers, soit 6 000 à 18 000 IPA. Le Ségur de la santé avait ensuite fixé une cible intermédiaire de 3 000 IPA formés ou en formation à la fin de l'année 2022.

La montée en charge s'est avérée nettement plus lente. La Cour des comptes relevait ainsi, dans son audit flash précité, que seuls 581 IPA étaient diplômés, 1 366 en formation et 131 exerçaient en ville. Les données plus récentes témoignent d'une progression réelle, mais encore insuffisante pour produire un effet structurant sur l'offre de soins : le recensement 2025-2026 réalisé par l'Unipa fait état de 3 973 IPA diplômés et de 1 988 étudiants en formation. Le CNP IPA souligne ainsi que la profession n'a toujours pas atteint une masse critique suffisante pour transformer significativement l'organisation des soins.

Sur la période récente, les données remontées par les responsables universitaires font état d'un ralentissement, voire d'un recul du nombre de candidatures dans certaines formations. À Angers comme à Dijon, les responsables auditionnés relient cette baisse d'attractivité aux difficultés rencontrées par les IPA diplômés dans l'exercice effectif de leur métier (*cf. infra*).

2. Un déploiement très hétérogène

Alors que les IPA étaient principalement attendus en ville, c'est dans les hôpitaux qu'ils se sont le plus déployés. La FHF décrit ainsi une dynamique « *réelle mais hétérogène* », selon les établissements, disciplines et territoires, précisant qu'environ la moitié des IPA diplômés exercent actuellement à l'hôpital public. À l'inverse, l'exercice libéral, pourtant attendu comme un levier important de transformation des soins primaires, reste particulièrement fragile. La Cnam recensait 712 IPA libéraux en 2025, contre environ 400 en 2024, soit une progression réelle mais encore limitée.

Au-delà des lieux d'exercice, le déploiement des IPA est aussi très hétérogène sur le plan territorial. Les outre-mer apparaissent particulièrement mal dotés : la Cnam indique qu'en 2024, Mayotte, la Guadeloupe et la Martinique ne comptaient chacun qu'un seul IPA. Pourtant, les besoins de santé dans ces territoires sont considérables, notamment pour les maladies chroniques et les soins communautaires, mais les perspectives d'installation demeurent incertaines, l'offre de formation limitée, alors que la place des IPA dans organisations de soins apparaît mal définie.

B. Un modèle dont le potentiel est entravé par des contraintes structurelles

De l'avis de l'ensemble des personnes auditionnées, ce déploiement peu satisfaisant ne traduit pas un défaut d'intérêt pour le métier d'IPA, mais plutôt l'inadaptation persistante des conditions de son exercice. La FNI parle ainsi d'un modèle français « *bridé* », qui limite l'autonomie clinique des IPA et empêche la pleine mobilisation de leurs compétences. L'Unipa relève que certains IPA ne reçoivent encore que « *deux patients par semaine* », alors même que les médecins se déclarent débordés. Pour la Sofripa, les difficultés actuelles tiennent moins aux compétences des professionnels qu'à des obstacles systémiques : organisation des soins, financement, reconnaissance institutionnelle et cadre réglementaire.

1. Des mentions trop étroites et peu cohérentes avec les besoins de soins de la population

- Une logique médico-centrée inadaptée aux besoins des patients

L'architecture actuelle des mentions constitue l'un des freins les plus régulièrement évoqués au cours des auditions. Construite autour de pathologies ou de spécialités médicales, elle apparaît souvent **contradictoire avec la vocation transversale de la pratique avancée** infirmière. Le Cnoi estime ainsi que l'approche par organe et pathologie ne correspond pas à la logique infirmière, fondée sur la prise en charge globale du patient. Cette critique rejoint celle de l'Unipa, pour qui les IPA sont aujourd'hui « *enfermés* » dans des mentions qui les empêchent de répondre aux besoins réels des patients.

Ce découpage apparaît en outre **hospitalo-centré**, alors que l'on entendait déployer les IPA en ville. La Cnam a ainsi admis lors de son audition que le découpage des mentions « *se prête mieux à un environnement hospitalier spécialisé* ». Or, les besoins les plus dynamiques concernent plutôt les parcours complexes, les polyopathologies, le vieillissement, la santé mentale, l'enfance, la périnatalité ou les soins primaires. Ainsi, lors de son audition, la professeure Aline Corvol a estimé que la véritable expertise IPA résidait moins dans une spécialité clinique déjà acquise par l'expérience que dans la coordination, le suivi global et l'organisation des parcours. Dans le même sens, le professeur Sébastien Colson a jugé que la France avait trop rapidement construit la pratique avancée autour des spécialités médicales, au lieu de partir des besoins de santé de la population.

➤ *Une confusion entre pratique avancée et hyper-spécialisation dans un domaine médical*

Cette structuration entretient une confusion persistante entre pratique avancée et spécialisation. La DGOS reconnaît que certaines mentions, notamment en néphrologie ou en oncologie, relèvent davantage d'une logique de spécialisation que d'une approche populationnelle. Le professeur Colson a mis en garde contre la tendance des spécialités médicales à vouloir disposer de « leur » IPA, au risque de dénaturer le concept même de pratique avancée. L'Anfipa a d'ailleurs observé que les IPA étaient parfois réduites « *à un rôle d'exécution dans des filières hyper-segmentées* », alors que leur apport propre repose sur l'évaluation globale, le raisonnement clinique, la coordination et l'accompagnement.

Les rapporteurs notent que cette confusion entre pratique avancée et spécialisation a été accrue par les dispositions précitées de la loi infirmière de 2025, tendant à reconnaître l'exercice « *en pratique avancée* » des Iade, Ibode et puériculteurs, sans qu'il ne semble y avoir derrière de réelle volonté de faire évoluer ces professions vers une plus grande autonomie clinique.

Pour autant, plusieurs personnes auditionnées ont souligné l'utilité de certaines expertises spécialisées, à l'instar d'Unicancer, qui défend par exemple le maintien d'une compétence spécifique en oncologie. De la même manière, le professeur Luc Frimat, président du Conseil national professionnel de néphrologie, a souligné dans une contribution écrite que les néphrologues avaient « *besoin d'IPA expérimentées (...) efficaces sur des objectifs complexes de recours (forfait MRC, dialyse et transplantation)* ».

➤ *Les mentions qui ont le plus de succès sont celles qui se rapprochent le plus d'une approche populationnelle*

Les mentions les plus attractives auprès des étudiants sont celles qui se rapprochent le plus de la logique populationnelle, à l'instar de la mention « *pathologies chroniques stabilisées* », choisie par la moitié des étudiants, ou encore de la mention « *psychiatrie-santé mentale* », choisie par le quart d'entre eux, et qui apparaît d'autant plus cohérente que les infirmiers exerçaient déjà historiquement, dans ce domaine, un rôle important de suivi longitudinal des patients. À l'inverse, les mentions « *oncologie hémato-oncologie* » et « *maladie rénale chronique* » sont les moins demandées, avec parfois seulement un ou deux étudiants par promotion.

