

2025

Pratique avancée infirmière

Guide pratique d'implantation / installation de l'IPA en établissement & en ville



Avec le soutien institutionnel de



Remerciements au



dans la rédaction des conseils pratiques pour l'IPA en ville

Comité scientifique et rédactionnel :

Mr Alexis BLANC

IPA mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires, MSP du Haut Allier, Langogne

Mr Guillaume BONNET

IPA mention Oncologie et hémato-oncologie, CH d'Amiens

Mr Arnaud CHAMBRETTE

IPA Mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires, CH Auxerre

Mr Alexandre COQUEL

IPA Mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires, GH Eaubonne-Montmorency

Mme Julie DEVICTOR

IPA Mention Oncologie et hémato-oncologie, CHU Hôpital Beaujon, Clichy

Mme Loubna DIOURI

IPA Mention Oncologie et hémato-oncologie, Institut Godinot, Reims

Mme Cécile MIGALA

IPA Mention Oncologie et hémato-oncologie, Clinique Mutualiste Saint Etienne

Mr Kevin VAN DEN BERGH

IPA mention Urgences, CH Perpignan



Vous avez un projet professionnel et / ou un projet institutionnel d'intégration de la pratique avancée infirmière au sein du parcours de soins des patients et usagers du système de santé ? Un comité indépendant d'infirmières et d'infirmiers en pratique avancée (IPA) ont rédigé pour vous ce guide pratique, réunissant de manière synthétique, les grands points à avoir en tête, ainsi que de nombreux conseils pour la réalisation de votre projet.

Cette ressource précieuse a bénéficié de la relecture finale de l'Association Nationale Française des IPA, l'ANFIPA, et a disposé du soutien de la société Pfizer pour sa mise-en-page et sa diffusion.

L'ANFIPA remercie chaque personne ayant œuvré à la réalisation de cet ouvrage.



Introduction générale

p.4-17

- Définition et législation p. 4-5
- Formation p. 6-7
- Une implantation pensée en amont de la formation p. 8-9
- Modèle économique et tarification de l'activité p. 10-13
- Evaluation de l'activité p. 14-15
- Annuaire des personnes ressources p. 16-17

IPA en établissement de santé / médico-social

p. 18-25

- Conseils pratiques, freins et leviers pour l'IPA en établissement de santé ou médico-social p. 18-19
- Communication et collaboration entre les professionnels en établissement de santé ou médico-social p. 20
- Comment valoriser l'activité ? p.21
- Cas pratiques :
 - Urgences p. 22
 - Oncologie et hématologique p. 23
 - Cardiologie p. 24

IPA en ville (salarié.e & libéral.e)

p. 26-35

- Conseils pratiques pour l'IPA en ville (salarié.e & libéral.e) p. 26
- Freins et leviers à l'installation p. 27
- Démarches administratives p. 28-30
- Matériel p. 31
- Identification du territoire et communication avec les professionnels p. 32-34

Et après ?

p. 36-37

- Formation continue p. 36
- Évolution de l'activité p. 37

Références

p. 38-39

Définition et législation 1-13

Une définition à l'échelle mondiale :

Le Conseil International des Infirmier.e.s décrit un.e « **infirmier.e en pratique avancée** [comme] un.e infirmier.e diplômé.e d'état ou certifié.e qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier.e sera autorisé.e à exercer ».

En pratique, deux modèles internationaux :

L'infirmier.e praticien.ne (**IP**) et l'infirmier.e clinicien.ne spécialisé.e (**ICS**) sont les deux modèles d'infirmier.e en pratique avancée (**IPA**) les plus souvent décrits à l'échelle internationale.

Infirmier.e praticien.ne

- **Généraliste** : soins primaires, soins intensifs.
- Clinicien.ne autonome capable de prescrire et traiter des affections en fonction de directives reposant sur des données probantes.
- Rôle le plus important : les **soins cliniques directs** (+ 80 %).
- Exerce plutôt en soins primaires, soins intensifs ou milieux non hospitaliers.

Infirmier.e clinicien.ne spécialisé.e

- **Spécialité identifiée**.
- Clinicien.ne expert.e dispensant des soins directs complexes et spécialisés avec une approche systémique.
- Rôle important en **recherche et formation, démarche qualité, appui aux équipes** (+ 80 %).
- Exerce plutôt dans un hôpital ou un cadre institutionnel.

Un peu d'histoire :

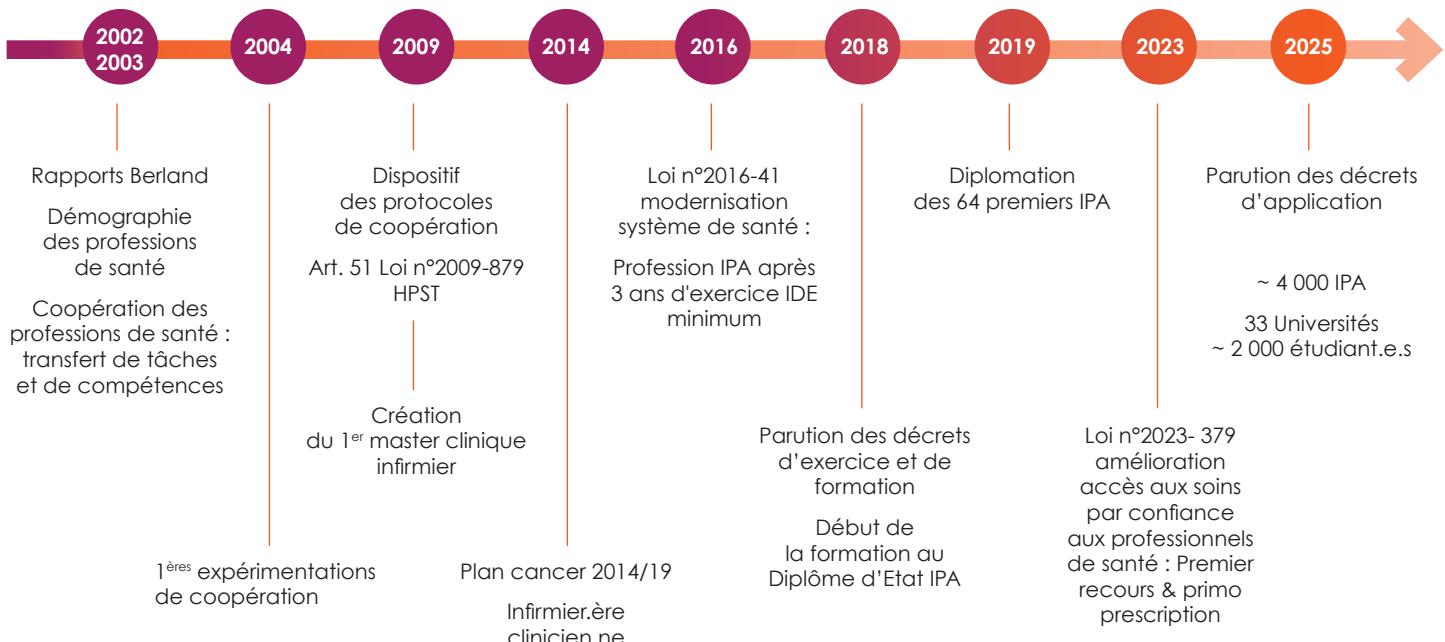


À l'origine, le concept de pratique avancée infirmière est apparu aux États-Unis par le Pr. Hildegarde Peplau en **1954**. Elle crée ainsi le premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques, considéré comme la 1^{ère} formation d'ICS.

C'est en **1965** que la 1^{ère} formation d'IP en pédiatrie voit le jour au Canada grâce à Loretta Ford et le Dr. Henry Silver pour répondre au manque de pédiatres sur le territoire.

En France, un modèle hybride...

Dans un contexte d'accroissement des maladies chroniques et de vieillissement de la population, mais également d'enjeux démographiques médicaux et infirmiers, la France a fait le choix d'un modèle mixte IPA praticien / clinicien en 2016. Ce modèle s'est précisé avec l'introduction de l'accès direct aux IPA en 2023.





... décliné en cinq mentions :

- Pathologies chroniques stabilisées ; polypathologies courantes et prévention en soins primaires.
- Oncologie et onco-hématologie.
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.
- Psychiatrie, santé mentale.
- Urgences.

