

# Les infirmier·ère·s de pratique avancée en addictologie

Foire aux questions • octobre 2025

## Sommaire

Définition et objectif .....	5
1. Qu'est-ce qu'un·e IPA ? .....	5
Contexte .....	6
2. Quel est le contexte qui a conduit à la création du métier IPA ? .....	6
3. Depuis quand le métier est-il reconnu en France ? .....	6
4. Combien dénombre-t-on d'IPA en France ? .....	6
Formation .....	7
5. Quel est le cadre de la formation (durée, organisation, etc.) ? .....	7
6. Quels sont les critères d'accès à l'exercice ? .....	7
7. Quel est le processus d'admission au master IPA ? .....	7
8. Quels sont les établissements qui dispensent la formation ? .....	8
9. Quels sont les cinq domaines de spécialisation possibles ?	
Débouchés ? .....	9
10. Faut-il obligatoirement être spécialisé·e en santé mentale pour exercer en addictologie ? .....	9
11. Est-il possible de cumuler deux spécialisations ? .....	9
Financement de la formation .....	10
12. Quelles sont les sources de financement possibles pour la formation ? .....	10
13. Quelle est la politique des ARS concernant le financement des formations ? .....	10
14. Quelles sont les sources de financement possible pour remplacement de la personne partie en formation ? .....	10
15. Est-il possible de cumuler la demande de plusieurs financements ? ..	10
Missions et responsabilités de l'IPA .....	12
16. Quelles sont les missions d'un·e IPA ? .....	12
17. L'IPA a-t-il·elle besoin de l'aval d'un médecin pour exercer ? .....	12
18. Qu'est-ce que modifie le décret du 20 janvier 2025 et l'arrêté d'avril 2025 précisant son application ? .....	12
19. Que peut prescrire un·e IPA ? .....	12
20. Quelle est la marge de manœuvre de l'IPA concernant la prescription de médicament de substitution ? .....	13
21. Quel est le périmètre de responsabilité de l'IPA ? .....	14

22.	Quelles sont les différences de périmètre et de responsabilité entre un·e IDE cadre et un·e IPA ? .....	14
23.	Quelles sont les différences entre un·e IDE et un·e IPA ? .....	14
24.	Un·e IPA peut-il elle devenir che·fe de service ?.....	15
25.	Un·e IPA peut-il·elle exercer en libéral ? Quelles sont les conditions ?.....	15
26.	Peut-on être IPA à temps partiel ?.....	16
	Les apports de l'IPA.....	17
27.	Quels sont les bénéfices pour une structure à intégrer un·e IPA ? ....	17
28.	Quels bénéfices pour les partenaires ? .....	17
29.	Et pour les patients ? .....	17
	Préparation et prise de poste de l'IPA.....	18
30.	Comment définir les missions de l'IPA ? .....	18
31.	Quelles sont les bonnes pratiques à mettre en place pour assurer la coordination entre les différents professionnels ? .....	18
32.	Quels freins peut rencontrer un·e IPA à son arrivée dans une structure et comment les anticiper ?.....	18
33.	Comment formaliser un protocole d'organisation entre l'IPA et le reste de l'équipe ? .....	18
	Place des missions transversales.....	19
34.	Quelles sont les missions transversales de l'IPA ? .....	19
35.	Que permet un temps de recherche dans le cadre de la pratique de l'IPA ? .....	19
	Définition salariale.....	20
36.	Quelle grille salariale utiliser pour définir la rémunération d' un·e IPA ? .....	20
37.	Comment valoriser la montée en compétence d'un·e IPA déjà cadre ?.....	20
	Place de l'IPA en milieu spécifique.....	21
38.	Quels sont les enjeux spécifiques à l'exercice professionnel d'un·e IPA en milieu rural ? .....	21
39.	Existe-t-il des IPA en milieu pénitentiaire ?.....	21
40.	Quelles coopérations territoriales peuvent être mises en place par un·e IPA ? .....	21

<b>ANNEXES.....</b>	<b>22</b>
Annexe 1 - cadre législatif et réglementaire.....	22
Annexe 2 - liste complète des prescriptions ouvertes aux IPA selon l'arrêté du 30 avril.....	23

## Définition et objectif

### 1. Qu'est-ce qu'un·e IPA ?

L'Infirmier.e en Pratique Avancée (IPA) est un.e professionnel.le de santé titulaire d'un diplôme d'État de grade master qui exerce avec un niveau d'autonomie et de compétences élargi par rapport à l'infirmier.e diplômé d'État. L'IPA intervient principalement dans le suivi de patients atteints de pathologies ciblées, notamment des maladies chroniques stabilisées ou des situations cliniques complexes, dans une logique de coordination, d'accès facilité aux soins et de renforcement du parcours de santé. (*définition créée à partir du décret du 18 juillet 2018 et de la présentation du métier faite par le ministère de la santé*)

Les missions de l'IPA s'articulent autour de quatre axes principaux :

