

**COORDONNÉ PAR
EMMANUEL HARDY**

**T. BARRE, J.-F. CAUQUIL, O. CORNILLAT, B. GOMBERT,
E. HARDY, H. KERDILES, L. MANTISI, L. SALSAC**

Je deviens **INFIRMIER·E EN PRATIQUE AVANCÉE**

> Des conseils pratiques pour
la recherche et la prise de poste

> La présentation des 5 mentions

> La réglementation 2025



LE GUIDE PRATIQUE DE L'IPA

- ▶ La formation
- ▶ La profession
- ▶ Les connaissances indispensables
- ▶ Le cadre réglementaire

Vuibert

**COORDONNÉ PAR
EMMANUEL HARDY**

Je
deviens

► ***INFIRMIER·E EN
PRATIQUE AVANCÉE*** ►

Vuibert

Dans cet ouvrage, les termes « infirmier »
et « infirmière » sont employés
indistinctement.

Graphisme et mise en pages : Camille Carlos

Couverture : Primo & Primo

Illustrations : © Magnard

ISBN : 978-2-311-66377-8

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Octobre 2025, Éditions Vuibert • 5, allée de la 2^e DB – 75015 PARIS

Avant-propos

L'objectif de ce guide est de vous donner des repères, des outils et des astuces afin de mieux vous approprier la profession d'infirmier en pratique avancée. Vous vous posez des questions ? Vous voulez comprendre à quoi ressemble cette profession au quotidien ? Quelles sont ses dimensions, ses exigences, ses opportunités ? Ici, vous trouverez des repères clairs, des conseils pratiques et des pistes pour commencer à vous outiller. Parce que décider de devenir IPA, c'est bien plus qu'une formation : c'est un engagement professionnel, clinique, éthique et sociétal.

Les auteurs.

Remerciements

Suite logique mais non linéaire du *Guide de l'infirmier en pratique avancée*¹, ce livre est surtout un témoignage d'une profession en mouvement, d'une dynamique portée par des femmes et des hommes qui n'ont jamais cessé de croire que notre système de santé pouvait se réinventer en devenant plus humain, plus égalitaire et plus fraternel avec pour objectif de répondre aux besoins de la population.

Nous souhaitons d'abord, avec respect et reconnaissance, remercier Florence AMBROSINO. Pionnière, vous l'avez été au sens noble du terme : non pas celle qui s'impose, mais celle qui propose. Non pas celle qui occupe, mais celle qui construit. Vous avez posé les fondations. Vous avez parlé d'IPA quand le mot même était encore perçu comme une étrangeté. Vous avez porté la vision d'un soin fondé sur la science infirmière, sur l'éthique, sur l'autonomie. Sans votre voix, rien n'aurait résonné de la même façon.

Il est des actes politiques qui ne s'imposent pas par la force, mais par la lucidité. À Madame la ministre Agnès BUZYN et à son équipe de cabinet, nous adressons nos remerciements appuyés. Publier les textes réglementaires fondateurs de la pratique avancée infirmière n'était pas chose aisée. Il vous a fallu affronter des résistances, assumer un changement de paradigme, et inscrire dans le réglementaire ce que beaucoup tentaient encore d'étouffer. Pourtant vous avez su agir, pour ce qui restera un moment clé dans l'histoire des politiques de santé.

À Madame la députée Stéphanie RIST, nous voulons vous témoigner bien plus qu'un simple merci. Votre loi n'a pas été seulement un texte mais un levier, une modification salutaire de l'exercice en pratique avancée. Elle a permis d'ouvrir les portes autrefois verrouillées et de redonner souffle à un projet resté trop longtemps enlisé dans des expérimentations inabouties. Une reconnaissance tant attendue de l'accès direct et de la prescription initiale

1. Livre de Florence Ambrosino, paru en 2019 aux éditions Vuibert.

qui a enfin permis aux IPA de déployer leurs compétences, notamment dans l'amélioration de l'accès aux soins de la population. En remplaçant la clinique infirmière au cœur de la réponse sanitaire, vous avez offert une réponse concrète et immédiate à des territoires désertiques en souffrance.