2. Une valorisation économique complexe dans un système fondé sur la tarification à l'acte et sur les soins curatifs

➤ *Une difficulté récurrente à mesurer l'apport propre des IPA...*

Le modèle économique constitue l'un des principaux verrous au développement de la pratique avancée infirmière. À l'hôpital comme en ville, les auditions font apparaître la même difficulté : l'apport propre des IPA est reconnu par les acteurs de terrain, mais il demeure mal retracé, mal valorisé et donc difficilement finançable.

Cette difficulté est d'abord liée à **l'insuffisante traçabilité de l'activité des IPA**. La FHF souligne ainsi l'absence de base de codage permettant de suivre précisément leur activité, de la valoriser et de justifier la création de postes. La Fehap relève, dans le même sens, l'absence de nomenclature suffisamment claire pour valoriser leurs actes dans les établissements. La Sofripa évoque même une forme d'invisibilité dans les résumés d'unités médicales (RUM), le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les financements hospitaliers et les dispositifs d'évaluation. Cette absence de données objectivées empêche de mesurer précisément les volumes d'activité des IPA, la nature des interventions réalisées et leurs effets sur les parcours de soins.

Cette difficulté tient aussi à **la nature même de l'activité des IPA**. Une partie importante de leur valeur ajoutée repose sur la prévention, le suivi longitudinal, la coordination, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement des patients et la sécurisation des parcours. Or ces activités sont peu compatibles avec un système de financement encore largement structuré autour de l'acte, de l'activité immédiatement mesurable et de la prise en charge curative. Ainsi, comme l'a noté l'Anfipa, *« de nombreux IPA soulignent que leur activité réelle dépasse largement ce qui est mesurable ou valorisé, avec une part importante de travail invisible, notamment en coordination, en suivi longitudinal ou en gestion de situations complexes »*. Dans le même sens, la Sofripa estime que *« le système finance la complication médicale, mais très peu la prévention de cette complication »*.

À l'hôpital, cette invisibilité complique directement la justification des postes. Mme Sophie Chrétien, IPA à la Maison médicale Jeanne Garnier, explique ainsi que son activité en soins palliatifs *« rapporte peu à l'institution »* puisqu'elle ne fait *« que de la coordination, de la prévention, de l'accompagnement »*.

➤ ... qui se traduit par des niveaux de rémunération très faibles

Concrètement, ces difficultés se traduisent par une rémunération peu attractive des IPA. Selon les remontées de terrain de la profession, le revenu moyen d'un IPA exerçant en libéral était inférieur à 800 euros par mois en 2022¹⁹, très en deçà du revenu cible initialement retenu pour calibrer les forfaits, fixé entre 3 000 et 3 300 euros nets par mois²⁰, et du revenu moyen des infirmiers libéraux. Ce faible niveau de rémunération explique que de nombreux IPA libéraux maintiennent, en pratique, une activité d'infirmier libéral en parallèle de leur activité de pratique avancée, dont ils peuvent rarement vivre à titre exclusif.

La Cnam souligne cependant que cette faible rémunération résulte avant tout d'une sous-activité, rappelant que le modèle avait été calibré en se fondant sur l'hypothèse de 400 patients suivis par IPA, permettant la facturation de 4 forfaits annuels, alors que la file active moyenne s'établit actuellement autour de 330 patients et que l'intensité du suivi atteint seulement 1,2 forfait par patient et par an. Elle met également en avant les nouvelles mesures portées par l'avenant n° 11 (cf. *supra*), qui ne produiront leurs effets qu'à compter de novembre 2026.

En établissement, les difficultés sont différentes, mais participent du même déficit de reconnaissance économique. Les responsabilités accrues des IPA ne trouvent pas toujours de traduction claire dans les grilles statutaires ou salariales, en particulier dans les établissements privés ou associatifs dépourvus de cadre national spécifique. Plusieurs auditions font ainsi ressortir des situations de négociation individuelle, d'assimilation à d'autres fonctions infirmier spécialisé ou de rémunération insuffisamment corrélée au niveau de formation et de responsabilité. À l'hôpital comme

¹⁹ « L'implantation de l'IPA en France ? Mythe ou réalité », Aurélie Plessier, Julie Devictor et Isabelle Rosa Hézode, Association française pour l'étude du foie (Afe), 30 novembre 2023.

²⁰ Cour des comptes, *op. cit.*, juillet 2023.

en clinique, **un IPA peut même perdre en rémunération** en quittant son ancien poste d'infirmier diplômé d'État, du fait de la disparition de primes liées aux servitudes du métier infirmier. Si la DGOS souligne qu'en contrepartie, ils gagnent en qualité de vie, cette situation ne saurait être considérée comme satisfaisante.

3. Un cadre réglementaire encore trop contraignant, insuffisamment émancipé de la logique médicale

Malgré les assouplissements récents, le cadre d'exercice des IPA repose encore largement, pour reprendre les termes de la FNI, sur « *une logique de délégation médicale, plutôt que sur une réelle reconnaissance d'un champ de compétences autonome* », laquelle est pourtant au cœur de la pratique avancée. Cette situation résulte à la fois de freins réglementaires et de réticences persistantes, en dépit de l'évolution des textes.

➤ *Autonomie ne veut pas dire indépendance ni exercice isolé*

Pourtant, les auditions ont mis en lumière le fait que la revendication d'un exercice autonome n'est en aucun cas assimilable à une volonté d'exercice isolé et indépendant des autres professionnels de santé, à commencer par les médecins. Les IPA ont vocation à exercer de manière autonome dans le champ de leur référentiel de compétences, au sein d'équipes coordonnées, en complémentarité avec les autres professionnels. À cet égard, la DGOS distingue clairement la pratique avancée des protocoles de coopération, lesquels consistent en une délégation médicale sous supervision.

➤ *Une autonomie prévue par les textes mais mal appliquée dans les faits*

La difficulté tient aujourd'hui au fait que **la coordination de l'exercice IPA est encore souvent comprise, dans les organisations, comme une forme de subordination au médecin**. L'Anfipa relève que la place accordée aux IPA dépend en réalité fortement de la perception des équipes médicales et des établissements. La suppression du protocole d'organisation en ville n'a donc pas suffi à modifier les pratiques : comme le souligne le professeur Sébastien Colson, les organisations continuent souvent à fonctionner comme si ce protocole demeurerait indispensable.