- Orientation, prévention, éducation thérapeutique et dépistage ;
- Évaluation clinique et paraclinique, conclusion et suivi ;
- Réalisation d'actes techniques autonomes (conformément à l'annexe I du décret 2025)
- Prescription et adaptation thérapeutique, incluant :
  - Médicaments non soumis à prescription (annexe III – décret du 20 janvier 2025)
  - Examens complémentaires (annexe IV)
  - Adaptation/renouvellement de prescriptions (annexe V)
  - Prescriptions encadrées (annexes VI et VII)

Depuis janvier 2025, l'accès direct permet à l'IPA travaillant en structure de santé privée ou médico-sociale, de recevoir un patient sans orientation médicale initiale. L'orientation du patient vers un IPA se fait :

- Soit à titre principal par le médecin (suivi régulier)
- Soit à titre ponctuel (bilan ou séance de soins spécifiques)

## Contexte

### 2. Quel est le contexte qui a conduit à la création du métier IPA ?

L'introduction des IPA en France s'inscrit dans un mouvement international de transformation des pratiques de soins observé dans plusieurs pays de l'OCDE. Elle répond à plusieurs enjeux :

- Optimiser les ressources médicales face aux tensions croissantes sur la démographie médicale ;
- Améliorer la qualité des parcours de soins ;
- Renforcer l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-dotées.

### 3. Depuis quand le métier est-il reconnu en France ?

En France, le métier d'IPA est officiellement reconnu depuis **2018**, avec un développement progressif des domaines d'intervention.

### 4. Combien dénombre-t-on d'IPA en France ?

L'Union nationale des Infirmier.es en Pratique Avancée (Unipa) recensait en 2329 IPA formés en France en février 2024.

## Formation

### 5. Quel est le cadre de la formation (durée, organisation, etc.) ?

#### 1. Durée

L'exercice et le diplôme sont encadrés par des textes réglementaires du ministère de la santé. La formation d'IPA dure deux ans :

- 1ère année : tronc commun
- 2ème année : spécialisation dans une des cinq mentions

#### 2. Organisation

La formation peut être réalisée à temps plein ou à temps partiel selon les universités avec des enseignements à la fois en présentiel et en distanciel.

Il s'agit d'une formation exigeante qui requiert du temps de travail personnel et la réalisation de deux stages obligatoires (2 mois la première année / 4 mois la seconde année) dans des structures variées et autre que celle de l'employeur.

#### 3. Programme

Chaque université jouit d'une autonomie pédagogique, ce qui explique des parcours plus ou moins conséquent en termes d'apport sur l'addictologie. L'offre de formation peut dépendre de la participation d'enseignants spécialisés dans le domaine. Les enseignements liés à l'addictologie sont généralement plus conséquentes dans les mentions psychiatrie et santé mentale.

### 6. Quels sont les critères d'accès à l'exercice ?

Pour avoir accès à la formation IPA, il faut être diplômé du diplôme d'État d'Infirmier (DEI), être inscrit à l'Ordre National des Infirmiers et avoir exercé en tant qu'infirmier pendant au moins 3 années à temps plein.

L'accès peut aussi se faire directement en 2<sup>ème</sup> année par la validation des acquis professionnels (VAP). Le diplôme est de niveau master.

### 7. Quel est le processus d'admission au master IPA ?

L'admission en formation d'IPA s'effectue en plusieurs étapes :

- Le candidat dépose son dossier de candidature en ligne
- L'ensemble des dossiers reçus fait l'objet d'une évaluation attentive par un jury de sélection.
- Selon les établissements, un entretien individuel peut également être organisé afin d'approfondir l'évaluation du projet professionnel et des motivations du candidat.

Il est important de noter que l'admission dépend du nombre de places disponibles au sein de chaque université, sans quota national imposé. La sélection est donc réalisée localement, en fonction des capacités d'accueil de chaque structure.

*En savoir plus sur le dépôt d'un dossier de candidature*

L'objectif est de valoriser son parcours, ses compétences et sa motivation pour le métier d'IPA. Le dossier de candidature à la formation d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) comporte généralement :

- Curriculum Vitae
- Lettre de motivation
- Pièces administratives (une copie du diplôme du baccalauréat (ou équivalent), du Diplôme d'État d'Infirmier, une pièce d'identité en cours de validité)
- Lettres de soutien ou de recommandation (facultatif mais recommandé)
- Formations complémentaires (ex : formation en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP))

En cas de candidature en deuxième année : dans le cas d'une admission directe en deuxième année (lorsque la première année a déjà été validée), l'attestation de réussite de la première année doit être jointe au dossier.

#### *En savoir plus sur l'entretien de sélection (réalisé dans certaines universités)*

Objectifs de cet échange : présenter plus en détail son parcours, son projet professionnel et, le cas échéant, de défendre un projet d'implantation, c'est-à-dire la manière dont il envisage d'exercer la fonction d'IPA une fois diplômé.