... avec un référentiel d'activités et de compétences :

Activités cliniques

Activités transverses

| Référentiel des activités | Référentiel des compétences |
|--|---|
| Observation, recueil et interprétation des données (examen clinique) dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention. | Évaluer l'état de santé de patients dans le cadre de motifs de recours ou en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées. |
| Prescriptions et réalisations d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine | Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé. |
| Conception, mise en œuvre et évaluation d' actions de prévention et d'éducation thérapeutique . | Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique . |
| Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient . | Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés. |
| Mise en œuvre d' actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles . | Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique . |
| Contribution à des études et des travaux de recherche . | Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques . |

... et depuis peu, les modalités d'application de l'accès direct aux IPA, toutes mentions confondues :

Le décret n°2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions d'accès direct aux infirmier.ère.s en pratique avancée modifie le Code de santé publique, précisant désormais que l'IPA « participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ou **s'adressant directement à lui** ». Les conditions d'intervention de l'IPA en accès direct et d'orientation du patient dans son parcours de soins y sont détaillées.

... et les modalités d'introduction de nouveaux traitements ou dispositifs (primo-prescription) :

Ce même décret autorise les IPA à prescrire des **produits de santé ou des prestations soumis ou non à prescription médicale obligatoire**, dont la liste est arrêtée par le ministre chargé de la santé. L'arrêté du 25 avril 2025, publié au Journal officiel le 30 avril 2025, modifie ainsi l'arrêté de 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée.

Désormais, les IPA, **quelle que soit leur mention**, peuvent prescrire des produits ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire, tels que des programmes d'activité physique adaptée, des arrêts de travail de moins de 3 jours, des transports sanitaires, des antalgiques de palier 1, des compléments nutritionnels oraux ou de certains solutés intraveineux. L'arrêté autorise également, sous conditions de formation spécifique, la prescription de certains antibiotiques (Fosfomycine, Amoxicilline) suite à un test rapide d'orientation diagnostique positif pour des infections identifiées.

La liste complète est fixée en annexe VI de l'arrêté.

De plus, **en fonction de leur domaine d'intervention**, les IPA sont autorisés à prescrire d'autres produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire, fixés dans les listes spécifiques de l'annexe VII. Selon les domaines d'intervention et les mentions, certains de ces éléments ne requièrent pas de diagnostic médical préalable.

L'arrêté précise également que **ces prescriptions « ne peuvent être renouvelées sans concertation médicale »**.



Retrouvez l'arrêté précisant les prescriptions pouvant être effectuées par l'IPA, avec ou sans diagnostic médical préalable, en scannant le QR code ci-contre.

Formation 14-16

Le Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée, et la formation y conduisant :

Le Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée est délivré par les **établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités** à cet effet.

La formation est organisée en **quatre semestres** validés par l'obtention de 120 crédits européens.

Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée confère le **grade universitaire de master** et précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-1 du code de la santé publique.

Pour être autorisés à candidater à la formation, les candidats doivent justifier des conditions fixées à l'article D. 636-77 du code de l'éducation :

- Soit être titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4311-3 ou L. 4311-12 du code de la santé publique leur permettant d'exercer la profession d'infirmier.
- Soit être titulaire d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par l'autorité compétente en application de l'article L. 4311-4 du code de la santé publique.

Selon l'article D4301-8 du Code de la santé publique, l'infirmier est autorisé à exercer en pratique avancée s'il justifie de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier.

Les unités d'enseignements (référentiel de formation) :

| Semestre 1 | Semestre 2 | Semestre 3 | Semestre 4 |
|---|---|----------------------|-------------------------|
| Clinique | Clinique | Recherche | Stage |
| Sciences infirmières et pratique avancée | Formation et analyse des pratiques professionnelles | Anglais | Mémoire (et soutenance) |
| Responsabilité, éthique, législation, déontologie | Santé publique | Bases fondamentales* | |
| Anglais | Recherche | Clinique* | |
| Méthodes de travail | Stage (et rapport de stage) | Parcours de santé* | |

* spécifique par mention



Les stages :

Durant leur formation, les étudiants accomplissent **deux stages** :

- Un stage d'une durée minimum de **2 mois** au cours du deuxième semestre de formation.
- Un stage d'une durée minimum de **4 mois**, au cours du quatrième semestre de formation, dont les objectifs sont en lien direct avec la mention suivie.

Les étudiants réalisent ces stages dans des **terrains de stage en lien avec leur projet professionnel**.

Un **carnet de stage** identifie les objectifs transversaux et spécifiques du stage. Il permet le suivi de la progression de l'étudiant et son évaluation. Celle-ci porte notamment sur des activités adaptées aux compétences transversales et spécifiques à acquérir.

Les **terrains de stage** dans lesquels sont affectés les étudiants sont **agrémentés** par le directeur de l'unité de formation et de recherche ou de la structure dispensant la formation. Les stages font l'objet d'une convention entre le directeur de la composante ou de la structure assurant la formation et le responsable du terrain de stage. Cette convention précise les modalités d'organisation, d'encadrement et de déroulement des stages.



Les aides financières des agences régionales de santé (ARS) :

Pour encourager le déploiement des IPA, certaines **ARS** peuvent proposer un accompagnement concernant le projet professionnel IPA et parfois un soutien financier pour les étudiants IPA durant leur formation ou lors de l'installation en libéral.



Bon à savoir :

N'hésitez pas à vous rapprocher de l'**ARS** correspondante à votre lieu d'exercice pour vous renseigner sur leurs possibilités d'accompagnement et les modalités de l'appel à candidature pour accord des montants de subvention.

A titre d'exemple, les montants de subvention en 2024 de l'ARS Ile de France étaient de :

- 32 500 € par année de subvention pour les infirmier.ère.s libéraux.
- 25 000 € par année de subvention et par infirmier.ère pour les centres de santé et aux établissements du médico-social (public, ESPIC, privé).
- 10 600 € par année de subvention et par infirmier.ère pour les établissements de santé (public, ESPIC, privé).



Retrouvez les universités accréditées en scannant le QR code ci-contre.

Une implantation pensée en amont de la formation

La mise en place d'un poste d'IPA dans un secteur de soins, en ville ou en établissement, nécessite une **réflexion approfondie en amont**.

Le modèle d'implantation **PEPPA** (*Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing role development, implementation and evaluation*) est un outil méthodologique facilitant l'implantation des IPA et reposant sur **9 étapes successives**. C'est le modèle recommandé par le **Conseil international des Infirmier.ère.s (CII)**.

Étape 1 Définir la population cible et décrire le modèle de soins actuel :

La 1^{ère} étape consiste à **définir précisément la population de patients** qui sera prise en soins par l'IPA (pathologie, âge, etc ...) et à **cartographier le modèle de soins existant** afin d'objectiver la prise en charge actuelle des patients et de ne pas positionner l'IPA sur des missions déjà pourvues.



Exemples de questions à se poser :

- Quelle prise en charge est proposée à ces patients ?
- Par qui sont-ils adressés ?
- Quels intervenants participent à la prise en charge (en incluant les expertises infirmières : infirmier(e) de coordination, infirmier(e) douleur, infirmier(e) en soins palliatifs, etc ...) ?
- A quelle fréquence sont-ils vus en consultation, en hôpital de jour ?
- Existe-t-il un lien ville-hôpital ?

Étape 2 Identifier les parties prenantes et les impliquer :

La 2^{ème} étape a pour objectif **d'identifier l'ensemble des personnes qui participeront à l'élaboration du projet d'implantation de l'IPA**.



Composition du groupe de travail (a minima) :

- Un cadre de santé.
- Un représentant médical.
- L'infirmier identifié.

Étape 3 Définir la population cible et décrire le modèle de soins actuel :

La 3^{ème} étape vise à **évaluer les besoins d'un nouveau modèle de soins**.

La pratique avancée doit en effet répondre à la triade des besoins :

- Besoins de la population.
- Besoins de l'établissement.
- Besoins du système de santé.