Ce décalage entre les textes et la réalité est notamment illustré par la question de l'accès direct, qui constitue une avancée importante, mais demeure encore trop contraint et trop récent pour produire pleinement ses effets. La logique prédominante de délégation médicale fait que les patients n'ont pas encore conscience de la possibilité qu'ils ont de consulter un IPA en première intention pour des situations qui relèvent de leur champ de compétence ; en outre, les réticences marquées de certains médecins, qui refusent de prendre en charge des patients qui ont été préalablement suivis par un IPA, peuvent constituer un obstacle rédhibitoire dans certains territoires. Enfin, il convient de noter que les consultations libérales en accès direct votées en 2023 ne pourront être facturées par les IPA qu'à compter de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 11, soit en novembre prochain. **Le décalage entre les textes et la réalité s'explique donc aussi par une forte inertie dans leur mise en application.**

➤ *Un cadre juridique encore trop contraignant*

Au-delà, le cadre juridique demeure trop rigide pour permettre un exercice réellement autonome des IPA. L'accès direct n'est autorisé que dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné, c'est-à-dire, en libéral, dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Or, les MSP rassemblent le plus souvent des médecins généralistes, et non des spécialistes, alors que ces derniers s'avèrent nettement plus enclins – et même demandeurs – d'une collaboration avec les IPA, dont ils perçoivent les bénéfices, et avec lesquelles ils ne ressentent pas de concurrence. **Il apparaît donc souhaitable que l'accès direct soit ouvert plus largement en ville.** Si l'expérimentation prévue d'un accès direct dans le cadre des CPTS (*cf. supra*) pourra constituer un premier pas vers cette ouverture, le texte réglementaire d'application promis de longue date par le Gouvernement n'est toujours pas paru.

Le cadre juridique de la prescription IPA demeure par ailleurs peu lisible et incohérent à bien des égards. Le système des listes spécifiques à chaque mention induit une complexité très importante. Les responsables du master IPA de Bourgogne soulignent ainsi que « *les IPA se font des post-it pour savoir ce qu'elles ont le droit de prescrire ou pas* ». En outre, ces listes apparaissent souvent incohérentes avec les besoins cliniques des patients pris en charge par les IPA. L'Anfipa souligne que cela les empêche souvent de suivre les recommandations de bonne pratique, les textes évoluant moins vite que les connaissances. Ce système induit également des ruptures dans la prise en charge des patients, à moins que les organisations mises en place sur le terrain ne conduisent, *de facto*, à accorder à l'IPA un pouvoir de prescription plus important que celui reconnu par les textes – le cas échéant avec une validation médicale a posteriori. Mme Sophie Chrétien a ainsi expliqué devoir fréquemment prescrire en-dehors du cadre autorisé dans son établissement de soins palliatifs ; elle décrit « *une pratique nécessaire, concertée, sécurisée par le travail d'équipe et reconnue par l'établissement* », mais que « *le droit ne voit pas, ne protège pas et ne valorise pas* ».

Au total, de nombreux interlocuteurs ont décrit le cadre actuel de l'exercice IPA comme **un carcan, empêchant les IPA de déployer les compétences transversales qui leur sont reconnues**. De nombreux IPA se trouvent ainsi contraints d'exercer des fonctions sans rapport avec leur niveau de formation – voire peu distinctes de celles qu'ils occupaient avant de partir en formation, notamment à l'hôpital, où leur positionnement reste par ailleurs parfois confondu avec celui des infirmiers diplômés d'État (IDE) de coordination. En ville, les projets professionnels des IPA demeurent dépendants de médecins partenaires ; ils peuvent être complètement réduits à néant par leur départ ou leur désengagement.

4. Une formation de niveau master reconnue, mais fragilisée par ses conditions d'accès et son hétérogénéité

➤ *Une formation reconnue mais hétérogène*

De manière générale, les auditions n'ont pas remis en cause le principe d'une formation universitaire de niveau master. Plusieurs acteurs ont souligné **la qualité globale du cursus**, son niveau d'exigence et sa contribution à la reconnaissance académique et professionnelle de la pratique avancée. Mme Katia Siri – administratrice de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche – indique ainsi que la formation IPA est reconnue comme étant « *de grande qualité* », avec un faible taux d'abandon lié à la forte motivation des candidats.

Cependant, de nombreux interlocuteurs ont critiqué **l'hétérogénéité des formations selon les universités**, notamment en ce qui concerne le contenu de la maquette, les volumes horaires, les modalités d'organisation (présentiel ou distanciel), l'encadrement de formation et la qualité des stages proposés. L'Anfipa relève ainsi que « *certains contenus pédagogiques sont perçus comme insuffisamment en adéquation avec les besoins du terrain, notamment en ce qui concerne la prise de décision clinique, l'organisation des parcours de soins ou encore l'intégration dans des équipes pluriprofessionnelles* ». Le professeur Sébastien Colson a également indiqué à la mission que moins d'une dizaine d'universités – sur les trente-trois qui proposent la formation – auraient agréé leurs terrains de stage et mis en place un accompagnement pédagogique des tuteurs.

Cette hétérogénéité tient en partie à la jeunesse de la filière universitaire en sciences infirmières. Les universités doivent composer avec les compétences disponibles localement, les moyens alloués et un nombre encore insuffisant d'enseignants-chercheurs infirmiers – et, plus encore, d'enseignants-chercheurs IPA. De ce fait, le professeur Colson souligne ainsi que les formations restent très souvent pilotées par des médecins, lesquels ne se sont pas toujours bien familiarisés avec l'approche infirmière sur laquelle se fonde la pratique avancée.

➤ *Une formation chère*

Les conditions d'accès à la formation ont fait l'objet de critiques convergentes. Comme l'a reconnu la DGOS, la longueur et l'intensité des études, leur coût et les difficultés géographiques

d'accès aux formations limitent le développement de la profession. Ainsi que le souligne l'Unipa, le coût réel du cursus ne se réduit pas aux frais universitaires : la perte de revenus pendant deux ans constitue en réalité l'obstacle principal pour des professionnels ayant souvent déjà charge de famille, en particulier pour les infirmiers libéraux ou les salariés de petites structures.

La FHF estime ainsi que le coût global d'une formation IPA peut atteindre **entre 40 000 et 50 000 euros** lorsque sont pris en compte les frais pédagogiques, le maintien de la rémunération du professionnel en formation et le coût de son remplacement pendant la durée du cursus. Pour les infirmiers libéraux, au coût direct de la formation s'ajoute surtout à une perte de revenus pendant deux ans.

Il convient par ailleurs de noter **que le coût de la formation peut varier fortement** selon les universités. Cette question est d'autant plus sensible que le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est, en pratique, très majoritairement suivi dans le cadre de la formation continue, pour laquelle les tarifs sont libres : selon la Dgesip²¹, seuls 10 étudiants sur 730 en première année provenaient directement de la formation initiale en 2020-2021. Les frais pédagogiques publiés par les universités illustrent cette hétérogénéité. Selon les établissements et les modalités de financement, ils peuvent aller de quelques milliers d'euros à plus de 14 000 euros pour les deux années de formation.