Ce processus vise à apprécier à la fois la motivation, la cohérence du projet professionnel et la capacité du candidat à s'investir dans cette voie exigeante et porteuse de sens.

## 8. Quels sont les établissements qui dispensent la formation ?

Voici la liste des Universités proposant des formations d'IPA :

Régions	Universités
PACA	Université Nice Sofia Antipolis
PACA	Université Aix-Marseille
IDF	Université de Paris Cité
IDF	UPEC Paris Est - Paris Val de Marne
IDF	Université Sorbonne Paris-Nord
IDF	Université Versailles St-Quentin
Grand Est	Université de Lorraine
Grand Est	Université Reims Champagne-Ardennes
Grand Est	Université de Strasbourg
Bretagne	Université de Rennes
Bretagne	Université de Bretagne Occidentale
Normandie	Université Rouen-Caen Normandie
Occitanie	Université Toulouse III - Paul Sabatier
Occitanie	Université de Montpellier
Nouvelle-Aquitaine	Université de Bordeaux
Nouvelle-Aquitaine	Université de Limoges
Hauts de France	Université de Lille
Hauts de France	Université d'Amiens
Pays de la Loire	Université de Nantes
Pays de la Loire	Université d'Angers

Centre Val de Loire	Université de Tours
Bourgogne Franche Comté	Université de Franche-Comté
AURA	Université Grenoble Alpes
AURA	Université de Lyon I
AURA	Université Jean Monnet St Etienne
AURA	Université de Clermont-Ferrand

## 9. Quels sont les cinq domaines de spécialisation possibles ? Débouchés ?

Cinq mentions sont officiellement définies :

1. Pathologies chroniques stabilisées et polypathologies en soins primaires (depuis 2018)
2. Oncologie et héma-to-oncologie (2018)
3. Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale (2018)
4. Psychiatrie et santé mentale (2019)
5. Urgences (2021)

## 10. Faut-il obligatoirement être spécialisé·e en santé mentale pour exercer en addictologie ?

Non, il n'est pas obligatoire d'être diplômé·e dans la mention "psychiatrie et santé mentale" pour exercer en addictologie. Le choix de la spécialisation doit être cohérent avec les besoins identifiés sur le terrain par la structure employeur. La spécialisation « Pathologies chroniques stabilisées et polypathologies en soins primaires » peut aussi apparaître comme pertinente, du fait que de nombreux patients soient porteurs de pathologies chroniques.

## 11. Est-il possible de cumuler deux spécialisations ?

Oui, il est possible à la suite de la deuxième année de master de candidater pour poursuivre une seconde année de Master 2 avec une nouvelle spécialisation. Cela nécessite de construire un dossier présentant la motivation et la cohérence du projet professionnel.

## Financement de la formation

### 12. Quelles sont les sources de financement possibles pour la formation ?

Plusieurs sources de financements sont possibles pour la formation IPA :

- Le professionnel peut envisager d'utiliser son Compte Personnel de Formation (CPF)
- La structure peut faire une demande d'aides via :
  - o l'OPCO directement
  - o les fonds dédiés aux métiers en tension via l'OPCO
  - o une demande de co-financement à l'ARS (la politique varie d'un territoire à l'autre)
  - o les fonds mutualisés ou des budgets de formation continue au sein du territoire via les collectivités territoriales

### 13. Quelle est la politique des ARS concernant le financement des formations ?

Les politiques varient fortement d'une région à l'autre. Certaines ARS financent directement les formations IPA et le remplacement nécessaire pendant le temps de formation, d'autres laissent les structures trouver des solutions internes ou locales.

Cela dépend du dialogue entre les structures, les ARS et les établissements de formation. Certaines structures mobilisent des fonds mutualisés, des budgets de formation continue ou s'appuient sur des montages conventionnels avec les ARS.

### 14. Quelles sont les sources de financement possible pour remplacement de la personne partie en formation ?

Plusieurs sources de financements sont possibles pour la formation IPA. La structure peut faire une demande via :

- OPCO
- ARS peut co-financer soit via un appel à projet soit via des budgets liés aux priorités régionales
- Auto-financement par l'employeur
- CPTS via une mutualisation de remplacements ou des financements ponctuels

### 15. Est-il possible de cumuler la demande de plusieurs financements ?

Il est important de bien anticiper et réfléchir au montage de vos demandes de financement en fonction de ;

- Cumuls possibles ou non de financements ; dans certaines régions les cumuls de financements sur un même sujet ont été refusés. Nous vous conseillons donc vraiment de bien dissocier la demande de financement pour la formation (tout frais compris ; formation et déplacements induits) et la demande pour le remplacement.
- L'organisation de la formation ; sur certaines régions, l'organisation de la formation permet à l'IPA de revenir travailler à mi-temps

En cas de refus de la part de l'ARS, il peut être intéressant d'interroger l'ARS sur son plan de formation car elle a une obligation de formation dans le champ du sanitaire et social depuis la loi de 2005 inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles.