Plusieurs outils peuvent être utilisés :

- Une **enquête** menée au sein de l'établissement.
- Des **entretiens** avec les professionnels de santé.
- Une **analyse SWOT** analysant les éléments impactant le modèle de soins actuel :
 - Opportunités / menaces (éléments extérieurs).
 - Forces / faiblesses (éléments internes)

Étape 4 Identifier les problèmes et les objectifs prioritaires pour améliorer le modèle de soins :

La 4^{ème} étape se résume à **prioriser les problèmes identifiés et à définir des objectifs correspondants**.



Des objectifs SMART :

S : spécifique.
M : mesurable.
A : atteignable.
R : réalisable.

T : temporellement défini.

Exemple : diminuer de X % le nombre de patients insuffisants cardiaques ré-hospitalisés dans les 6 mois.



Étape 5 Définir le nouveau modèle et le rôle de l'IPA dans ce modèle :

La 5^{ème} étape consiste à **définir le nouveau modèle de soin pluridisciplinaire et le champ d'action de l'IPA**. Cette étape nécessite de confronter les objectifs fixés aux référentiels d'activités et de compétences de l'IPA pour construire son activité.



Le nouveau modèle de soin définit :

- Le rôle du ou des médecins collaborant avec l'IPA.
- Le rôle de l'IPA dans la prise en charge et dans le parcours du patient.
- La coordination entre les acteurs.
- Les conditions de retour du patient de l'IPA au médecin.

Les activités transversales de l'IPA (formation, recherche, évaluation des pratiques professionnelles) doivent être précisées et le temps alloué doit être défini en amont.

Étape 6 Planifier les stratégies de mise en œuvre :

La 6^{ème} étape définit le **rétroplanning du projet**, en précisant les échéances de chacune des étapes. Il est également primordial d'identifier les **leviers et les freins** à cette implantation afin d'anticiper certaines problématiques et de les résoudre avant l'implantation de l'IPA.



Exemples de rétroplanning (non exhaustif) :

- Date d'information de toutes les parties prenantes.
- Date d'entrée en formation.
- Rédaction du projet détaillé (en amont du démarrage de l'activité).
- Mise à disposition d'un bureau et de matériel.
- Campagne de communication au sein de l'établissement.
- Date de démarrage de l'activité.
- Plan d'évaluation et de collecte des données (date de point d'évaluation, périodicité de réévaluation ...).

Étape 7 Lancer le plan de mise en œuvre de l'IPA :

La 7^{ème} étape concerne la **mise en œuvre effective du projet**.



Étape 8 Évaluer le rôle de l'IPA et le nouveau modèle de soins :

La 8^{ème} étape consiste à **évaluer régulièrement l'implantation de manière qualitative et quantitative** en regard des objectifs fixés initialement. L'évaluation du travail de l'IPA doit permettre de fournir des données probantes sur son impact. La réflexion sur ces indicateurs peut être amorcée dès la rédaction du projet d'implantation. Cette étape doit être prévue dans un délai pouvant aller jusqu'à un an après la prise de poste.



Exemples d'indicateurs à suivre :

- Volume des activités cliniques et paracliniques : nombre de patients bénéficiant du suivi IPA, nombre de consultations réalisées dans l'année...
- Nombre d'événements indésirables, événements indésirables graves.
- Délais de prise en charge (encombrement des plannings de consultation, initiation et suivi des traitements).
- Satisfaction des patients, des familles, des collaborateurs de l'IPA.

Étape 9 Surveillance à long terme du rôle et du modèle de soins :

La 9^{ème} étape consiste à **poursuivre l'évaluation sur le long terme de l'activité de l'IPA** en prenant tout ou partie des indicateurs suivis à l'étape 8. L'objectif étant de réajuster, si besoin, le modèle qui avait été défini initialement.



L'implantation de la pratique avancée est un processus évolutif.

Modèle économique et tarification de l'activité

Forfaits IPA :

Le modèle économique est identique pour l'IPA en exercice salarié et l'IPA en exercice libéral. Il est basé sur des forfaits et non des prestations (avant 9 à la convention nationale des infirmiers (UNCAM) du 27/07/2022) :



Ne pas oublier les majorations :

« MIP » = majoration liée à l'âge du patient (< 7 ans ou ≥ 80 ans) → 3,90 €.

« IFI 1 » = indemnité forfaitaire de déplacement infirmier.

« IK » = indemnités kilométriques.

La règle inscrite à l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels selon laquelle « le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un infirmier.ère ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport à l'infirmier.ère, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade » ne s'applique pas pour le suivi des patients par les infirmier.ère.s en pratique avancée.

Les majorations de **MIE** (Majoration enfant moins de 7 ans), **MCI** (Majoration de coordination infirmière) et **MAU** (Majoration d'acte unique) applicables aux actes infirmiers, ne sont pas applicables aux forfaits IPA.

En établissement de santé :

Forfaits HDJ



Bon à savoir :

- Les interventions des infirmier.ère.s peuvent être dénombré.e.s au titre des interventions des professionnels paramédicaux pour les soins courants (tels que, à titre d'illustration, la surveillance des constantes du patient, la réalisation de pansements, la mise en place d'une perfusion) incluant les soins infirmiers.
- Lorsqu'un.e infirmier.ère intervient directement auprès du patient dans le cadre des soins courants et qu'il / elle réalise une consultation d'éducation thérapeutique ou de pratique avancée, deux interventions peuvent être dénombrées, qu'il s'agisse de la même personne ou de deux personnes distinctes.
- Le forfait d'initiation / de suivi et le forfait HDJ peuvent être faits dans le même mois mais pas dans la même journée.



Enveloppes de dotation globale

Certains financements ne permettent pas de facturer les forfaits IPA.

La psychiatrie et les urgences disposent d'une enveloppe de dotation globale.

En néphrologie, il existe un forfait **MRC** (Maladie Rénale Chronique) qui constitue une rémunération forfaitaire annuelle des établissements de santé mettant en place un parcours de prise en charge pluridisciplinaire annuel des patients atteints de maladie rénale chronique, aux stades 4 et 5. L'objectif étant d'améliorer le suivi de ces patients, de lutter contre la progression de la maladie et la survenue de complications rénales.

AVIS D'EXPERT

Même s'il n'y a pas de valorisation financière de l'intervention de l'IPA, il est important qu'il y ait une traçabilité de son activité.

Le forfait MRC (Maladie Rénale Chronique) :

- Ce forfait s'adresse à certains patients atteints de MRC et aux établissements éligibles (se reporter à l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale).
- Les 3 consultations annuelles minimales devant être assurées pour bénéficier de la totalité de la rémunération forfaitaire sont les suivantes :

1 consultation individuelle avec un **néphrologue**

À défaut de cette consultation, aucune rémunération ne peut être perçue au titre du forfait.

+ 1 séance individuelle avec l'**IDEC** ou l'**IPA**

À défaut de cette séance, un abattement de 1/3 du montant du forfait est appliqué (-33 %).

+ 1 séance individuelle avec un **diététicien** ou un **psychologue** ou un **assistant social** ou avec un **IPA**

À défaut de cette séance, un abattement de 1/3 du montant du forfait est appliqué (-33 %).



Bon à savoir :

- L'intervention d'un IPA ne peut être comptabilisée qu'une seule fois, soit au titre de la 2^{ème} séance individuelle soit au titre de la 3^{ème}.

Les forfaits Urgences :

Chaque passage non programmé au sein d'une structure de médecine d'urgence mentionnée au 3^o de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique, qui n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement, donne lieu, pour les soins dispensés dans la structure des urgences autorisée, à facturation de forfaits dénommés « **forfaits âge urgences** » (FU).

- Ces forfaits, tenant compte de l'âge du patient, sont facturés dès lors que le patient a bénéficié d'une prise en charge complète par le médecin ou l'IPA de la structure des urgences ou de la structure des urgences pédiatriques.
- La facturation du FU peut être cumulée avec le **Forfait Patient Urgences** (FPU) et avec un ou plusieurs suppléments.
- La valorisation de l'activité des IPA Urgences en établissement de soins peut être régie par l'arrêté du 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, où sont stipulés les modalités d'applications des FU.

Forfait Patient Urgences (FPU)

+ Forfait âge urgences (FU)

+ Suppléments

Dès lors que le patient a bénéficié d'une prise en charge complète par le médecin ou l'IPA de la structure des urgences ou de la structure des urgences pédiatriques.