Nous tenions à adresser nos plus sincères remerciements à Clémence ZACHARIE et Grégory CAUMES pour la transmission de leur savoir juridique ainsi que Mathilde GARRY BRUNEAU pour son savoir disciplinaire.

Notre gratitude va également au député Frédéric VALLEToux, à son directeur de cabinet Cédric ARCOS et à son conseiller Romain BÉGUÉ. En reprenant le flambeau de la réforme, vous avez redonné sa cohérence à un dispositif qui menaçait de se déliter. Vous avez su écouter, comprendre et surtout agir. Vous avez réaffirmé que les IPA n'étaient pas une option, mais une nécessité. Que les textes, les décrets, les arrêtés ne devaient pas seulement exister, mais s'incarner. Grâce à vous, la pratique avancée a retrouvé une direction en lien avec les aspirations des professionnels et de la population.

Il serait injuste de ne pas nommer celles et ceux qui, dans la discrétion parfois, ont soutenu cette cause sans jamais chercher la lumière. Nos pensées reconnaissantes vont à France Assos Santé, à l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF), à de nombreuses fédérations, élus locaux, parlementaires engagés, différents soutiens qui ont porté, relayé, renforcé nos arguments. Dans un système parfois hermétique, votre appui nous a été précieux. Vous avez compris que reconnaître les IPA, c'est garantir un soin de proximité, un renforcement de l'accès aux soins et penser une santé durable. Votre soutien fut à la fois stratégique et profondément humain. Et c'est cette alliance-là que nous voulons honorer ici.

Nous tenons également à saluer les nombreuses associations régionales et nationales IPA. Ce livre est aussi le vôtre. Vous avez été les vigies d'un changement qui ne va pas de soi. Vous avez informé, formé, débattu, mobilisé. Vous avez tenu, alors même que les promesses tardaient à se traduire. Vous avez gardé le cap, parfois dans l'indifférence, souvent face à l'adversité. Vous avez incarné cette idée simple et forte : qu'une réforme ne vaut que si elle est portée par celles et ceux qui la vivent. Mais au-delà des institutions, des signatures, des dispositifs législatifs ou des textes officiels, nous voulons nous adresser ici à celles et ceux engagés qui font vivre cette profession.

À vous, infirmières et infirmiers en pratique avancée, qui chaque jour consultez, évaluez, rassurez, suivez, éduquez, coordonnez. Vous qui êtes souvent seuls, parfois isolés, mais toujours au rendez-vous. Vous qui refusez que la qualité des soins diffère en fonction de votre lieu d'habitation ou de votre catégorie socioprofessionnelle. Vous qui incarnez une expertise discrète,

mais fondamentale. Vous êtes le cœur battant de ce livre. Vous êtes celles et ceux qui, loin des micros, loin des tribunes, écrivent la véritable histoire de la pratique avancée. Ce livre vous est dédié car sans votre courage, vos doutes, vos succès et vos échecs, nous n'aurions aucun récit à transmettre.

Et puis, il y a celles et ceux qui s'apprêtent à nous rejoindre. Les étudiantes, les étudiants, les professionnels en reconversion, les curieux et les déterminés. À vous, nous tendons la main. Ce livre a été écrit pour vous afin de vous donner des repères, des ressources, de l'élan. Devenir IPA n'est pas uniquement une modification de fonction mais bien un changement vers une nouvelle posture, porté par un soin fondé sur la relation, la science, la responsabilité collective. Vous êtes le prolongement de ce que nous avons initié, la preuve que cette profession a un futur tracé. Un avenir que nous voulons pluriel, inclusif, exigeant et profondément engagé.

Alors à vous tous et toutes, merci. Ce livre n'est pas une fin mais une étape, un trait d'union, un passage de témoin.