➤ *Des aides insuffisantes et disparates*

Dans ce contexte, les étudiants IPA peuvent se trouver dans des situations très inégales pour financer cette formation et, le cas échéant, la perte de revenus qui en résulte. Il existe tout d'abord un déséquilibre fondamental entre les infirmiers libéraux et hospitaliers, les seconds pouvant, contrairement aux premiers, obtenir le financement de leur formation par l'établissement employeur, ainsi que le maintien de leur salaire pendant les deux années de sa durée. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont cependant souligné que les établissements étaient parfois réticents à laisser partir leurs infirmiers en formation IPA dans un contexte de raréfaction de la ressource paramédicale et de rétraction des dispositifs de financement de la formation continue. La situation semble néanmoins autrement complexe pour les infirmiers libéraux, qui doivent assumer la perte de revenus liée à l'abandon, total ou partiel, de leur activité d'infirmier libéral pendant la durée de la formation.

Certes, des aides existent pour les soutenir dans ce projet, mais elles sont très disparates selon les territoires et généralement insuffisantes. Elles proviennent notamment des **agences régionales de santé (ARS)**. L'Unipa souligne cependant que ces dernières définissent librement leurs critères, leurs priorités et leurs montants d'intervention. Certaines seraient très aidantes, proposant des aides destinées à compenser les frais pédagogiques, la perte de revenus et le transport, tandis que d'autres se seraient, au contraire, retirées lorsqu'a été lancée **l'aide à la formation de la Cnam** dans le cadre de l'avenant n° 10 (*cf. supra*). Dans certains territoires, **les collectivités locales**, à l'image du département de l'Oise, proposent également des aides, mais ce n'est pas toujours le cas. À l'évidence, cette diversité de financeurs est source de complexité, puisque les étudiants doivent constituer autant de dossiers pour accéder aux aides proposées.

Les rapporteurs ont été alertés sur les difficultés particulières rencontrées par **les étudiantes IPA de Mayotte**, lesquelles bénéficient d'une aide de l'ARS pour partir se former à La Réunion – aide qui ne couvre pas les frais d'hébergement – mais sont confrontées à des problèmes majeurs de trésorerie, du fait du versement irrégulier et souvent trop tardif de cette aide.

5. Une profession encore largement méconnue et invisible

Les auditions ont fait apparaître une méconnaissance persistante du métier d'IPA qui se double d'une invisibilisation de ces professionnels dans le système de soins, à l'origine de difficultés quotidiennes dans leur pratique.

²¹ « Concertation sur la pratique avancée infirmière », Inspections générales des affaires sociales et de l'éducation, du sport et de la recherche, rapport n° 2022-010R/n° 2022-107, août 2022, p. 44.

➤ *Un accompagnement institutionnel insuffisant*

Le déploiement des IPA souffre d'abord d'un pilotage national encore insuffisamment structuré. La DGOS indique que seul un demi-équivalent temps plein, au sein de son bureau RH2, est consacré aux IPA et aux protocoles de coopération. Elle s'appuie principalement sur les données de l'Ordre national des infirmiers, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et des organisations représentatives, sans qu'apparaisse un système consolidé de suivi propre à la pratique avancée.

Au-delà, les auditions font apparaître une politique publique encore en construction, davantage pilotée par ajustements successifs que par une stratégie d'implantation lisible. La place qu'avaient vocation à occuper les IPA dans le système de soins n'a ainsi jamais été réellement définie par les gouvernements successifs, ni expliquée aux autres professionnels de santé ou aux patients. De nombreux interlocuteurs ont estimé que le déploiement de cette profession avait donc été insuffisamment anticipé, accompagné et expliqué, à l'image du CNP IPA, qui souligne « *l'absence totale de communication des tutelles, entretenant la confusion entre IPA, infirmiers spécialisés et protocoles de coopération* », et le fait qu'« *aucun effort institutionnel n'a été engagé vers le grand public depuis 2016* ». De son côté, l'Anfipa reconnaît l'engagement du ministère chargé de la santé, mais estime que le pilotage demeure insuffisamment opérationnel. Tous regrettent l'absence de mobilisation du comité de suivi IPA, qui ne s'est plus réuni après 2021.

➤ *Un métier largement méconnu*

Le manque de communication institutionnelle autour du métier IPA induit une méconnaissance persistante de cette profession par les patients comme par les professionnels, laquelle constitue un frein majeur à son développement.

Comme l'a souligné leur CNP, les IPA ont trop souvent été présentés à travers le prisme de la prescription, alors que leur activité repose principalement sur le suivi clinique, la coordination, la prévention et l'accompagnement. Par ailleurs, ils sont souvent envisagés comme une solution de remplacement dans un contexte de démographie médicale insuffisante. Cette focalisation a pu accréditer l'idée d'une concurrence avec les médecins. Les organisations infirmières relèvent ainsi que « *le rôle des IPA reste mal connu des médecins, notamment libéraux, avec de nombreuses incompréhensions sur leur périmètre d'intervention, leur niveau d'autonomie et leur modèle de rémunération* », ce qui a favorisé « **des réticences fortes à l'intégration** ».

Cette méconnaissance s'étend aux autres professionnels de santé, à l'image des pharmaciens, qui peinent à cerner le périmètre du pouvoir de prescription des IPA, variable selon les mentions. Cela peut les conduire à refuser à tort certaines prescriptions.

➤ *Une invisibilisation des IPA, avec une multitude d'implications concrètes*

Ce manque d'accompagnement institutionnel et cette méconnaissance induisent une invisibilisation du métier IPA, d'autant plus systématique que ces professionnels sont peu nombreux. Le CNP IPA souligne qu'ils sont systématiquement oubliés, par exemple lorsqu'un nouveau dispositif est créé (Mon Soutien psy, campagnes de prévention et de dépistage), et qu'ils subissent, de manière générale, un « **défait d'environnement** » qui se manifeste quotidiennement. Par exemple, pendant très longtemps, ils n'étaient pas identifiés comme un métier prescripteur dans les systèmes d'information, ce qui induisait des rejets de leurs ordonnances.

La relative invisibilité de cette profession résulte également de **l'absence d'avenant conventionnel spécifique** aux IPA. À l'heure actuelle, les évolutions relatives à ces professionnels sont discutées dans le même cadre conventionnel que celles relatives à l'ensemble des IDE, par les syndicats infirmiers représentatifs. Le déséquilibre numérique entre les deux professions peut ainsi conduire à diluer les problématiques rencontrées par les IPA.

C. Plusieurs réussites locales suggèrent cependant que ce métier aurait toute sa place dans notre système de soins

1. Plusieurs exemples d'intégration réussie existent, lorsque les dynamiques locales sont favorables

Les difficultés relevées ne doivent pas conduire à minimiser l'intérêt de la pratique avancée infirmière. Les auditions montrent au contraire que, lorsque les conditions organisationnelles sont réunies, les IPA améliorent la qualité des prises en charge, la continuité des parcours et l'accès aux soins. En raison des contraintes susmentionnées, ce succès dépend toutefois fortement des dynamiques locales.