- Transport sanitaire.
- État clinique.
- Acte de biologie.
- Acte de radiologie.
- Nuit.
- Jour férié.
- Avis spécialiste (sur sollicitation du médecin urgentiste ou de l'IPA).

AVIS D'EXPERT

Il est important de bien déterminer avec le DIM et l'encadrement une méthode afin de pouvoir quantifier l'activité de l'IPA Urgences en amont de sa prise de poste (cf p. 19).



Bon à savoir :

- Depuis 2021, le modèle de financement de la médecine d'urgence est construit autour de trois compartiments : une dotation populationnelle, des recettes liées à l'activité et une dotation complémentaire qualité (DCQ). La DCQ est versée à l'établissement selon le niveau de qualité atteint vis-à-vis de différents indicateurs (cf p. 15). En tant qu'acteur majeur de la qualité des soins au sein des urgences, l'IPA nécessite d'être inclus.e dans les futures discussions de financement des services d'urgence.

Modèle économique et tarification de l'activité²⁸

En soins primaires & en libéral :

Aide financière de la CPAM au démarrage de l'activité en soins primaires des IPA

Une aide financière est prévue pour soutenir le démarrage de l'activité soins primaires, **en activité libérale ou salariée**, des infirmier.ère.s en pratique avancée.

Il est à noter que le dispositif d'aide au démarrage de l'activité salariée IPA au sein des structures pluriprofessionnelles demeure identique à celui de la convention des infirmier.ères libéraux. Ainsi, si la convention nationale des infirmier.ère.s libéraux révise le montant et les conditions de versements de ces aides, ceux-ci s'appliqueront automatiquement à tous les contrats conclus avec une MSP (Maison de santé pluriprofessionnelle) à la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la convention infirmière.

Les conditions d'éligibilité :

- Les IPA conventionnés s'installant en libéral.
- Les infirmier.ère.s libéraux conventionnés installés en libéral qui informent leur caisse d'assurance maladie de rattachement de leur souhait de consacrer leur activité à la pratique avancée.

Le montant de l'aide :

OPTION 1 40 000 €

IPA conventionné exerçant en **zone sous-dense médicale** qualifiée de ZIP.

- 30 000 € dans le mois suivant la signature du contrat.
- 10 000 € la 2^e année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

OPTION 2 27 000 €

IPA conventionné exerçant **en dehors de zone sous-dense médicale** qualifiée de ZIP.

- 20 000 € dans le mois suivant la signature du contrat.
- 7 000 € la 2^e année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

+ Bonus pour les 2 options

L'IPA maître de stage pourra bénéficier de 200 € supplémentaires par mois durant la durée du stage.

Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Durée du contrat : 5 ans

Engagements au contrat :

- Exercer au minimum **5 ans** dans la zone.
- Avoir assuré le suivi d'un minimum de **30 patients la 1^{re} année d'exercice** et de **60 patients la 2^e année**
- Atteindre une **part d'activité en tant qu'IPA** d'au moins :
 - 25 % de son activité globale la 1^{re} année d'activité.
 - 50 % la 2^e année d'exercice.
 - **85 % la 3^e année d'exercice.**



Bon à savoir :

- Il existe parfois des **référents IPA au sein des CPAM** pouvant vous renseigner sur les aides financières à l'installation.



Exonérations fiscales pour l'activité libérale

Le territoire est divisé en zones donnant droit, sous certaines conditions, à des exonérations fiscales :

FRR (France Ruralités Revitalisation) - remplace les zones de revitalisation rurale (ZRR) au 1^{er} juillet 2024.

- Ces zones correspondent à des **territoires ruraux vulnérables** dont la liste des communes est définie par arrêté.
- Ce dispositif permet de bénéficier, sous condition, d'**exonérations d'impôt** (impôt sur le revenu ou sur les sociétés), de la cotisation foncière des entreprises (**CFE**) ou de la taxe foncière sur les propriétés bâties (**TFPB**).

ZFU-TE (zones franches urbaines-territoires entrepreneur) :

- Ces zones correspondent à des **quartiers dits sensibles ou défavorisés**.
- Ce dispositif permet de bénéficier, sous condition, d'une **exonération d'impôt sur les bénéfices** (impôt sur les sociétés ou impôt sur le revenu) **à 100 % pendant 5 ans**.

AFR (zones d'aide à finalité régionale)

- Ces zones correspondent à des **territoires de l'Union européenne considérés comme en difficulté**.
- Ce dispositif permet de bénéficier, sous condition, d'**exonération d'impôt sur les bénéfices** (impôt sur les sociétés ou impôt sur le revenu), de cotisation foncière des entreprises (CFE), de cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (**CVAE**).
- Ce dispositif n'est pas cumulable avec le dispositif en ZFU-TE.

FAMI - forfait d'aide à la Modernisation et informatisation du cabinet professionnel

Le forfait est composé de :

5 indicateurs obligatoires ouvrant droit à une rémunération de 490 € / an

- Disposer d'un logiciel métier compatible **DMP**.
- Disposer d'une **messagerie sécurisée** de santé.
- Atteindre un taux de **télétransmission supérieur ou égal à 70 %**.
- Utiliser la solution **SCOR** pour la transmission à l'Assurance Maladie des pièces justificatives numérisées - Cet indicateur est optionnel pour les infirmier.e.s exerçant exclusivement en pratique avancée.
- Disposer d'une version de logiciel de facturation **SESAM Vitale à jour**.

Si les indicateurs obligatoires sont atteints, une majoration liée à l'exercice coordonné IPAL est appliquée :

- Zone sous-dense en médecin : **1 120 € / an**
- Hors zone sous-dense en médecin : **400 € / an**

2 indicateurs optionnels pour l'équipement en télésanté (indépendants des indicateurs obligatoires) :

- Équipement en appareils médicaux connectés : **175 € / an**
- Équipement en vidéotransmission : **350 € / an**

Bon à savoir :

- Ne pas oublier de déclarer chaque année sur le site internet Amelipro ces indicateurs.
- La déclaration est à faire de janvier à mars de l'année N+1 dans l'onglet « Activités, convention ROSP ».

Evaluation de l'activité 10, 27, 32-43

L'évaluation quantitative et qualitative de l'activité des IPA est un enjeu majeur pour le financement des postes mis en place ou à venir, et la démonstration de la plus-value des IPA pour la santé publique.

Impact de la pratique avancée infirmière :

Un nombre croissant d'études sont désormais publiées montrant l'impact positif des IPA dans différentes dimensions.

Impact sur les personnes, la famille ou les proches

Des impacts génériques :

- Amélioration de la satisfaction des patients, de l'adhésion au plan thérapeutique, de la gestion des symptômes.



Des impacts spécifiques (à un domaine clinique) :

- Amélioration de la glycémie, de la tension artérielle, baisse des durées de séjour, baisse des ré-hospitalisations.

Impact dans différents domaines cliniques

Soins de premier recours :

- Soins de la même qualité suivi IPA / suivi médecin, amélioration de la satisfaction.



Soins de longue durée :

- Baisse des hospitalisations et des ré-hospitalisations, meilleure préparation des sorties, amélioration des soins courants de la personne âgée (plaies, douleur, etc.), baisse de la dépression et de l'incontinence urinaire.

Soins liés à la chronicité :

- Amélioration de la tension artérielle, amélioration des symptômes en pneumologie (éducation, accompagnement auto-soins, prises de rendez-vous facilitées).

Impact sur le système de soins



- Amélioration de l'**efficience** des équipes soignantes.
- Meilleure **collaboration et coordination** au sein des équipes.
- Amélioration de la **qualité de vie du personnel** (meilleure collaboration).
- Augmentation de la **satisfaction des soignants**.
- **Rentabilité** de la pratique avancée comme modèle de soins ambulatoires.

Activité Clinique

Les modèles de la pratique avancée infirmière étant différents selon les pays, **il n'existe pas de consensus international quant aux indicateurs d'activité à suivre. Il n'existe pas non plus, à l'heure actuelle, d'indicateurs nationaux de l'évaluation de l'activité des IPA.** Néanmoins, plusieurs travaux ont été menés à l'échelle internationale ou nationale pour identifier des indicateurs pertinents selon les mentions.