Le soin se transforme et avec lui, le visage de celles et ceux qui le portent.

Les auteurs

Emmanuel HARDY

IPA PCS PPSP à la MSP de la Bionne

Responsable Parcours Insuffisance cardiaque et BPCO

CA de la CPTS Est Orléanais et de l'INTERCPTS 45

Membre du Haut Conseil des Professions Paramédicales

Président de l'UNIPA

Enseignant vacataire pour le master IPA des universités de Rennes, Tours et Clermont Ferrand

Thomas BARRE

Étudiant M2 IPA PCS à la faculté de Nice

Vice-président numérique en santé et partenariat IPA

Sapeur-pompier volontaire

Jean-François CAUQUIL

IPA mention psychiatrie et santé mentale, exercice public – Centre Hospitalier de Lavaur (81)

Administrateur à l'UNIPA

Administrateur au gIPA-Oc

Élu au Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmiers du Tarn

Olivier CORNILLAT

IPA U/PCS PPC au CH Auxerre

Samu 89

Cesu 89

Infirmier Sapeur-pompier principal au Service De Santé SDIS 89

Trésorier adjoint de l'UNIPA

Barbara GOMBERT

IPA libérale mention PCS PPC et mention psychiatrie et santé mentale en Indre et Loire

Membre de l'UNIPA

Présidente de l'IPASSOCIATION CVL

Élue nationale de l'Ordre national des Infirmiers et vice-présidente du CROI CVL

Hélène KERDILES

IPA PCS PPSP à Rennes

Co-responsable de l'UE Sciences infirmières et pratique avancée de l'université de Rennes 1

Vice-présidente de l'UNIPA en charge de la formation

Administrateur de l'association IPA Bretagne

Lise MANTISI

IPA PCS PPSC à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière

Centre Expert Parkinson, département de Neurologie, DMU Neurosciences, APHP Sorbonne Université, Paris

Co-responsable de la 1^{re} année du DEIPA, Sorbonne Université/Université Paris Est Créteil

Secrétaire générale de l'UNIPA

Vice-présidente du REFIPAN (regroupement francophone des IPA en neurologie)

Secrétaire de l'IPAssociation Ile de France

Membre du CA de la Collégiale des IPA de l'APH

Laurent SALSAC

IPA PCS PPSC en Indre-et-Loire

Enseignant vacataire Master IPA Université UPEC/Sorbonne - Université de Rennes

Juriste en droit de la Santé - Université de Tours

Secrétaire adjoint de l'UNIPA

Trésorier de l'IPAssociation Centre-Val-de-Loire

Président de l'Ordre des Infirmiers 37-41 - Élu du Conseil national

Sommaire

Voir la table des matières détaillée page 191.

Introduction	Explorer la pratique avancée - Un nouveau visage pour les soins infirmiers.....	11
Chapitre 1.	Pratique avancée infirmière : une montée de compétences.....	30
Chapitre 2.	Responsabilités et cadre réglementaire - Ce que vous devez savoir	55
Chapitre 3.	Rejoindre la communauté des IPA - Le guide pour accéder à la formation.....	88
Chapitre 4.	Maîtriser la formation du DEIPA : un niveau universitaire de grade Master.....	136
Chapitre 5.	Diplômé : rechercher un emploi et construire sa prise de poste.....	171
Conclusion	L'avenir de la pratique avancée - Défis et perspectives.....	180
<i>Liste des abréviations.....</i>		189
<i>Table des matières.....</i>		191

Explorer la pratique avancée - Un nouveau visage pour les soins infirmiers

1. Contexte et émergence des infirmiers en pratique avancée dans le monde et en France

L'histoire de la pratique avancée infirmière ne suit pas une trajectoire linéaire, paisible ou uniforme. À l'image du titre d'un célèbre film français, on pourrait dire qu'elle n'est « pas un long fleuve tranquille ». Elle résulte en effet d'une série d'évolutions, de ruptures, de résistances et d'innovations, portées par des impératifs de santé publique, des dynamiques sociétales, et des revendications professionnelles. Comprendre les racines historiques de cette forme d'exercice infirmier spécifique nécessite de remonter aux fondements même du soin, de la santé et de la division du travail entre professions.