## Missions et responsabilités de l'IPA

### 16. Quelles sont les missions d'un·e IPA ?

Selon le [référentiel](#), un·e IPA a des missions de :

1. Coordination, orientation, prévention, éducation thérapeutique et dépistage ;
2. Évaluation clinique et paraclinique, conclusion et suivi ;
3. Réalisation d'actes techniques autonomes
4. Prescription et adaptation thérapeutique, incluant :
  - Médicaments non soumis à prescription
  - Examens complémentaires
  - Adaptation/renouvellement de prescriptions
  - Prescriptions encadrées

Depuis janvier 2025, l'accès direct permet à l'IPA salarié du secteur privé et médico-social de recevoir un patient sans prescription médicale initiale.

### 17. L'IPA a-t-il·elle besoin de l'aval d'un médecin pour exercer ?

Depuis le décret du 20 janvier 2025, les IPA de structures d'exercice coordonné (ex : établissements de santé, médico-sociaux, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles) peuvent réaliser des consultations sans l'aval d'un médecin.

### 18. Qu'est-ce que modifie le décret du 20 janvier 2025 et l'arrêté d'avril 2025 précisant son application ?

#### 1. Accès direct aux IPA en structures d'exercice coordonné

Le décret permet aux patients de consulter directement un.e IPA dans les structures d'exercice coordonné (ex : établissements de santé, médico-sociaux, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles) sans orientation médicale préalable.

#### 2. Élargissement des compétences des IPA

Le décret élargit les compétences des IPA en leur permettant

- Etablir un diagnostic infirmier dans le cadre de leur spécialité ;
- Proposer et mettre en œuvre des choix thérapeutiques adaptés, en concertation avec les autres professionnels de santé ;

Ces évolutions sont encadrées par des protocoles de coopération définis au sein des structures.

#### 3. Suppression du protocole d'organisation obligatoire

L'article qui imposait un protocole d'organisation entre le médecin et l'IPA, a été abrogé. Cette suppression vise à offrir une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail des IPA, tout en maintenant la nécessité de définir des modalités de coopération et de concertation interprofessionnelles adaptées à chaque structure.

### 19. Que peut prescrire un·e IPA ?

Un.e IPA quelle que soit sa mention peut prescrire :

- ✓ programmes d'activité physique adaptée
- ✓ soins et d'actes infirmiers (y compris le bilan de soins infirmiers)
- ✓ arrêt de travail jusqu'à 3 jours
- ✓ transports sanitaires
- ✓ bande ou bas de contention de classe 1 et 2
- ✓ équipements de protection individuelle
- ✓ compléments nutritionnels oraux
- ✓ antalgiques de palier 1 (paracétamol, aspirine, AINS, néfopam)
- ✓ solutés intraveineux d'électrolytes, ions et glucose : NaCl 0,9 %, G5 %, G30 %
- ✓ antidiarrhéiques : lopéramide, racecadotril, antihistaminiques H1 peu sédatifs par voie orale
- ✓ antispasmodiques à visée digestive et pansements digestifs
- ✓ anesthésiques locaux en gel, crème
- ✓ antiseptiques locaux
- ✓ pansements médicamenteux
- ✓ antiacides gastriques d'action locale
- ✓ inhibiteurs de la pompe à protons
- ✓ laxatifs de lest, osmotiques et lubrifiants
- ✓ traitements antibiotiques pour des infections identifiées à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique, sous condition du suivi d'une formation définie par arrêté
- ✓ Fosfomycine-trométamol, pour traiter une cystite chez la femme de 16 à 65 ans sans facteur de risque de complication
- ✓ Amoxicilline, pour traiter une angine bactérienne à strepto-test positif chez le patient âgé de 10 ans ou plus
- ✓ mammographie, frottis cervico-utérin (FCU)
- ✓ kit de dépistage du cancer du côlon
- ✓ kit de Naloxone dans le cadre d'une prise en charge en urgence.

Pour connaître les prescriptions pour chaque mention, nous vous invitons à consulter l'annexe 2.

## 20. Quelle est la marge de manœuvre de l'IPA concernant la prescription de médicament de substitution ?

Le cadre réglementaire concernant l'intervention des IPA sur la prescription de médicament de substitution reste à ce jour partiellement défini du fait des récentes évolutions législatives, ce qui génère des pratiques variables selon les structures et nécessite une vigilance particulière.

Sur le plan légal, si on s'appuie sur le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 et son arrêté d'application :

- L'initiation de la méthadone, en tant que traitement de substitution aux opiacés (TSO), relève exclusivement de la responsabilité médicale. L'IPA n'est pas autorisé.e à initier ce traitement, ni à en augmenter les doses de manière autonome, sauf

situations très spécifiques et sécurisées par des protocoles validés par l'équipe médicale.