Exemples d'indicateurs :

- Le temps médical libéré (espacement des consultations médicales).
- La diminution des consultations non programmées.
- La diminution du recours aux services d'urgence.
- La diminution du nombre (taux) de ré-hospitalisations.
- L'optimisation des temps de coordination.
- L'augmentation du temps d'éducation thérapeutique.
- Nombre de consultation IPA (nouveau patient, suivi, suivi téléphonique, télésuivi).
- La satisfaction des patients...

Exemple en oncologie-hématologie :

L'objectif de ces indicateurs est de mesurer la quantité et la qualité de l'impact des IPA dans les parcours de soins des patients. Face à l'hétérogénéité de l'implantation des IPA en oncologie-hématologie en France dans les Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC), **le collectif des IPA UNICANCER** a souhaité mettre en place des indicateurs communs à suivre. Initialement, 23 indicateurs avaient été identifiés par le collectif dont certains étaient difficiles à extraire des dossiers patients de façon automatique, rendant leur recueil particulièrement chronophage.



À l'issu de ce premier travail, le collectif a proposé aux IPA de suivre en routine les 9 indicateurs suivants :

- File active*.
- Nombre de forfaits initiaux*.
- Nombre de forfaits de suivi*.
- Nombre de majorations pédiatrique et gériatrique*.
- Nombre de consultations de suivi en présentiel*.
- Nombre de consultations de suivi en distanciel*.
 - Par téléphone.
 - Par visioconférence (télésoins).
- Nombre de refus initialement de suivi par les patients.
- Nombre d'arrêts de prise en charge par l'IPA* :
 - Décédés.
 - À la demande du médecin référent.
 - À la demande du patient.
 - Patient plus éligible / arrêt de traitement / changement de ligne.
- Nombre d'interventions de l'IPA en* :
 - Hôpital de Jour chimio.
 - Hôpital de Jour autres.
 - Hospitalisation (séjour).
 - Hospitalisation (pour avis).

Ces indicateurs étaient volontairement généralistes pour faciliter l'analyse des données et les comparaisons d'activités.

Exemple dans les services d'urgences :

En 2024, quatre indicateurs relatifs aux activités de soins de structure des urgences ont été définis pour déterminer le montant de la dotation complémentaire qualité versée à chaque établissement :

- La mention du "**diagnostic principal**", pour chaque résumé de passage aux urgences transmis par l'établissement concerné.
- La transmission sans discontinuité, par l'établissement, des **résumés de passage aux urgences** de la structure des urgences, pour laquelle il est autorisé pour la période de janvier à décembre pour les périodes concernées.
- La **durée de passage** dans la structure des urgences autorisée des patients d'au moins 75 ans hospitalisés.
- La **part de patients d'au moins 75 ans** hospitalisés depuis la structure des urgences qui fait l'objet, en amont de son hospitalisation, d'une prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée.

Ces indicateurs rentrent pleinement dans le champ d'activité des IPA Urgences et permettent aux services de s'organiser autour d'une politique d'efficience du parcours patient.

Activité hors Clinique

Les indicateurs transverses :

Au-delà de l'activité clinique, il est également nécessaire de suivre les **missions transverses** des IPA incluant la formation, la recherche ou l'amélioration des pratiques professionnelles.

Une étude irlandaise a identifié un set d'indicateurs évaluant le leadership des IPA grâce à une analyse de 23 études de cas comprenant l'observation des pratiques de l'IPA, des interviews et documents écrits.

Ces indicateurs comprenaient à titre d'exemple (non exhaustif) :

- Développement de nouveaux **cours** / programme d'éducation.
- **Formation et mentorat** au sein de l'équipe multidisciplinaire.
- Motivation du personnel pour le **développement professionnel**.
- **Transfert de connaissances** aux professionnels ou aux patients (organisation / participation à des conférences ou événements grand public).
- **Satisfaction de l'équipe multidisciplinaire**.
- **Représentant la profession** au sein d'un comité régional / national / international .
- Introduction de **nouvelles pratiques ou organisations** dans la prise en charge des patients (grâce à des outils ou des processus).
- Développement de **programmes d'éducation thérapeutique**.
- Développement, participation ou facilitation de **projets de recherche**.
- Évaluation de **qualité de soins**.



Bon à savoir :

Il est nécessaire que les indicateurs soient **recueillis facilement** et de préférence par **extraction automatique via le logiciel métier** ou via des données communiquées par le Département d'information médicale (**DIM**).

Concernant le suivi d'indicateurs difficiles à extraire mais pertinents, il peut être possible de réaliser des **campagnes flash** sur de courtes durées.

* Ces indicateurs déclenchent des actions administratives de cotation et de facturation. Ils sont généralement concernés par un processus d'extraction mis en place par les services du DIM ou du contrôle de gestion.

Annuaire des personnes ressources 44-48

Une association nationale, l'ANFIPA :



L'ANFIPA est l'Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée, fondée en 2019, dans la continuité du GIC-REPASI de l'**ANFIIDE**, l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants.

Fondée en 1924 par Léonie Chaptal, l'**ANFIIDE** est une association historique pour la profession infirmière en France, qui fait référence tant au niveau national qu'international : elle est la seule association française à être membre du Conseil international infirmier (CII). Dès 2005, l'un des groupes de travail de l'**ANFIIDE**, le GIC-REPASI, s'est consacré à la pratique avancée des infirmières. Les fruits de ses travaux furent la 1^{ère} Journée Nationale des Infirmières en Pratique Avancée (JNIPA) en décembre 2017, puis sa contribution aux textes législatifs fondateurs de ce nouveau métier d'infirmier en pratique avancée en juillet 2018, et enfin la fondation de l'ANFIPA pour accompagner

l'émancipation et l'implantation de cette nouvelle profession face aux défis de la santé publique, du système de santé, et des enjeux des décrets d'application.

L'ANFIPA est une association Loi 1901 qui se structure autour de cinq Collèges, chacun représentant l'une des cinq spécificités (mentions) actuelles du référentiel de cette profession, d'un Collège universitaire qui collabore avec l'offre de formation, d'un Comité scientifique qui nourrit les projets de recherches et de publications, et de Groupes de travail monothématiques et / ou transversaux, selon les sujets d'actualité réunissant les IPA et les autres acteurs du système de santé.

L'ANFIPA travaille en réseau avec les nombreux acteurs œuvrant dans le champ de la santé : les autres associations IPA et les associations représentant les autres professions médicales et paramédicales, les associations d'usagers de la santé et les acteurs du milieu médico-social ou de la société civile, les universités et les sociétés savantes, les conseils nationaux professionnels (CNP) et les instances gouvernementales, et à l'échelle internationale avec le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (**SIDIIEF**).

Avec un grand enjeu : améliorer l'accès et la continuité de soins de qualité pour la population, en s'appuyant sur la pratique avancée infirmière.

Site internet : www.anfipa.fr

Contact : secretariat@anfipa.fr

Les Associations régionales et leur fédération :

Aujourd'hui, la quasi-totalité des régions sont pourvues d'une association régionale d'IPA. Ces associations locales ont pour missions d'accompagner le déploiement de la pratique avancée au sein de leur région notamment en faisant le lien entre les IPA, en améliorant la formation initiale et continue ou en promouvant la recherche en soins.

- Auvergne-Rhône-Alpes : IPA'Alpes Contact : contact-ipaalpes@gmail.com
- Bourgogne Franche-Comté : ResIPA Contact : resipa.bfc@gmail.com
- Bretagne : IPAssociation Bretagne Contact : ipassociationbretagne@gmail.com
- Centre Val-de-Loire : IPAssociation Centre Val-de-Loire Contact : ipassociation.cvl@gmail.com
- Grand-Est : IP@ge Contact : presidence.ipage@gmail.com
- Hauts-de-France : Association des IPA Hauts-de-France Contact : ipahdf@gmail.com
- Ile-de-France : IPAssociation Ile-de-France Contact : ipassociationidf@gmail.com
- Nouvelle-Aquitaine : IPAssociation Nouvelle-Aquitaine Contact : ipassociation.na@gmail.com
- Occitanie : GIPAOc Groupement des IPA d'Occitanie Contact : gipa.occitanie@gmail.com
- PACA-Corse : IPA PACA-Corse Contact : ipapacacorse@gmail.com
- Réunion-Mayotte : Association des IPA de l'Océan Indien Réunion-Mayotte Contact : asso.ipa.oi@gmail.com

L'Association INTERARIPA réunit les associations régionales. Contact : interaripa@gmail.com



Une société savante, le COSIPA :

Fondé en avril 2023 par un collectif d'infirmiers en pratique avancée (IPA) pour structurer l'expertise scientifique et clinique des IPA, le Conseil Scientifique des IPA s'est fixé pour mission principale de promouvoir la pratique avancée infirmière en France à travers la recherche, l'enseignement et le développement de bonnes pratiques. Le COSIPA se positionne comme une société savante, complémentaire des associations et syndicats existants, sans vocation syndicale. Ses missions clés sont la diffusion des données probantes (par ex. avec la création d'infographies et de recommandations basées sur les standards de la HAS et d'autres sociétés savantes) et le soutien des IPA chercheurs (par ex. par la mise en place d'un groupe support pour accompagner les IPA dans leurs projets de recherche ou parcours doctoraux). De nombreux membres du COSIPA sont impliqués dans la formation des IPA, en tant qu'enseignants ou responsables pédagogiques.