1.1. Une fonction soignante ancienne, structurante et invisibilisée

Depuis les origines de l'humanité, l'homme s'est organisé pour répondre à ses besoins vitaux. Manger, se protéger, se reproduire, apprendre, transmettre... Et inévitablement, soigner. Car la vulnérabilité corporelle, la souffrance et la maladie sont aussi anciennes que l'espèce humaine elle-même. La nécessité de maintenir l'intégrité physique et mentale de l'individu s'est donc imposée très tôt comme un enjeu de survie et d'organisation sociale. Le soin n'a jamais été accessoire : il est constitutif de l'humanité.

Le premier contact de l'individu avec le monde du soin intervient dès la naissance. Ce moment, intense biologiquement et symboliquement, a toujours été accompagné par une figure spécifique : celle de la **sage-femme**. Présente dans les récits antiques, notamment en Égypte et en Grèce, cette figure féminine exerçait un rôle hautement technique et social, en accompagnant les femmes dans le processus d'accouchement, de la grossesse aux premiers soins du nouveau-né (1).

La sage-femme est donc probablement la première « soignante spécialisée » de l'histoire. Dépositaires d'un savoir empirique et rituel, les sages-femmes étaient reconnues par leurs communautés. Elles incarnaient un savoir soignant transmis de génération en génération, structuré autour de l'expérience, de la proximité, de la gestuelle, mais aussi de l'observation fine des corps. Leur rôle, bien que dépourvu de reconnaissance académique, constituait une autorité professionnelle à part entière, jusqu'à ce que le développement de la médecine moderne vienne bousculer cet équilibre.

À partir du ^{xix}^e siècle, la montée en puissance de la médecine scientifique et hospitalière s'accompagne d'une redéfinition du pouvoir soignant. Les **obstétriciens** prennent progressivement le pas sur les sages-femmes dans l'accompagnement des naissances, notamment dans les milieux urbains et bourgeois. Leur légitimité repose désormais sur un savoir rationnel, objectivable, institutionnalisé par l'université et validé par l'État. Ainsi, le leadership soignant des sages-femmes est progressivement effacé au profit d'un leadership médical, plus théorisé, plus masculin et plus centralisé.

Ce recul du rôle autonome des sages-femmes ne repose pourtant pas sur une carence de compétences, mais sur un **déséquilibre des formes de légitimité**. Face à la légitimité institutionnelle du savoir médical, le savoir empirique des soignantes devient secondaire, sinon invisible. Ce phénomène préfigure les tensions futures dans l'émergence des autres rôles infirmiers avancés.

1.2. La professionnalisation des sages-femmes : réponse à une urgence de santé publique

Au début du ^{xx}^e siècle, les États-Unis et le Royaume-Uni, confrontés à une mortalité materno-infantile élevée, décident de structurer l'accès aux soins prénatals. L'objectif est double : améliorer la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes et professionnaliser le rôle des sages-femmes (2). Des programmes de formation sont créés, des standards sont définis, et des mécanismes de supervision mis en place. Cette structuration transforme la sage-femme en une **profession de santé à part entière**, avec un corpus de compétences, des référentiels de formation, et une législation spécifique (3).

La légitimation de ce rôle soignant ancien repose alors sur trois piliers essentiels :

1. **un besoin identifié de santé publique** (ici la mortalité maternelle) ;
2. **une structuration de la formation initiale et continue** ;
3. **une mobilisation des professionnelles elles-mêmes**, prêtes à investir des rôles élargis et à défendre leur place dans le système.