- En revanche, dans le cadre du suivi de patients stabilisés, l'IPA peut, selon les organisations locales, intervenir sur :
  - Le renouvellement des prescriptions de méthadone ;
  - L'adaptation des doses ;

Cependant, l'absence de textes nationaux précis et harmonisés crée un flou réglementaire. Pour assurer la sécurité des professionnels et des usagers il est donc conseillé de :

- Construire localement des protocoles de coopération clairs entre professionnels ;
- Définir précisément les limites des missions de l'IPA dans chaque structure ;
- Garantir une coordination étroite entre les acteurs, notamment dans les phases sensibles du traitement (stabilisation, réévaluation, ajustements) ;
- Ne pas réduire le rôle de l'IPA à la seule prescription, mais reconnaître sa contribution globale à l'évaluation clinique, l'accompagnement et la continuité des soins.

En résumé, dans l'attente d'une clarification nationale, la marge de manœuvre des IPA sur les médicaments de substitution dépend largement des protocoles locaux, de la collaboration avec les médecins et du niveau de stabilisation des patients.

## **21. Quel est le périmètre de responsabilité de l'IPA ?**

L'IPA peut voir sa responsabilité civile engagée en cas de faute, erreur, négligence ou omission dans les soins ou décisions qu'il prend dans le cadre de ses missions. Étant autonome dans une partie de son exercice (diagnostic, prescription, suivi), l'IPA est pleinement responsable des actes relevant de son domaine d'intervention, même si une collaboration avec un médecin est exigée. L'IPA doit donc souscrire à une assurance.

## **22. Quelles sont les différences de périmètre et de responsabilité entre un·e IDE cadre et un·e IPA ?**

L'IDE cadre, au-delà de son expertise métier a également un rôle managérial à tenir auprès de l'équipe. L'IPA quant à lui, s'il n'est pas cadre, se limite à son domaine d'expertise clinique et de coordination.

## **23. Quelles sont les différences entre un·e IDE et un·e IPA ?**

L'IDE agit surtout dans l'exécution et l'application de soins prescrits, avec un rôle propre limité.

L'IPA agit dans un cadre d'autonomie partielle, avec des compétences cliniques étendues, une capacité de prescription, et un rôle de coordination renforcé. C'est un intermédiaire entre l'infirmier·ère généraliste et le·la médecin.

L'IPA ayant exercé en tant qu'IDE cumule les compétences de l'IDE et de l'IPA, cela ne veut pour autant pas dire qu'il exerce en tant qu'IDE.

	IDE	IPA
<b>Périmètre d'intervention</b>		
Soins infirmiers courants	✓	✓
Prévention	✓	✓
Surveillance	✓	✓
Suivi de pathologies chroniques		✓
Renouvellement/adaptation d'ordonnances		✓
Prescription d'examens		✓
<b>Responsabilités</b>		
Soins techniques et relationnels	✓	✓
Surveillance clinique	✓	✓
Diagnostic infirmier		✓
Plan de soins		✓
Coordination interprofessionnelle		✓
<b>Autonomie</b>		
Exécute les prescriptions médicales	✓	✓
Rôle propre encadré	✓	✓
Exerce en autonomie, sous articulation médicale		✓

#### 24. Un·e IPA peut-il·elle devenir che·fe de service ?

Oui, un·e IPA peut accéder à des fonctions de coordination ou de management, à condition de remplir les critères requis pour ces postes. Le regard bio-psychosocial de l'IPA peut venir enrichir la réflexion clinique pluridisciplinaire présente en CSAPA et CAARUD et ainsi la fonction de pilotage, notamment dans des équipes pluri-professionnelles.

#### 25. Un·e IPA peut-il·elle exercer en libéral ? Quelles sont les conditions ?

Oui, l'exercice libéral est possible pour un·e IPA. Cependant le modèle économique n'a pas réellement été pensé ainsi et il peut s'avérer difficile pour un.e IPA d'exercer seulement en libéral. Il existe un forfait de prise en charge qui fait l'objet de discussion pour qu'il soit revu à la hausse mais sans calendrier précis à ce stade.

## 26. Peut-on être IPA à temps partiel ?

Oui, l'exercice à temps partiel est possible. Cela nécessite toutefois une organisation adaptée pour garantir la continuité et la qualité du suivi des patients, en lien avec les autres professionnels de santé.

## Les apports de l'IPA

### 27. Quels sont les bénéfices pour une structure à intégrer un·e IPA ?

Recruter un·e IPA dans une structure peut permettre de :

- Assurer un meilleur repérage des situations complexes ;
- Améliorer la coordination entre les différents professionnels des établissements, renforcer les liens internes ;
- Mieux répartir la charge de travail médicale et apporter un soutien clinique médicale auprès des équipes ;
- Limiter le risque de rupture ;
- Renforcer la coordination avec les autres professionnels médicaux du territoire (ex : médecins de ville)

L'IPA devient ainsi un interlocuteur clé, ressource pour les équipes, sans se substituer au médecin, mais en apportant une expertise complémentaire et en participant à la réorganisation de l'offre de soins, notamment dans les territoires confrontés à la désertification médicale.