Contact : cospafrance@gmail.com



Un syndicat, l'UNIPA :



L'Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée, l'UNIPA, est un syndicat national dédié aux infirmiers en pratique avancée (IPA) en France. Créée en 2019 par un collectif de 22 IPA, l'UNIPA vise à structurer et défendre cette nouvelle profession. Elle agit comme organe représentatif dans les négociations sur les conditions d'exercice des IPA.

L'association milite pour la reconnaissance de l'expertise infirmière et son intégration dans le système de santé. Elle soutient une approche centrée sur le patient, globale et interprofessionnelle et accompagne les transformations organisationnelles liées à l'implantation de la pratique avancée. Elle défend les droits des IPA et favorise leur représentation dans les instances nationales.

Site internet : www.unipa.fr

Contact : contact@unipa.fr

Le Conseil National Professionnel des IPA, le CNP-IPA :



Le Conseil National Professionnel des IPA, le CNP-IPA :

Les Conseils Nationaux Professionnels sont des organismes créés à l'initiative des professionnels de santé (un CNP par profession ou spécialité) dont les missions sont définies dans le Code de santé publique. Chaque CNP est conventionné avec l'Etat français et inscrit dans une liste définie par arrêté ministériel.

Le CNP-IPA est le Conseil National Professionnel des IPA. C'est une association loi 1901 regroupant, en 2025, l'ANFIPA, l'INTERARIPA, le COSIPA et l'UNIPA.

Ses missions sont définies par le Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 :

- **Apporter une contribution** notamment en proposant des professionnels susceptibles d'être désignés en tant qu'experts, dans les **domaines scientifique et opérationnel** liés à l'organisation et à l'exercice de la profession ou de la spécialité
- **Contribuer à analyser et à accompagner l'évolution des métiers et des compétences** des professionnels de santé à travers notamment la définition de référentiels métiers et de recommandations professionnelles
- **Participer à la mise en place de registres épidémiologiques** pour la surveillance des évènements de santé et de registres professionnels d'observation des pratiques.
- **Désigner, à la demande de l'Etat, des représentants de la profession** ou de la spécialité pour siéger dans les structures appelées à émettre des avis sur les demandes d'autorisations d'exercice ou de reconnaissance des qualifications professionnelles
- **Elaborer le référentiel de certification** des professions de santé

Site internet : <https://cnpipa.fr/>

Contact : <https://cnpipa.fr/contact>

Des collectifs thématiques et des collégiales (liste non exhaustive) :

- Les **collectifs et collégiales d'IPA au sein des établissements de santé**, comme dans les CHU par exemple.
- Le **CIPAC** (Collectif des Infirmiers en Pratique Avancée de Cardiologie), le **REFIPAN** (REgroupement Francophone des Infirmiers en Pratique Avancée en Neurologie), l'**AFIPAG** (Association Française des Infirmiers en Pratique Avancée de Gérontologie)...
- Les **groupes de travail sur la recherche en soins, au sein des Groupements Inter régionaux pour la Recherche Clinique et l'Innovation, les GIRCI** : GIRCI Nord-Ouest (www.girci-no.fr), GIRCI Ile-de-France (<https://girci-idf.fr/>), GIRCI Est (<https://girci-est.fr/>), GIRCI Méditerranée (<https://gircimediterranee.fr/>), GIRCI Sud-Ouest Outre-mer Hospitalier (<https://www.girci-soho.fr/>), GIRCI Grand-Ouest (<https://www.girci-go.org/>).

Les GIRCI sont des ressources précieuses : ce sont des structures publiques et fédératives chargées de :

- l'animation territoriale des actions de recherche et d'innovation appliquée en santé.
- l'appui aux établissements, maisons ou centres de santé sans structure de recherche appliquée en santé.
- l'information et l'orientation des professionnels de santé dans le domaine de la recherche appliquée en santé et de l'innovation.
- la formation à la recherche appliquée en santé et pour l'accès à l'innovation.



Selon vos besoins, mais aussi avec vos bonnes idées, n'hésitez pas à vous renseigner auprès de ces différentes organisations. Complémentaires, elles travaillent de concert.

Conseils pratiques, freins et leviers pour l'IPA en établissement

Propositions du comité rédactionnel 10, 17, 19, 49-51

- ✓ **Anticiper le projet d'implantation, et le formaliser à l'écrit. S'inspirer du modèle PEPPA. Créer un groupe de travail réunissant régulièrement le / la futur(e) IPA, le cadre de santé, l'équipe médicale, les responsables institutionnels (direction des soins, responsables de pôle, direction des ressources humaines...) et impliquer les patients. (cf p. 8-9).**



Dans tous les cas, les (futurs) IPA doivent être acteurs de leur implantation.

- ✓ **Définir clairement les contours des organisations avec l'équipe médicale et l'équipe paramédicale pour la prise en charge clinique des patients.**
- ✓ **Intégrer, dès la phase initiale, des missions hors clinique visant l'amélioration des soins et des parcours, s'appuyant sur les autres compétences, dites transversales, de l'IPA.**

Missions transverses de l'IPA :

- Participation à l'organisation et la structuration des parcours de soins, des parcours de santé.
- Participation à l'analyse et amélioration des pratiques professionnelles.
- Diffusion des bonnes pratiques cliniques, formation et renforcement des connaissances et compétences.
- Contribution aux projets scientifiques.

- ✓ **Anticiper le rattachement hiérarchique et fonctionnel de l'IPA.**

- A ce jour, il n'existe pas de cadre hiérarchique clairement défini pour les IPA.
- Il appartient donc aux établissements de santé de définir l'organisation hiérarchique la plus appropriée dans leur contexte.
- Pour définir le lien hiérarchique ou fonctionnel, plusieurs questions doivent être soulevées : qui évalue l'activité clinique ? Avec qui communiquer ? Est-ce une co-gouvernance ? Quelle est l'autonomie de l'IPA ?

Lien hiérarchique

- Selon les établissements, le rattachement hiérarchique peut se faire soit en direct de la direction de soins soit auprès des cadres de pôles.
- Afin de faciliter les échanges au quotidien, le lien hiérarchique doit être accessible.

Entretien annuel

- Il est souvent proposé et réalisé par le / la cadre de service en lien direct avec l'IPA pour évaluation des objectifs, demande de formation, etc...

Lien fonctionnel

- Il est nécessaire d'organiser les missions en prenant en compte la partie médicale de l'organisation des soins.
- La liaison fonctionnelle peut comprendre : le chef de service, le chef de pôle, les médecins spécialistes (selon l'unité d'exercice de l'IPA), les cadres de santé ou de proximité, les équipes soignantes et administratives, les partenaires de ville.

- ✓ **Anticiper les nécessaires ressources humaines et matérielles en amont de la prise de poste.**

Ressources humaines

- Secrétariat médico-administratif.
- Cotation des actes.

Ressources informatiques

- Logiciels, avec profil « IPA » et ouverture des droits de prescription.
- Messageries sécurisées.

Matériel

- Salle de consultation.
- Tampon, ordonnancier, ordonnances sécurisées.
- Bureau & ordinateur.
- Téléphone.

établissement de santé ou médico-social



✓ Anticiper la formation continue de l'IPA.