➤ Une intégration plus facile à l'hôpital

L'intégration des IPA apparaît aujourd'hui plus aisée à l'hôpital qu'en ville. La DGOS estime que c'est lié à l'habitude plus forte de travail en équipe pluriprofessionnelle en établissement. Elle souligne que, de plus en plus, les IPA trouvent leur place à l'hôpital, souvent sur des fonctions d'expertise au sein d'équipes mobiles ou des fonctions transverses au sein d'hôpitaux de jour ou de semaine.

À titre d'exemple, la mission a auditionné deux IPA exerçant à l'hôpital Robert Debré à Paris, Mmes Delphine Micaëlli et Zina Ghelab ; elles déploient une réelle expertise de pratique avancée auprès d'enfants aux parcours très complexes, situés à l'interface de l'hôpital, de la ville et de l'école, ainsi que de leurs familles. Leur intervention vise notamment à limiter les complications liées aux maladies, éviter les réhospitalisations et permettre la poursuite de la scolarité des enfants, par exemple lorsqu'ils sont équipés d'un appareil d'assistance respiratoire.

Mme Sophie Chrétien, qui exerce en soins palliatifs à la Maison médicale Jeanne Garnier, a également trouvé un positionnement en parfaite complémentarité avec les médecins et les autres professionnels de santé, répondant à un besoin non couvert antérieurement : elle conduit des entretiens complexes avec les patients portant sur leur vécu de la maladie ; ce faisant, elle est conduite à s'intéresser au patient dans sa globalité, ses pathologies et leur vécu, sa vie sociale, ses aidants. Elle réalise ainsi, en lien avec les professionnels de la ville, « *un travail sur l'environnement du patient que ne fait pas le médecin* », et qui permet de retarder l'entrée en unité de soins palliatifs.

La mission a également reçu le témoignage de M. Frédéric Bas, qui exerce en pratique avancée dans la mention « urgences », et décrit une mission essentielle de gestion des flux – par l'anticipation de l'examen clinique des patients et des examens d'imagerie à réaliser – qui permet d'accélérer la prise en charge des patients.

Enfin, les centres de lutte contre le cancer recourent de plus en plus largement aux IPA, qu'ils ont intégrés dans leurs organisations, avec la publication d'une fiche de poste dédiée. Les IPA y assurent des consultations de suivi, contribuent à la continuité des prises en charge entre les différentes étapes du parcours oncologique, participent à la coordination avec les équipes médicales et soignantes et permettent de libérer du temps médical, tout en renforçant l'accompagnement clinique des patients.

➤ Plusieurs facteurs de succès identifiés

Les réussites mentionnées ci-avant reposent sur l'existence d'une dynamique locale favorable, qui permet de tirer parti des possibilités ouvertes par le cadre actuel tout en surmontant ses limites. Concrètement, elles reposent avant tout sur **un soutien institutionnel fort** de la part de l'établissement concerné, ainsi que sur **le soutien des équipes médicales** qui sont associées au projet dès l'origine et perçoivent l'intérêt de l'implantation de l'IPA.

Les implantations les plus solides sont ainsi celles où le poste d'IPA s'inscrit dans **un projet médical et organisationnel clair**, avec une fiche de poste précise, des responsabilités identifiées et une coopération avec les médecins construite en amont – à l'image de ce que prévoient les centres de lutte

contre le cancer. Plusieurs interlocuteurs ont souligné que l'implantation de l'IPA devait **accompagner une réorganisation de l'offre de soins** visant à mieux répondre aux besoins : l'IPA ne peut ainsi jamais être destiné à remplacer un autre professionnel, ni à retrouver les fonctions qui étaient les siennes avant de partir en formation, même dans une version un peu plus « experte ».

2. Elles permettent de mieux apprécier la place qu'ont vocation à prendre les IPA dans le système de soins

Tout d'abord, il convient d'emblée de clarifier que l'IPA n'a aucunement vocation à « remplacer » le médecin, même dans les déserts médicaux. Comme le souligne M. Frédéric Bas, IPA « urgences », *« nous ne remplaçons pas, nous aidons nos collègues paramédicaux et médicaux, nous complétons le parcours de soins et nous l'améliorons »*. Pour reprendre les termes d'Unicancer, les IPA **viennent « en plus »**, pour fluidifier les parcours, pour renforcer la qualité des soins par de nouvelles compétences. Leur intervention doit permettre aux médecins de se concentrer sur les aspects pour lesquels leur expertise est nécessaire.

Pour reprendre les termes du CNP IPA, le champ propre de l'IPA est celui de **« l'impact des maladies sur la vie des personnes »** : par cette prise en compte globale, l'IPA recherche la stabilité des comorbidités chez les patients chroniques ; son intervention a **une visée éminemment préventive**, elle permet d'éviter les complications et les réhospitalisations.

L'Anfipa identifie **les patients atteints de maladies chroniques** comme les publics auprès desquels les IPA ont vocation à être prioritairement déployés, notant que *« les IPA sont particulièrement utiles dans des situations de complexité, de polypathologie ou de rupture de parcours »*.

L'approche IPA se veut ainsi résolument complémentaire de l'approche médicale. De nombreux interlocuteurs ont souligné le caractère central de **l'approche infirmière sur le patient** pris dans sa globalité et dans son cadre de vie, par opposition au médecin qui cherchera à soigner des pathologies.

III. Vingt recommandations pour consolider la place de la pratique avancée infirmière dans notre système de soins

Au terme de leurs auditions, les rapporteurs ont la conviction que le métier d'IPA a toute sa place en France, qu'il répond à un besoin dans le contexte du vieillissement démographique et de la chronicisation des pathologies et qu'il permettra, à terme, de soigner mieux, en contribuant à la transformation attendue de notre système de soins autour d'une approche résolument préventive.

Il importe donc de s'engager de manière plus ferme et décisive en faveur du déploiement de cette profession. Plusieurs interlocuteurs ont estimé qu'il s'agissait d'un métier récent, et que le temps permettrait probablement de lever certaines difficultés encore très prégnantes aujourd'hui, en faisant évoluer les mentalités. Les rapporteurs partagent cet avis mais estiment qu'il est souhaitable de créer les conditions nécessaires à cette évolution. Ils formulent à cette fin une série de recommandations, qui concernent cinq grandes dimensions : l'accompagnement institutionnel et la communication (A) ; la refonte des mentions régissant la formation et l'exercice des IPA (B) ; l'accès et le contenu de la formation IPA (C) ; la levée des verrous juridiques à l'autonomie des IPA (D) ; et le renforcement de la recherche sur la pratique avancée infirmière (E), dans le but de parvenir à une meilleure valorisation économique de cette profession.