La fin des années 1960 et le début des années 1970 marquent une nouvelle étape. Avec l'émancipation des femmes, l'émergence des mouvements féministes et la revalorisation des accouchements à domicile, les sages-femmes retrouvent une visibilité sociale et professionnelle (4). Cette période voit aussi émerger une reconnaissance symbolique plus forte de leur expertise, notamment dans les classes moyennes urbaines.

Cependant, malgré cette montée en compétences et en reconnaissance, les sages-femmes ne sont **pas considérées comme des praticiennes avancées** au sens contemporain du terme. Elles bénéficient d'une délégation d'actes médicaux, mais leur cadre réglementaire relève de l'organisation médicale. Leur autonomie reste circonscrite et leur champ d'intervention, bien que spécialisé, ne s'inscrit pas dans la même logique que celle des IPA actuels. Elles sont, en quelque sorte, **les pionnières silencieuses** de la spécialisation soignante, mais sans revendiquer une rupture avec le champ médical traditionnel.

1.3. De l'acte technique à l'expertise clinique : les prémices du rôle infirmier avancé

Si les sages-femmes ont incarné la première figure de spécialisation soignante dans l'histoire, c'est véritablement avec le développement de la chirurgie moderne et de l'anesthésie que se structure un nouveau rôle infirmier, précurseur de la pratique avancée : celui d'**infirmier anesthésiste**.

Durant la guerre de Sécession aux États-Unis (1861 – 1865), le recours à des anesthésiques tels que l'éther, le chloroforme ou le protoxyde d'azote devient courant dans les hôpitaux de campagne. Les chirurgiens, absorbés par le geste opératoire, délèguent alors l'administration de ces produits à des infirmiers présents au chevet du blessé. Cette délégation n'est pas anodine : elle suppose une connaissance fine des effets des produits, des risques de surdosage, des signes de détresse respiratoire, et une capacité d'adaptation rapide. C'est donc une responsabilité considérable qui s'exerce dans un contexte de guerre, d'urgence et de forte mortalité.

Parmi les premières figures de ce rôle, on retrouve **Sœur Mary Bernard**, considérée comme l'une des premières infirmières à administrer des anesthésiques de manière régulière et compétente dans les années 1870 (5). Elle incarne ce glissement progressif d'un soin d'accompagnement vers une **pratique clinique spécialisée**, structurée autour d'un acte technique à haut risque.

L'apparition du rôle d'infirmier anesthésiste témoigne déjà d'un **changement de paradigme** : les soignants ne sont plus uniquement des auxiliaires du

médecin, mais des professionnels en capacité d'agir avec expertise sur des champs spécifiques. Cette autonomie technique, si elle reste encadrée, traduit un déplacement du pouvoir médical, ou du moins, son partage.

Ce mouvement s'intensifie au fil des décennies, mais se heurte à des résistances. La montée en compétences des infirmiers anesthésistes entraîne en effet des tensions avec les médecins anesthésistes. Ces derniers défendent un monopole de l'acte, au nom de la sécurité des patients et de la responsabilité médicale. Les soignants, quant à eux, revendiquent une reconnaissance professionnelle de leur savoir-faire, fondé sur des années de pratique et des formations spécialisées.

Cette tension se solde, aux États-Unis comme en France, par un **compromis ambigu** : les infirmiers anesthésistes sont reconnus comme spécialistes, avec une formation dédiée, mais restent soumis à une **prescription médicale obligatoire**. En France, ils obtiennent en 2004 un diplôme d'État de niveau bac +5, mais leur autonomie reste encadrée par la présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Ainsi, bien qu'ils aient été historiquement les premiers à incarner une « pratique avancée », les infirmiers anesthésistes ne sont plus considérés aujourd'hui comme tels, du fait de leur **absence d'autonomie diagnostique et décisionnelle**. Ils relèvent désormais du champ des **infirmiers spécialisés**, ce qui les distingue des praticiens avancés au sens strict du terme.