Formation continue de l'IPA

- Inscription à un Diplôme Universitaire (DU) ou Diplôme Inter-Universitaire (DIU).
- Participation à des congrès.
- Participation à des webinaires.
- Participation à des réunions régionales ...

✓ Organiser une campagne de communication pour présenter l'IPA et ses fonctions :

En intramuros

- Au sein de l'équipe médicale et paramédicale.
- Auprès des autres équipes cliniques du parcours du patient.
- Auprès des autres équipes de l'établissement : pharmacie, imagerie et explorations fonctionnelles, qualité, formation continue, recherche clinique, DIM.

Puis intégrer l'IPA dans les groupes de travail institutionnels, réunions pluriprofessionnelles, Staff, RCP, etc...

En extramuros

- Auprès des acteurs des soins primaires du territoire (CPTS, pharmacies,...) et des acteurs civils (mairies...) avec l'aide des ARS.

Puis veiller à intégrer l'IPA dans les réunions, groupes de travail et évènements organisés par ces acteurs.

✓ Anticiper et suivre la valorisation de l'activité de l'IPA avec le département d'information médicale (DIM), le service de facturation et la direction des ressources humaines

Lien avec le DIM / service de facturation

- Pour valoriser financièrement son activité.
- Pour construire un rapport d'activité annuel et montrer la plus-value de son activité.
- Pour démontrer le besoin en personnel.

Lien avec la Direction des Ressources Humaines

- Concernant son salaire, revoir :
 - Les **grilles indiciaires**.
 - La **prime spéciale AMPA** (Auxiliaire Médicale en Pratique Avancée) d'un montant de 180 euros mensuels.
 - Le **concours sur titre** (établissement dépendant).
 - La **convention collective** pour les salariés du privé.
 - La **reprise d'ancienneté** (article 14 du décret n°2020-244 du 12 mars 2020 donne la possibilité aux établissements de procéder à une intégration directe pour les agents qui étaient en catégorie A) du 12 mars 2020 donne la possibilité aux établissements de procéder à une intégration directe pour les agents qui étaient en catégorie A).

✓ Evaluer et ajuster régulièrement le projet d'implantation.

✓ La réussite du projet d'implantation de la pratique avancée nécessite l'investissement de l'institution :

Au niveau de l'établissement.

- La politique de déploiement doit être portée au niveau institutionnel par le **directeur général**, le président de la commission médicale d'établissement et le **coordonnateur général des soins** dans une vision stratégique commune.

Au niveau territorial.

- Le développement de la pratique IPA doit être clairement identifié dans le projet médico-soignant et le projet médico-soignant partagé.
La dynamique est portée par le **président du comité stratégique**, le **président de la CMG** et le **président de la CSIRMT de GHT**.



Accès aux grilles indiciaires de la fonction publique.

Peuvent être nommés à la classe supérieure les auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de classe normale comptant au moins un an d'ancienneté dans le 4^e échelon de leur grade et ayant accompli 10 ans de services effectifs dans un corps ou cadre d'emplois à caractère paramédical classé dans la catégorie A.

Communication et collaboration entre les professionnels en établissement de santé ou médico-social

10, 19, 52-54

La stratégie de communication est une **étape clé** dans le projet d'implantation pour apporter une meilleure **compréhension** du métier d'IPA et de ses missions et **favoriser les collaborations** entre l'IPA et les différentes parties prenantes.

La venue d'un IPA dans le service questionne la place des différentes professions. En amont et lors de la prise de poste, le positionnement de l'IPA dans la collaboration avec les autres professionnels doit donc être clarifié pour éviter toute confusion. Une démarche individuelle de l'IPA et plus globale de l'établissement doivent être entreprises dans cet objectif.

Stratégie de communication :

La sensibilisation sur le rôle de l'IPA par le coordinateur des soins / représentant IPA / futur IPA se fait par le biais de réunions impliquant différentes parties prenantes, par exemple :

- Présentation devant la Commission Médicale d'Etablissement (**CME**).
- Présentation devant la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (**CSIRMT**).
- Présentation lors des **réunions de pôles** (en présence des chefs de pôle, des cadres supérieurs et cadres de santé de l'établissement).
- Présentation lors des **réunions mensuelles des cadres de santé**.
- Présentation lors de **réunions d'équipes**.

Le service de communication doit être impliqué pour communiquer la prise de poste de l'IPA auprès de tous les professionnels de l'établissement (équipes médicales, soignantes et non soignantes) et les patients. Par ex. :

- Publication d'un article dans le magazine de l'établissement.
- Relayé par mail à tous les agents.
- Diffusé sur l'intranet de la structure.

Conception d'une affiche et / ou d'un flyer à destination des patients.



Quel positionnement entre l'IPA et le cadre de santé ?

- Leurs rôles sont complémentaires mais il est nécessaire de bien positionner chacun au sein du service, du pôle et de l'établissement.
 - L'IPA est porteur d'un leadership clinique.
 - Le cadre de santé est porteur d'un leadership managérial.
- Il existe différents leviers de collaboration entre le cadre de santé et l'IPA comme la recherche ou l'amélioration des parcours patient.

Collaborations entre IPA :

La mise en place d'un(e) **référent(e) IPA** au sein de l'établissement, sans lien hiérarchique avec ses collègues, est une pratique courante afin d'assurer relais auprès de la direction des soins et des instances.

La création d'un **collectif d'IPA** au sein de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire (GHT) peut également être une approche intéressante pour un travail commun entre les IPA de différentes spécialités en se réunissant régulièrement (1 / mois par exemple).

Exemples de missions du référent IPA

- Simplifier les rapports avec les instances de l'établissement.
- Favoriser une vision globale des demandes.
- Valoriser les pratiques des IPA.
- Légitimer la fonction des IPA au sens large.
- Gestion de l'accueil et de la répartition des étudiants IPA avec possibilité de réalisation d'un calendrier annuel.

Exemples de missions du collectif IPA

- Projets communs à mener entre spécialités.
- Analyse de pratiques.
- Discussion de cas cliniques.
- Partage de connaissances entre IPA de différentes spécialités.
- Mutualisation de support.
- Invitation d'intervenants divers spécialisés selon les besoins identifiés.
- Elaboration de valeurs professionnelles communes et réflexion relative à un positionnement IPA commun.
- Mise en place d'un comité de recherche IPA.
- Gestion de l'accueil et de la répartition des étudiants IPA avec possibilité de réalisation d'un calendrier annuel.

Comment valoriser l'activité ?¹⁰



La mise en place d'un bilan d'activité multidimensionnel :

L'activité de l'IPA doit faire l'objet d'un bilan dans les 3 domaines principaux :

Activité clinique



Activités de recherche



Activités d'enseignement



Ce **bilan d'activité**, réalisé en lien avec la direction, mentionne les indicateurs qualitatifs et quantitatifs et les mesures d'impact sur les résultats de la santé des patients. Les indicateurs décrits en p. 10 et 11 de ce guide peuvent être utilisés et adaptés en fonction du projet de l'IPA et de la population prise en charge.

Le **temps de recherche** des IPA doit être reconnu et valorisé ainsi, le budget alloué aux établissements dans ce cadre peut être réinvesti pour financer tout ou partie des postes IPA.

Au-delà du rapport annuel, l'évaluation peut passer également par :

- Une **revue du projet initial** (résultats attendus, bénéfices patients, bénéfices pour les professionnels de santé...).
- Une évaluation de la **satisfaction des patients** quant à la prise en charge.
- Une évaluation de la **satisfaction des médecins** eu égard à la libération de temps médical et de leurs conditions d'exercice.

Cette évaluation doit être régulière dans le temps pour permettre une comparaison et un réajustement si besoin.

Exemple de bilan d'activité :

- Synthèse d'activité.
- Nombre de patients reçus en consultation.
- Nombre de patients inclus ou non inclus (préciser raison) dans un protocole de soins.
- Nombre de consultations honorées / annulées par le patient ou l'IPA.
- Nombre d'hospitalisations pendant le suivi et raison.
- Durée moyenne entre la date d'inclusion du patient et son 1^{er} rendez-vous.
- Durée moyenne entre 2 consultations.
- Unité Fonctionnelle de provenance.
- Nombre d'hospitalisations évitées grâce à la HAD (Hospitalisation à Domicile), prestataires, télésurveillance...
- Nombre d'HDJ (Hospitalisation de Jour) programmées.
- Satisfaction des patients.
- Satisfaction des partenaires ou collaborateurs de l'IPA.
- Nombre de patients sortis du parcours.
- Survenue d'événements indésirables (fiche ou plainte).
- Valorisation de l'activité de recherche et de formation (article, recherche, protocole...).