A. Renforcer l'accompagnement du déploiement des IPA et faire un effort massif de communication et de pédagogie autour de ce métier

Les rapporteurs estiment qu'une nouvelle étape ne pourra être franchie sans stratégie d'ensemble sur le métier IPA, et sans une communication institutionnelle structurée et cohérente, permettant d'accompagner cette stratégie.

Comme l’a souligné le professeur Sébastien Colson, « *on a dit qu’il fallait 3 000 IPA mais on n’a pas dit ce qu’on allait en faire* ». Or, il ne suffit donc pas de fixer des objectifs quantitatifs : il faut avant tout définir les besoins auxquels les IPA doivent répondre, les lieux d’implantation prioritaires, les missions attendues et les indicateurs permettant d’évaluer leur activité.

Recommandation n° 1 : élaborer une stratégie nationale d’implantation des IPA, définissant les besoins prioritaires, les types de postes à développer, les conditions d’exercice attendues ainsi que des indicateurs de suivi de l’activité de ces professionnels.

Cette stratégie doit, par ailleurs, s’appuyer sur une gouvernance plus ouverte. Le comité de suivi IPA doit être réactivé et renforcé. Sa composition pourrait être élargie afin d’associer, de manière régulière, les représentants des IPA, les organisations infirmières, les médecins, les établissements, les universités, l’assurance maladie, les ARS et les usagers, sachant que les auditions ont montré que les consultations en silo de chaque catégorie de professionnels ne permettaient pas de construire une compréhension partagée du métier. Cette réactivation du comité de suivi IPA devrait également favoriser le pilotage conjoint de la formation entre les ministères de la santé et de l’enseignement supérieur.

Recommandation n° 2 : réactiver et renforcer le comité de suivi IPA, en élargissant sa composition et en lui confiant une mission régulière de suivi du déploiement, d’identification des difficultés de terrain et de proposition d’ajustements.

En outre, le pilotage national doit être décliné territorialement. Les ARS doivent pouvoir, de manière plus systématique, identifier les besoins non couverts, accompagner les projets d’implantation, harmoniser les aides et soutenir les professionnels à l’entrée dans le métier. Une attention particulière doit notamment être portée aux outre-mer, où l’éloignement, la faiblesse des effectifs, le coût de la formation et les difficultés d’installation appellent des réponses spécifiques.

Recommandation n° 3 : confier aux ARS une mission structurée d’accompagnement territorial du déploiement des IPA, incluant un accompagnement logistique et financier et une aide à l’installation, en portant une attention renforcée aux territoires d’outre-mer.

Enfin, les rapporteurs recommandent un effort massif de communication institutionnelle à destination des professionnels de santé et du public, visant à expliquer le métier des IPA et à préciser leur champ de compétences et les situations dans lesquelles les patients peuvent avoir recours à eux. Portée par le Gouvernement, cette campagne de communication nationale doit emprunter tous les canaux pertinents pour atteindre le plus grand nombre de professionnels de santé et de patients, à l’image des campagnes qui ont pu être réalisées autour de la vaccination contre le papillomavirus, de dépistages ou encore du dispositif Mon Soutien psy.

Cette campagne devra accompagner et prolonger la restructuration souhaitée des mentions de la pratique avancée (*cf. infra*), de façon à présenter une structuration claire et lisible des périmètres d’intervention des IPA selon les publics.

Recommandation n° 4 : conduire, en lien avec l’assurance maladie, une campagne nationale d’information et de communication sur le rôle des IPA, destinée aux professionnels de santé, aux établissements et au grand public.

B. Organiser une refonte progressive de l’architecture des mentions autour d’une approche populationnelle pour mieux répondre aux besoins de santé

L’architecture actuelle des mentions, largement construite autour des pathologies et des spécialités médicales, est contradictoire avec la vocation transversale des IPA et ne permet pas la prise en charge globale de patients souvent polypathologiques. Prenant acte de cette faiblesse qui est reconnue par tous, la loi infirmière de juin 2025²² a ouvert la voie à une restructuration des mentions

²² Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d’infirmier.

« selon une approche populationnelle ». Il convient résolument de s'engager dans cette voie qui permettra de former les IPA non pas en fonction des maladies, mais en fonction des populations cibles auxquelles ils destinent leurs soins.

Les contours de cette approche populationnelle doivent encore être précisés, les différents acteurs auditionnés ne convergeant pas sur la liste des mentions à retenir. Plusieurs champs apparaissent toutefois prioritaires : l'enfance, l'adulte/la personne âgée, la santé mentale, les soins primaires... Cette évolution prioritaire doit permettre de sortir d'une logique d'organe/de maladie qui enferme les IPA et cloisonne les prises en charge, pour mieux prendre en compte la réalité des parcours.

Recommandation n° 5 : engager une refonte progressive des mentions IPA autour d'une approche populationnelle et de parcours, en privilégiant des grands domaines d'intervention centrés sur une population cible. Définir plus précisément le périmètre de ces champs d'intervention d'ici la fin 2026.

S'ils ne souhaitent pas se prononcer sur une liste exhaustive et définitive de mentions, jugeant nécessaire de laisser le temps à la réflexion et à la concertation entre acteurs, les rapporteurs estiment que la création d'une mention consacrée à l'enfant apparaît prioritaire, au regard des besoins non couverts actuellement dans ce domaine et de leur dimension résolument transversale. Les besoins sont en effet considérables en ville, en santé scolaire, en protection maternelle et infantile et dans le champ de l'aide sociale à l'enfance ; une approche populationnelle permettrait de mieux prendre en compte la prévention, le repérage précoce, le suivi du développement, l'accompagnement des familles ou encore la coordination entre l'hôpital, la ville, l'école, la protection maternelle et infantile et le secteur médico-social.

Cette mention devrait ainsi être tournée, selon une approche englobante, vers les enfants et leur famille. Elle aurait vocation à absorber, à terme, l'actuel métier de puéricultrice, en prévoyant des voies d'accès simplifiées au diplôme d'IPA enfants pour les professionnels qui le souhaiteraient, par la voie d'une validation des acquis de l'expérience et de compléments de formation adaptés.

Recommandation n° 6 : créer une mention IPA « enfants et familles », intégrant les besoins de santé de l'enfant en ville, en santé scolaire, en protection maternelle et infantile et dans le champ médico-social, et prévoir des passerelles simplifiées pour les puériculteurs souhaitant accéder à la pratique avancée.

Cette restructuration des mentions devra aussi permettre de clarifier la distinction entre pratique avancée et spécialisation, en tenant compte du précédent créé par la loi infirmière précitée, qui a ouvert la voie à la reconnaissance d'une pratique avancée pour les infirmiers spécialisés²³. Les rapporteurs considèrent qu'une pratique avancée ne peut être seulement déclarative : elle doit se traduire par un gain effectif d'autonomie clinique, de responsabilité et de capacité de décision. Ils partagent l'avis de l'Anfipa, qui invite à « *distinguer clairement ce qui relève d'une expertise technique renforcée et ce qui relève d'une pratique avancée fondée sur le raisonnement clinique, l'évaluation globale et la coordination* ». Ils estiment donc que s'il n'est pas possible de revenir sur la reconnaissance de cette « pratique avancée spécialisée » qui est en réalité d'une nature complètement différente, il importera de bien la distinguer, dans la communication publique et dans les textes, de la pratique avancée fondée sur l'autonomie clinique de professionnels exerçant dans un champ de compétences élargi.