1.4. L'émergence des infirmières cliniciennes spécialisées : la reconnaissance d'un leadership soignant

Une autre figure centrale dans le développement de la pratique avancée infirmière est celle de l'**infirmière clinicienne spécialisée** (ICS), ou *Clinical Nurse Specialist* (CNS). Ce rôle, dont les origines remontent aux années 1930, s'inscrit dans une autre dynamique que celle des infirmiers anesthésistes. Ici, ce n'est pas un acte technique spécifique qui fonde la spécialisation, mais la **capacité à intervenir de manière experte dans des situations cliniques complexes**, tout en jouant un rôle transversal dans l'équipe de soins.

C'est la grande théoricienne Hildegarde Peplau, connue pour ses travaux sur la relation soignant-soigné, qui initie les premiers programmes de formation dédiés aux ICS, notamment dans le champ de la psychiatrie (6). Dès les années 1950, elle défend l'idée que l'infirmière ne se limite pas à exécuter des soins prescrits, mais qu'elle est une **actrice réflexive** de la relation thérapeutique, dotée de compétences cliniques, pédagogiques, éthiques et organisationnelles.

Le rôle de l'ICS s'articule autour de plusieurs dimensions :

- **clinique** : expertise dans la prise en charge de pathologies complexes ;
- **éducative** : formation des équipes, éducation thérapeutique ;
- **consultative** : appui aux décisions médicales et infirmières ;
- **managériale** : coordination des soins, développement de protocoles ;
- **recherche et innovation** : participation à des travaux de recherche, évaluation des pratiques professionnelles.

Cette multidimensionnalité rend le rôle difficile à classer dans les catégories traditionnelles. Contrairement aux infirmiers anesthésistes, les ICS ne s'identifient pas à un acte, mais à une **fonction stratégique**, à la croisée de la clinique, de la pédagogie et de la gestion. Leur légitimité repose sur leur expertise, leur capacité à agir comme ressource de référence, et leur aptitude à impulser des changements dans l'organisation des soins (7).

Ce rôle s'est considérablement développé dans les hôpitaux universitaires, où les ICS participent activement à l'élaboration des parcours de soins, à la sécurisation des prises en charge, et à l'évaluation des pratiques professionnelles. Leur reconnaissance varie selon les pays : dans certains contextes, elles sont pleinement intégrées aux équipes médicales ; dans d'autres, leur rôle reste flou et peu valorisé.

1.5. Les infirmiers praticiens (NP) : naissance d'un rôle autonome

Le rôle de l'infirmier praticien (*Nurse Practitioner* - NP) marque une rupture décisive dans l'histoire de la profession infirmière. Il s'agit de la première reconnaissance explicite d'un rôle infirmier autonome, doté de prérogatives traditionnellement réservées aux médecins : diagnostic, prescription, orientation, suivi, dépistage. Cette évolution n'a pas été spontanée, mais résulte d'un **besoin de santé publique identifié dans les années 1960**.

C'est en 1965 que le Dr **Loretta Ford**, infirmière de santé publique, et le Dr **Henry Silver**, pédiatre, créent à l'Université du Colorado le premier programme de formation pour des infirmières praticiennes en pédiatrie (*Pediatric Nurse Practitioners*) (8). Ce programme répondait à une double problématique : un manque de médecins dans certaines régions rurales et une carence dans l'accès aux soins pédiatriques de base. Ford et Silver proposaient alors que des infirmières expérimentées, formées à un niveau avancé, puissent assurer ce suivi, en collaboration étroite avec les médecins, mais aussi avec une **autonomie croissante** dans l'acte clinique (9).

Ce modèle s'est rapidement étendu à d'autres spécialités : médecine de famille, santé des femmes, gériatrie, oncologie, soins palliatifs, soins aigus hospitaliers, santé mentale. Les programmes universitaires ont fleuri dans tout le pays, souvent adossés à des facultés de médecine, puis indépendamment dans des écoles de sciences infirmières.