### 28. Quels bénéfices pour les partenaires ?

Identifier un·e IPA dans une structure peut permettre aux partenaires du territoire de :

- Faciliter l'orientation des patients, améliorer leur prise en charge et ainsi limiter le risque de rupture
- Améliorer l'articulation interprofessionnelle

### 29. Et pour les patients ?

Mettre à disposition un·e IPA pour les patients cela permet de :

- Assurer une continuité et une fluidité dans le parcours de soins
- Favoriser l'accessibilité à un accompagnement qui soit mieux coordonné

## Préparation et prise de poste de l'IPA

### 30. Comment définir les missions de l'IPA ?

Les missions doivent être co-construites avec la direction et les autres professionnels (médecins, psychologues, éducateurs, assistants sociaux, etc), à partir d'un diagnostic partagé des besoins de santé et des priorités du territoire ou de la structure. Vous pouvez vous aider du référentiel disponible en téléchargement sur le site de la Fédération Addiction. Mettre le lien.

### 31. Quelles sont les bonnes pratiques à mettre en place pour assurer la coordination entre les différents professionnels ?

Une bonne coordination passe par une communication fluide, la reconnaissance et la compréhension mutuelle des rôles de chacun, et des temps réguliers de concertation (ex : réunions cliniques, protocoles partagés).

### 32. Quels freins peut rencontrer un·e IPA à son arrivée dans une structure et comment les anticiper ?

- Absence de ligne budgétaire dédiée pour les postes.
- Difficulté à se positionner auprès du reste de l'équipe
- Difficulté à définir une fiche de poste
- Reconnaissance statutaire encore floue.
- Intégration difficile dans certaines structures, en raison de contraintes financières et organisationnelles.

### 33. Comment formaliser un protocole d'organisation entre l'IPA et le reste de l'équipe ?

Il est recommandé de rédiger un document précisant les modalités de collaboration (population cible, modalités de saisine, partage d'informations, supervision médicale...), validé par les instances concernées et régulièrement actualisé selon l'évolution de l'environnement et des enjeux.

## Place des missions transversales

### 34. Quelles sont les missions transversales de l'IPA ?

Selon le référentiel, 20% du temps de travail de l'IPA doit être dédié à la réalisation de missions transversales qui se déclinent à travers des activités de :

- Recherche
- Veille
- Participation aux démarches qualité et à l'analyse des pratiques professionnelles
- Coordination avec les acteurs du territoire
- Participation à la formation

### 35. Que permet un temps de recherche dans le cadre de la pratique de l'IPA ?

Accorder un temps de travail dédié à la recherche permet de nourrir la recherche en sciences infirmière qui est encore récente. Les recherches peuvent être menées sur des sujets médicaux mais pas seulement, elles peuvent aussi se pencher sur de l'évaluation de pratiques, de protocole et ainsi venir améliorer la pratique professionnelle dans son ensemble.

## Définition salariale

### 36. Quelle grille salariale utiliser pour définir la rémunération d'un·e IPA ?

Cette question reste complexe, car si les IPA exerçant en structure hospitalière ont été positionnés dans une grille, il n'existe pas de grille spécifique pour les IPA exerçant dans des structures de soins coordonnée et les pratiques varient d'un établissement à l'autre.

- **IPA en structure hospitalière** : Les IPA sont intégrés à la nouvelle grille de catégorie A - "Infirmier en pratique avancée", créée par le décret n°2020-905 du 24 juillet 2020, dans la filière soignante : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/article/KALIART1000005802910](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIART1000005802910)
- **IPA en structure de soins coordonnée** : Le salaire dépend de la convention collective applicable, avec souvent des ajustements négociés en interne. Puisqu'il n'existe pas de grille spécifique pour les IPA, les retours de terrain nous montre que leur salaire est souvent calculé sur la base de la grille tarifaire des psychologues :
- **Convention 66** : <https://la-paie-facile.com/grille-salaires-convention-collective-66/>
- **Convention 51** : [https://www.iedu.fr/grille-de-salaire-de-la-convention-51/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.iedu.fr/grille-de-salaire-de-la-convention-51/?utm_source=chatgpt.com)

### 37. Comment valoriser la montée en compétence d'un·e IPA déjà cadre ?

Il est important de bien distinguer les missions de coordination managériale du cadre de celles de la clinique de santé, tout en reconnaissant les apports croisés.

## Place de l'IPA en milieu spécifique

### 38. Quels sont les enjeux spécifiques à l'exercice professionnel d'un·e IPA en milieu rural ?

L'IPA peut répondre à un besoin d'accès aux soins renforcé dans ces territoires. L'isolement professionnel, les distances et la coordination à distance sont des enjeux majeurs, qui nécessitent des dispositifs de soutien adaptés.

### 39. Existe-t-il des IPA en milieu pénitentiaire ?

Oui, il existe des IPA qui exerce en milieu pénitentiaire.