Recommandation n° 7 : distinguer clairement, dans la communication publique et dans les textes, les IPA des « infirmiers spécialisés exerçant en pratique avancée », en n'ayant plus recours à cette terminologie qui entraîne une confusion sur ce qu'est la pratique avancée.

²³ Cf. article 7, qui modifie l'article L. 4301-1 du code de la santé publique pour prévoir que « par dérogation à l'article L. 4301-1 et au I du présent article, les infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs titulaires d'un diplôme figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé peuvent exercer en pratique avancée selon des modalités propres à leur spécialité définies par décret en Conseil d'État ».

Enfin, la transition avec les mentions actuelles devra être fluide pour les professionnels concernés, sans impliquer de nouvelles formations substantielles. À court terme, il sera probablement nécessaire d'envisager une évolution à partir des mentions existantes. Dans un premier temps, la mention « pathologies chroniques stabilisées » pourrait ainsi évoluer vers une mention « pathologies chroniques », préfigurant une future mention IPA adultes, *via* l'extension, puis la suppression de la liste des pathologies concernées. Cette mention devrait, à relativement brève échéance, englober les mentions « oncologie » et « néphrologie », les expertises spécialisées utiles dans ces domaines pouvant être conservées sous la forme de modules complémentaires ou de diplômes universitaires, ainsi que par le mentorat dans les services. En effet, de nombreux interlocuteurs ont souligné lors des auditions que la spécialisation pouvait, dans une large partie, être acquise par la pratique sur le terrain.

Recommandation n° 8 : organiser une transition progressive avec les mentions actuelles, en prévoyant des passerelles entre mentions, une validation des acquis et des modules complémentaires permettant de préserver les expertises spécialisées utiles sans fragmenter le diplôme national.

C. Renforcer la formation en garantissant un accès et des contenus plus homogènes

Une fois la stratégie d'implantation et les mentions IPA redéfinies, les rapporteurs estiment qu'il sera nécessaire de construire une politique nationale de formation IPA, permettant à la fois d'élargir le vivier de candidats, de réduire les inégalités territoriales et de consolider la filière universitaire en sciences infirmières.

Au terme de leurs auditions, les rapporteurs sont d'avis que la condition actuelle des trois années d'exercice professionnel préalable pour pouvoir exercer comme IPA doit être réexaminée. L'acquisition des compétences de pratique avancée suppose certes une certaine maturité professionnelle infirmière, une qualité de raisonnement clinique qui s'acquiert souvent au contact du terrain. Cependant, la condition d'exercice préalable ne constitue pas une garantie en la matière – tout dépend des contextes d'exercice et de la personnalité de l'étudiant IPA. Par ailleurs, cette condition présente l'inconvénient majeur de rendre la formation inaccessible pour bon nombre d'infirmiers, notamment libéraux, qui ne peuvent plus se permettre de se lancer dans la formation une fois installés. Elle restreint ainsi drastiquement le vivier des étudiants IPA potentiels alors que le développement de cette profession – et de la filière universitaire à laquelle elle est adossée – requiert des forces vives plus substantielles, notamment pour former et encadrer les étudiants, en cours et pendant les stages.

Les rapporteurs plaident donc pour la suppression de la condition d'exercice préalable pour exercer en tant qu'IPA. Ils appellent en revanche à renforcer l'évaluation de la capacité de raisonnement clinique, d'analyse des situations complexes et de coordination des parcours des étudiants dans le cadre de la sélection des dossiers pour l'entrée en formation. Ils appellent également à intensifier la dimension pratique dans le cadre de la formation IPA en veillant à la qualité des stages proposés, *via* la généralisation des procédures d'agrément. Enfin, il pourrait être envisagé, pour maximiser l'expérience pratique des étudiants IPA en formation et répondre à leurs difficultés de financement éventuelles, de développer la formation IPA en alternance.

Recommandation n° 9 : remplacer la condition des trois années d'exercice préalable par une évaluation des compétences cliniques, du raisonnement infirmier et de la capacité à analyser des situations complexes des étudiants candidatant pour la formation IPA.

Recommandation n° 10 : renforcer la dimension pratique de la formation IPA en veillant à la qualité des stages proposés, *via* l'agrément des terrains de stage et l'accompagnement pédagogique des maîtres de stage.

Recommandation n° 11 : proposer la formation IPA en alternance.

Le financement de la formation constitue le deuxième enjeu majeur. La levée de la condition d'exercice préalable de trois ans devrait y répondre en partie, en permettant à davantage d'étudiants d'y accéder en formation initiale. Au-delà, il conviendra de renforcer, simplifier et harmoniser à l'échelle nationale les aides prévues pour les étudiants IPA, notamment ceux qui continueront à y

accéder par la voie de la formation continue et subiront des pertes de revenus, ainsi que pour les étudiants ultramarins pour lesquels les coûts sont majorés du fait de l'éloignement des lieux de formation.

Recommandation n° 12 : harmoniser au niveau national les dispositifs d'aide à la formation IPA, en renforçant le soutien aux étudiants infirmiers libéraux, aux petites structures et aux candidats des outre-mer.

Enfin, sans remettre en question l'autonomie des universités et sans nier leur besoin d'adaptation aux réalités locales, il serait souhaitable de renforcer l'homogénéité des formations proposées, qui devront être largement refondues dans le cadre des futures mentions. Le référentiel de formation devrait être plus prescriptif sur certaines unités d'enseignement clinique, lesquelles devraient obligatoirement être réalisées en présentiel. Il conviendrait également de renforcer l'évaluation des formations, de façon à garantir une certaine cohérence sur le territoire.

Recommandation n° 13 : Simultanément à la réflexion sur la structuration des futures mentions, repenser avec l'appui d'experts en sciences infirmières un socle national renforcé pour la formation IPA et systématiser l'évaluation des formations dispensées par les universités.

D. Lever les verrous réglementaires à l'autonomie des IPA, sans nier la nécessité de la coordination

Le cadre juridique de la profession IPA a été conçu de manière très limitative pour lancer le métier tout en rassurant les médecins. Ce cadre s'avère aujourd'hui inadapté et ne permet pas à la profession de se déployer et de faire la preuve de sa plus-value, ce qui tend à entretenir les réticences initiales. Il importe à présent de lever les verrous juridiques à l'exercice IPA en faisant confiance aux professionnels. En effet, la détermination d'un champ de compétences autonome pour l'IPA est indissociable de la reconnaissance d'une responsabilité juridique élargie. Les IPA, conscients de cette responsabilité nouvelle qui leur incombe, ne seront pas incités à outrepasser les compétences qui sont les leurs au seul motif que les verrous juridiques auront été levés.