Le rôle du NP repose sur :

- une formation universitaire **de niveau master ou doctorat** ;
- une pratique clinique supervisée puis **autonome** ;
- **un** champ d'exercice réglementaire, défini par l'État ou la province (aux États-Unis ou au Canada) ;
- une capacité à **prescrire des traitements, des examens, à poser des diagnostics**, à référer vers des spécialistes ou à organiser le parcours de soins.

Les études montrent que les NP obtiennent des résultats **au moins équivalents à ceux des médecins généralistes**, avec des niveaux élevés de satisfaction des patients, un bon suivi des pathologies chroniques, et une approche souvent plus éducative et centrée sur la personne. De plus, dans un contexte de **pénurie médicale**, les NP représentent une **solution efficace et moins coûteuse** pour maintenir l'accessibilité aux soins (10).

1.6. NP et ICS : deux rôles complémentaires mais distincts

La coexistence des NP et des ICS dans les pays anglo-saxons illustre la richesse et la complexité de la pratique avancée infirmière. Il ne s'agit pas de rôles concurrents, mais de modèles complémentaires, adaptés à différents besoins du système de santé.

Le NP incarne une **avancée vers l'autonomie clinique** : il peut remplacer le médecin de premier recours dans certaines situations, assure le diagnostic, la prescription, le suivi des patients. Il est souvent le pivot des soins primaires.

L'ICS, quant à elle, incarne une **approche experte intégrée** dans les équipes : elle n'a pas toujours l'autonomie diagnostique ou de prescriptions mais intervient dans la coordination, la formation, l'évaluation, le conseil, la gestion de cas complexes. Elle agit en tant que **leader clinique**, référente dans un domaine précis (par exemple les plaies, la douleur, la oncologie, la psychiatrie, etc.).

Dans les deux cas, il s'agit d'une **pratique avancée**, fondée sur une formation universitaire, une spécialisation, une expérience clinique reconnue, et une posture d'expertise. La distinction entre les deux repose essentiellement sur le **niveau d'autonomie dans la prise de décision clinique** et sur le **cadre réglementaire**.

Ces deux modèles ont prouvé leur **efficacité dans l'amélioration des parcours de soins**, la **réduction des hospitalisations**, l'**optimisation des ressources** et la **qualité des soins**. Ils sont aujourd'hui reconnus dans la quasi-totalité des systèmes de santé performants : États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, pays scandinaves, etc.

1.7. En France : une dynamique tardive, mais structurée

Contrairement aux pays anglo-saxons, la France a longtemps tardé à reconnaître officiellement la pratique avancée infirmière. Pourtant, les besoins étaient là : vieillissement de la population, explosion des maladies chroniques, inégalités d'accès aux soins, désertification médicale, déséquilibres territoriaux. Le système de santé français, historiquement **médico-centré**, a longtemps résisté à toute évolution qui aurait pu redistribuer les prérogatives entre les professions.

Plusieurs facteurs expliquent ce retard :

- un **corps médical puissant**, historiquement protecteur de ses compétences ;
- une **organisation hospitalière centralisée**, avec peu d'espaces d'autonomie ;
- une **représentation faible** des professions paramédicales dans les instances décisionnelles ;
- un **manque de culture interprofessionnelle**, souvent réduite à une logique hiérarchique.

Pourtant, dès les années 2000, des signaux apparaissent. En 2002, le ministre Jean-François Mattei commande au professeur Yvon Berland un rapport sur la « démographie des professions de santé ». Ce rapport propose dix mesures, dont la troisième est visionnaire : « *Redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre professions de santé* » (11).

L'année suivante, Berland est missionné pour approfondir la réflexion sur les **coopérations interprofessionnelles**. Le rapport de 2003 acte la nécessité de **transferts de compétences**, fondés sur la formation, la sécurisation juridique, et la reconnaissance professionnelle. En 2006, la Haute Autorité de Santé est chargée d'émettre des recommandations pour structurer ces coopérations, notamment entre médecins et infirmiers.