### 40. Quelles coopérations territoriales peuvent être mises en place par un·e IPA ?

Les IPA peuvent mutualiser leurs expertises au sein de réseaux, plateformes de téléexpertise, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou groupes de travail inter-structures pour renforcer leur impact collectif.

#### Sources :

- <https://www.santementale.fr/2025/01/le-decret-attendu-de-longue-date-par-les-ipa-est-paru-ce-matin/>
- <https://www.actusoins.com/en-addictologie-des-consultations-infirmieres-en-autonomie.html>
- <https://www.ameli.fr/paris/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
- <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies>
- <https://www.federationaddiction.fr/actualites/infirmiers-de-pratique-avancee-bientot-une-formation-en-addictologie/>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- <https://infos-ipa.fr/>
- <https://has-sante.fr>
- <https://ordre.pharmacien.fr>
- <https://www.agenceprofessionssante.fr/chiffres-cls/le nombre-dinfirmiers-en-pratique-avance-ipa>
- <https://la-paie-facile.com/grille-salaires-convention-collective-66/>
- <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies>

## ANNEXES

### Annexe 1 - cadre législatif et réglementaire

Le cadre réglementaire de l'exercice en pratique avancée repose sur plusieurs textes clés, parmi lesquels :

Décrets	Contenus
<a href="#">Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018</a>	relatif au diplôme d'Etat infirmier en pratique avancée
<a href="#">Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018</a>	relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
<a href="#">Arrêté du 18 juillet 2018</a>	fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique
<a href="#">Arrêté du 18 juillet 2018</a>	fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique
<a href="#">Arrêté du 18 juillet 2018</a>	relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée
<a href="#">Décret n° 2019-835 du 12 août 2019</a>	relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie
<a href="#">Décret n° 2019-836 du 12 août 2019</a>	relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
<a href="#">Arrêté du 12 août 2019</a>	relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers
<a href="#">Arrêté du 12 août 2019</a>	modifiant les annexes de 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
<a href="#">Arrêté du 12 août 2019</a>	modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée
<a href="#">Décret du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences</a>	Relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences
<a href="#">Décret du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée</a>	Relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée. L'accès direct permet à l'IPA de recevoir un patient sans prescription médicale initiale.

<a href="#"><u>Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018</u></a>	Fixant les listes de pathologies, actes, médicaments, examens et modalités de prescription permettant l'exercice infirmier en pratique avancée. À noter : les annexes VI et VII introduisent des éléments nouveaux comme la prescription d'antibiotiques spécifiques, arrêts de travail courts, transports sanitaires, antalgiques ou encore programmes d'activité physique adaptée, sous certaines conditions et parfois après un diagnostic médical préalable.
--	---

## Annexe 2 - liste complète des prescriptions ouvertes aux IPA selon l'arrêté du 30 avril

1. **Ce que l'ensemble des infirmiers en pratique avancée peuvent prescrire:**
  - programmes d'activité physique adaptée
  - soins et d'actes infirmiers (y compris le bilan de soins infirmiers)
  - arrêt de travail jusqu'à 3 jours
  - transports sanitaires
  - bande ou bas de contention de classe 1 et 2
  - équipements de protection individuelle
  - compléments nutritionnels oraux
  - antalgiques de palier 1 (paracétamol, aspirine, AINS, néfopam)
  - solutés intraveineux d'électrolytes, ions et glucose : NaCl 0,9 %, G5 %, G30 %
  - antidiarrhéiques : lopéramide, racecadotril, antihistaminiques H1 peu sédatifs par voie orale
  - antispasmodiques à visée digestive et pansements digestifs
  - anesthésiques locaux en gel, crème
  - antiseptiques locaux
  - pansements médicamenteux
  - antiacides gastriques d'action locale
  - inhibiteurs de la pompe à protons
  - laxatifs de lest, osmotiques et lubrifiants

- traitements antibiotiques pour des infections identifiées à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique, sous condition du suivi d'une formation définie par arrêté
- Fosfomycine-trométamol, pour traiter une cystite chez la femme de 16 à 65 ans sans facteur de risque de complication
- Amoxicilline, pour traiter une angine bactérienne à strepto-test positif chez le patient âgé de 10 ans ou plus
- mammographie, frottis cervico-utérin (FCU)
- kit de dépistage du cancer du côlon
- kit de Naloxone dans le cadre d'une prise en charge en urgence.

**2. Dans le cadre de pathologies chroniques stabilisées ou de la prévention et polypathologies courantes en soins primaires:**

Sans diagnostic préalable:

- antihypertenseurs de première ligne pour les hypertensions de grade 1 sans retentissement et à l'exclusion des bêtabloquants : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2), inhibiteur calcique, diurétique thiazidique en monothérapie et de préférence en monoprise
- polygraphie ventilatoire nocturne pour le dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- traitements hypoglycémiants de première ligne pour le diabète de type 2
- dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie capillaire : lecteur de glycémie, bandelettes d'autocontrôle de la glycémie, autopiqueur, lancettes.