En premier lieu, il convient donc de s'affranchir définitivement de la logique de validation médicale pour ce qui relève du champ de compétences autonome des IPA. Les rapporteurs insistent sur le fait qu'il ne s'agit pas, pour reprendre les termes de la Sofripa, de supprimer la coordination, mais « *de la faire évoluer d'un principe d'autorisation préalable vers une organisation structurée du parcours de soins, adaptée aux besoins des patients et aux réalités professionnelles* ».

L'accès direct aux IPA doit ainsi devenir pleinement effectif. Les auditions ont montré que sa reconnaissance juridique demeure insuffisante tant que persistent des restrictions d'exercice, des incertitudes tarifaires et une dépendance forte à l'adressage médical. Au-delà, les rapporteurs estiment qu'un élargissement de l'accès direct en-dehors des structures d'exercice coordonné serait souhaitable pour ne pas enfermer les IPA dans un tête-à-tête avec les médecins généralistes.

Par ailleurs, il conviendrait également d'élargir les lieux d'exercice des IPA, afin de répondre aux besoins des patients dans les établissements, en ville, dans les structures médico-sociales et dans les organisations territoriales.

Recommandation n° 14 : garantir un accès direct fluide aux IPA, en l'élargissant au-delà des structures d'exercice coordonné.

Recommandation n° 15 : élargir les lieux d'exercice des IPA, notamment en ville, dans les établissements, les structures médico-sociales et les organisations territoriales de soins.

Les règles de prescription doivent également être simplifiées et rationalisées. Les listes actuelles ont pu servir à sécuriser les débuts de la pratique avancée, mais elles produisent désormais complexité, incohérences et ruptures de parcours. Le professeur Sébastien Colson rappelle qu'un médecin généraliste a le droit de tout prescrire mais ne prescrit, en pratique, que ce qui relève de ses compétences ; la même logique doit progressivement prévaloir pour les IPA. Les prescriptions

devraient être définies à partir des compétences acquises, des besoins des patients et des approches populationnelles. L'Université de Bourgogne souligne que les problématiques prioritaires sont, de ce point de vue, le traitement de la douleur, les anticoagulants, certains traitements antidépresseurs et le suivi des maladies chroniques.

Recommandation n° 16 : établir une liste de prescriptions élargie, rationalisée et commune à l'ensemble des mentions, fondée sur les compétences des IPA et les besoins cliniques des patients.

La DGOS a fait état, devant la mission, de blocages liés aux prescriptions restreintes et aux conditions de prescription prévues dans le cadre des autorisations de mise sur le marché de certains produits de santé. Elle a indiqué travailler avec la direction générale de la santé (DGS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour les lever. Ce chantier doit être priorisé afin que les compétences reconnues aux IPA ne demeurent pas théoriques ; il devra être conduit simultanément à la refonte attendue de la liste des prescriptions autorisées.

Recommandation n° 17 : dans le même temps que le travail de refonte de la liste commune des prescriptions mentionnée dans la recommandation n° 16, travailler à la levée des blocages, actuels ou anticipés, relatifs aux prescriptions restreintes et aux conditions de prescription prévues dans le cadre des autorisations de mise sur le marché de certains produits de santé, de façon à garantir l'effectivité de la compétence de prescription des IPA.

E. Renforcer la recherche sur l'apport spécifique des IPA dans le système de soins, prélude à une meilleure valorisation de cette profession

La pleine reconnaissance des IPA suppose de mieux documenter leur apport spécifique au système de soins. Les auditions ont montré que leur utilité est largement observée sur le terrain, mais encore insuffisamment objectivée par des données nationales, des indicateurs partagés et des travaux médico-économiques robustes. Cette faiblesse contribue au manque de visibilité de cette profession, à la difficulté que peuvent avoir les établissements à justifier certains postes d'IPA et, plus généralement, à l'insuffisante valorisation de leurs missions, en établissement comme en ville.

Pour y remédier, il convient d'abord de consolider l'universitarisation de la profession. La France accuse encore un retard dans la structuration académique des sciences infirmières. Plusieurs acteurs ont souligné que les formations IPA restent trop souvent portées par des équipes médicales, faute d'un nombre suffisant d'enseignants-chercheurs issus de la discipline infirmière. Le développement de la pratique avancée suppose donc de créer un véritable champ de recherche infirmière, articulant étroitement activité clinique, enseignement et production scientifique. Il importe donc de rendre attractifs les exercices mixtes *via* la création d'un statut de bi-appartenance qui fait actuellement défaut.

Recommandation n° 18 : créer un statut de bi-appartenance pour les enseignants-chercheurs en sciences infirmières, afin de structurer une filière universitaire propre à la pratique avancée et de maintenir un lien étroit entre recherche, enseignement et exercice clinique.

Il est ensuite indispensable de mieux mesurer la valeur produite par les IPA. Les outils actuels restent largement centrés sur le volume d'activité ou les actes réalisés, alors que l'apport des IPA concerne surtout la coordination, la prévention, le raisonnement clinique, le suivi longitudinal, la sécurisation des parcours, l'expérience des patients et la réduction des hospitalisations évitables.

Les rapporteurs estiment donc nécessaire de construire une filière nationale d'évaluation de la pratique avancée, associant établissements, universités, assurance maladie, sociétés savantes et équipes de recherche. Cette filière devrait produire des études prospectives, multicentriques et médico-économiques, intégrant les coûts directs et indirects, mais aussi les effets sur les parcours, la qualité de vie, la prévention des complications et l'organisation des soins.

Recommandation n° 19 : développer une filière nationale de recherche et d'évaluation sur le métier IPA, fondée sur des indicateurs harmonisés, des études médico-économiques et une meilleure traçabilité de leur activité dans les systèmes d'information.

Cette objectivation ne constitue évidemment pas une fin en soi. Elle doit permettre de rendre la contribution des IPA visible, mesurable et pilotable, afin de mieux orienter les politiques publiques, de sécuriser leur financement et de valoriser pleinement leur apport dans le système de soins. Elle doit ainsi déboucher sur une amélioration de la reconnaissance statutaire et salariale dont bénéficient les IPA, en établissement comme en ville. Elle doit, à terme, favoriser la mise au point d'un modèle économique pérenne qui valorise l'expertise IPA en décloisonnant entre les lieux d'exercice. Ce modèle devrait ainsi permettre le financement de postes mixtes (ville/hôpital ; ville/Ehpad ; etc.) favorisant une réelle coordination globale des parcours.

Recommandation n° 20 : mettre au point un modèle économique pérenne valorisant l'expertise IPA et autorisant une pratique décloisonnée entre les différents lieux d'exercice (hôpital, établissements médico-sociaux, ville), centrée sur les parcours des patients.