Parallèlement, de nombreuses **expérimentations locales** se mettent en place : infirmiers référents en soins palliatifs, en diabétologie, en coordination de parcours complexes... Ces expériences, bien qu'informelles, démontrent la pertinence de rôles élargis pour les infirmiers.

Mais il faudra attendre 2011 pour une étape majeure : le rapport Hénart, Ritter, Berland intitulé « **Professionnels de santé : demain des métiers, des compétences** », qui pose clairement la question de la création de **nouvelles professions intermédiaires**, entre infirmiers et médecins (12).

En 2014, l'Ordre National des Infirmiers, par la voix de son président Didier Borniche, milite pour la création d'un **infirmier praticien de premier recours**, capable de répondre aux besoins des territoires, en lien avec les médecins généralistes, mais avec une autonomie réelle (13).

1.8. La création officielle du statut d'IPA

C'est la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé qui marque enfin l'aboutissement de ce long processus. Son article 119 crée l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique, définissant le **cadre légal de l'exercice infirmier en pratique avancée (IPA)**.

L'IPA est un infirmier titulaire du diplôme d'État, justifiant de trois ans d'expérience, ayant suivi une **formation universitaire de niveau master**, et exerçant dans un champ de compétences étendu, entre médecine et soins infirmiers.

Le décret du 18 juillet 2018 précise les contours du métier :

- un haut niveau de responsabilité et d'autonomie ;
- la capacité de poser, après une évaluation globale du patient, des conclusions cliniques avec la conception de plan de soins, et prescrire certains traitements et examens ;
- une collaboration formalisée avec un ou plusieurs médecins ;
- une éligibilité dans des domaines d'intervention prédéfinis : pathologies chroniques stabilisées, prévention, polypathologies courantes en soins primaires, oncologie hémato-oncologie, psychiatrie santé mentale, néphrologie dialyse transplantation, puis plus récemment urgences.

La mise en œuvre du métier d'IPA s'est faite progressivement. En 2018, les premières universités proposent des masters dédiés. Les premières promotions sortent diplômées en 2020. En 2021, l'exercice libéral est enfin autorisé par décret.

Mais des freins demeurent :

- une **rémunération insuffisamment attractive** dans la fonction publique ;
- des **modalités de financement floues** dans le secteur libéral ;
- une **culture médicale encore peu familiarisée** avec ce nouveau rôle ;
- un **manque d'acculturation de la population** historiquement habitué au tout médical ;

Je deviens INFIRMIER·E EN PRATIQUE AVANCÉE

Vous êtes infirmière ou infirmier à l'hôpital, dans une structure de soins ou en libéral et vous avez pour projet de devenir infirmière ou infirmier en pratique avancée ?

Depuis 2019, le métier d'infirmière ou infirmier en pratique avancée (IPA) occupe une place centrale dans le paysage du soin en France. Il est au cœur de l'actualité et toujours en mouvement. Pour avoir une vision claire de cette spécialisation et trouver toutes les dernières avancées, un livre s'imposait !

Obtenir des financements, s'organiser pendant ses 2 années d'études, choisir une orientation parmi les cinq mentions IPA (pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation ; psychiatrie et santé mentale ; urgences) ou postuler avec son nouveau statut : ceci nécessite des **connaissances solides**.

Ce livre, écrit par 8 IPA, a pour objectif d'**accompagner les infirmiers pas à pas** tout au long de leur processus de spécialisation en pratique avancée. Il abordera notamment :

- ▶ les **actes** que l'IPA peut effectuer ;
- ▶ les **compétences** indispensables à l'exercice ;
- ▶ les **enseignements** suivis pendant les 2 années de Master et les stages ;
- ▶ la **législation** la plus récente de la profession ;
- ▶ ou encore la **recherche de poste** avec des modèles de CV et de lettre de motivation.

**La théorie et les informations pratiques sont ainsi
réunies pour vous aider à préparer
et réaliser votre projet professionnel.**

ISBN : 978-2-311-66377-8



22,00 €

Vuibert.fr 