Avec diagnostic préalable:

- séances de réhabilitation chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée
- traitements hypolipémiants de première ligne et prévention du risque cardiovasculaire : statines et ézétimibe
- dispositif d'auto-surveillance du taux de glucose interstitiel
- traitements antihypertenseurs jusqu'à trois classes associées : inhibiteurs calciques, inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2) et diurétiques thiazidiques ou apparentés dans le cadre d'une adaptation du traitement selon les recommandations pour les hypertension artérielles de stade 2 et 3
- traitements hypoglycémiants : tous les antidiabétiques oraux et injectables y compris insulines d'action intermédiaire et lente
- traitements bronchodilatateurs inhalés, à l'exclusion des prescriptions pour inhalation par nébuliseurs : bronchodilatateurs de courte durée d'action (bêta-2

mimétiques, anticholinergiques, bromure d'ipratropium), de longue durée d'action (béta2-stimulants, anticholinergiques), associations de bronchodilatateurs d'action prolongée et de corticoïdes inhalés

- oxygénothérapie : adaptation du dispositif après une demande d'entente préalable
- traitements de l'insuffisance cardiaque dans le cadre d'une conduite diagnostique et de choix thérapeutiques déterminés par un médecin : inhibiteur de l'enzyme de Conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2), diurétiques épargneurs de potassium, diurétiques de l'anse, inhibiteurs SGLT-2 (glifozine), antagonistes des récepteurs de l'aldostérone
- dispositifs médicaux et aides techniques pour le maintien au domicile : matelas à air fluidisé
- agoniste dopaminergique, précurseur de la dopamine (L-DOPA), inhibiteur de la monoamine oxydase de type B (IMAO-B) en cas de suspicion de déséquilibre du traitement chez un patient ayant une maladie de Parkinson
- potassium si hypokaliémie.

### **3. En oncologie et hémato-oncologie:**

- antiémétiques antagonistes des récepteurs à la dopamine de type D2 : métoclopramide, métopimazine, alizapride
- antiémétiques antagonistes des récepteurs à la sérotonine de type 3 (setrons) : granisetron, ondanséttron, palonoséttron
- laxatifs par voie orale de lest, osmotiques et lubrifiants et par voie rectale
- topiques émollients et hydratants, préparations magistrales (à base d'urée ou d'acide salicylique en cas d'hyperkératose) : crèmes, lotions, baumes, pommades
- antalgiques de palier 2 : codéine, dihydrocodéine, tramadol
- carboxymaltose ferrique lorsque les préparations orales de fer ne sont pas efficaces ou ne peuvent être utilisées (gestion de l'anémie chimio-induite en usage hospitalier)
- antiémétiques antagonistes des récepteurs à la neurokinine de type 1 (anti-NK1) : aprépitant, nélipitant, rolapitant
- gestion des toxicités endobuccales : bétaméthasone en comprimés à sucer, amphotéricine B en suspension buvable, miconazole en gel buccal, morphine à 2 % ou lidocaïne en application buccale
- antihistaminiques H1 peu sédatifs par voie orale (prévention des réactions allergiques)
- dispositifs médicaux et aides techniques pour le maintien à domicile : matelas à air fluidisé.

### **4. Dans la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale:**

- inhibiteurs calciques dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle
- calcium per os, vitamine D, chélateur du phosphore (traitement des troubles phosphocalciques)
- bicarbonate de sodium per os (traitement de l'acidose métabolique) ;
- chélateur du potassium, potassium per os (traitements des dyskaliémies)
- acides aminés per os après évaluation de l'état nutritionnel lorsque régime hypoprotidique envisagé
- dispositifs médicaux et aides techniques pour le maintien à domicile : matelas à air fluidisé.

## 5. En psychiatrie et santé mentale:

### Sans diagnostic préalable:

- correcteurs du syndrome extrapyramidal induit par les neuroleptiques : tropatépine, bipéridène, trihexyphénidyle
- anxiolytique : hydroxyzine.

### Avec diagnostic préalable:

- antalgiques paliers 2 à 3
- anticholinergiques inhalés d'action brève, en aérosol doseur, poudre sèche ou nébulisation (uniquement bromure d'ipratropium)
- bêta-2 mimétiques d'action rapide (salbutamol et terbutaline) inhalés, en aérosol doseur, poudre sèche ou nébulisation
- corticoïdes per os ou injectable
- antihistaminiques injectables
- mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote
- immunoglobulines antitétaniques
- collyres analgésiques : oxybuprocaïne
- gouttes auriculaires
- traitement préventif post exposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- liquide d'inhalation par vapeur : méthoxyflurane
- anticoagulant à dose préventive dans le cadre de la pose de dispositif d'immobilisation
- antifongiques : éconazole
- antiparasitaires : ivermectine
- test à la fluorescéine

- acétylleucine
- N-acétylcystéine (NAC).