Bon à savoir :

- Il est intéressant de mettre en place un **recueil des données et un bilan d'activité dès son implantation** pour en mesurer rétrospectivement son impact et valoriser ces données potentiellement à travers des travaux de recherche.

Urgences

Cas pratique

Dans quelles situations l'IPA Urgences intervient-il ?

Selon une enquête française publiée en 2024 et réalisée auprès des professionnels encadrants des 33 services d'urgence du Nord-Pas-de-Calais, les IPA urgences interviendraient dans 4 catégories de parcours⁵⁶ :

- Circuits courts et prise en charge en ambulatoire (pansement, plaie stomies) :
 - Soins externes.
 - Fast tracking.
 - Filière externe traumatologie.
- Prise en charge des maladies chroniques en phase aiguë.
- Prise en charge des personnes avec parcours validés par le médecin ; entrées directes en lien avec les médecins traitants ; création d'un tri effectué par l'infirmier.ère d'accueil et d'orientation définissant les prises en charge de l'IPA, les patients avec une orientation après prise en charge ou création de filière de soins dédiées.
- Sorties « sécurisées » grâce à une coordination avec tous les acteurs libéraux, équipes pluriprofessionnelles et la famille.

Certains services organisent l'activité de l'IPA Urgences en régulation et / ou préhospitalier. **La polyvalence de l'IPA Urgences reste un atout pour s'adapter aux besoins du service et de l'équipe, mais surtout aux besoins du patient.**

Exemples de missions de l'IPA urgences :

Anamnèse et examen clinique

Par ses compétences solides en raisonnement clinique et thérapeutique, l'IPA doit éliminer des drapeaux rouges cliniques

Exemple : recherche d'une cause iatrogène suite à la chute d'un sujet âgé et évaluation de sa fragilité / précarité.



Fluidification du parcours patient

Demande d'avis à un professionnel de santé en fonction de l'examen clinique et paraclinique.

Exemple : demande d'avis au chirurgien orthopédique suite à la découverte d'une fracture de l'extrémité distale du radius pour éliminer une indication chirurgicale).



Orientation du patient au sein de la structure

Exemple : gestion du suivi avec l'équipe de rhumatologie de l'hôpital afin d'organiser une consultation suite à des lombalgie chroniques liées à une atteinte rhumatismale (sans traitement chirurgical).

Sollicitation directe de l'IPA par l'infirmier d'accueil et d'orientation des urgences lorsque l'IPA évolue à l'accueil « couché » par exemple.

Exemple : demande d'évaluation d'un patient victime d'un accident de la voie publique.

Coordination avec les autres professionnels de santé au sein des urgences (médecin urgentiste notamment) et au sein de la structure hospitalière.

Exemple : programmation du passage de l'équipe mobile de gériatrie chez un sujet âgé présentant un risque important de syndrome de glissement.

Examens paracliniques

L'IPA doit éliminer les drapeaux rouges paracliniques.



Exemples :

- Réalisation, avec le support du médecin urgentiste si nécessaire, d'une échographie de type e-FAST chez un patient victime d'un accident de la voie publique afin de rechercher des signes respiratoires de gravité.
- Interprétation des examens paracliniques dans les limites de son champ de compétences et connaissance.

Contenu de la consultation aux urgences (liste non exhaustive) :

- Réaliser l'anamnèse.
- Réaliser l'examen physique.
- Prescrire, demander et réaliser des examens paracliniques, si besoin (tomodensitométrie, radiographie, bilan sanguin, échographie, électrocardiogramme ...).
- Réaliser des actes techniques, thérapeutiques et non thérapeutiques.
- Faire le lien avec les autres professionnels de santé.
- Informer le patient sur la surveillance des complications post-traumatiques et des effets secondaires des traitements administrés.
- Inclure les patients dans un programme de recherche dont l'IPA est investigateur principal.

Les compétences cliniques avancées de l'IPA en matière de raisonnement clinique dans le contexte de l'urgence ainsi que la possibilité d'être une aide technique pour le médecin urgentiste, sont des atouts pour l'équipe et le patient. En effet, l'IPA urgences est attendu sur des indicateurs de qualité de soins ainsi que de fluidification du parcours patient au sein d'urgences, notamment par la diminution du délai initial de prise en soins du patient se présentant aux urgences avec une pathologie urgente. L'accent est mis sur la collaboration fluide et de confiance entre l'urgentiste et l'IPA urgences, qui agit en fonction de son décret d'exercice et de compétences.

Oncologie et hémato-oncologie

Cas pratique



Dans quelles situations l'IPA en oncologie et hémato-oncologie intervient-il ?

L'IPA en oncologie et en hémato-oncologie intervient auprès des **patients atteints de cancer (tumeurs solides et hémopathies malignes)**.

Exemples de missions de l'IPA dans la prise en soins des cancers :

Suivi clinique du patient

L'IPA assure le suivi clinique des patients en relais et en alternance avec le l'oncologue et / ou l'hématologue.

Selon le niveau de fragilité du patient et / ou de complexité de la pathologie oncologique suivie, la fréquence des consultations peut être mensuelle pour l'IPA, et trimestrielle pour l'oncologue, lors de la consultation de bilan.

La consultation de l'IPA a pour but de :

- Évaluer l'état clinique du malade.
- Dépister, grader et gérer, dans le périmètre de ses compétences, les effets secondaires des traitements.
- Déceler des signes éventuels d'évolutivité de la maladie cancéreuse.
- Identifier les besoins en soins de support pour le patient et son entourage.
- Accompagner le patient dans sa maladie, en proposant des soins de soutien, tout en veillant à la bonne observance des traitements.



Coordination du parcours de soins :

L'IPA fait le lien entre tous les acteurs de la santé du patient afin de fluidifier son parcours.

Exemple : coordination pharmacien ville ou infirmière libérale pour le suivi des thérapies anticancéreuses orales.



Prescriptions d'examens complémentaires de biologie médicale et d'imagerie

en lien avec la pathologie tumorale suivie.



Renouvellement ou adaptation de prescriptions médicales

pour les pathologies cancéreuses dont il assure le suivi.



Orientation :

L'IPA peut adresser le patient à un professionnel de santé en fonction de ses besoins spécifiques.

Exemple : podologue pour des soins de pédicurie dans le cadre de toxicités cutanées.



Education :

L'IPA peut proposer au patient / aux parents une éducation aux traitements, aux soins, à l'observance, à la gestion des toxicités, etc ...



Contenu de la consultation de l'IPA en cancérologie (liste non exhaustive) :

- Réaliser l'examen clinique (rechercher signes fonctionnels, symptômes).
- Évaluer le vécu de l'intercure ou depuis la dernière consultation.
- Évaluer et grader les effets indésirables et apporter des conseils adaptés.
- Analyser et faire le suivi des bilans biologiques, récupérer les résultats des derniers bilans d'imagerie.
- Repérer les situations d'urgence (embolie pulmonaire, épidurite, compression médullaire, aplasie fébrile...).
- Orienter vers l'oncologue référent ou le spécialiste en fonction de l'urgence détectée.
- Prescrire des examens complémentaires (biologie, imagerie) si nécessaire.
- Évaluer et suivre l'observance thérapeutique.
- Orienter vers un programme ETP (éducation thérapeutique) si besoin.
- Repérer les situations qui nécessitent des soins de support et de soins palliatifs et orienter les patients auprès des professionnels compétents (intra muros, ville, association....).
- Renouveler avec +/- adaptation des traitements.
- Primo-prescrire certaines thérapeutiques.

Dans quelles situations l'IPA en cardiologie intervient-il ? :

Comme mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 4301-2 du Code de Santé Publique, l'IPA exerçant en cardiologie est amené à intervenir auprès des patients atteints de cardiopathies (rythmique, valvulaire, hypertrophique...), de maladie coronarienne, et / ou ayant des pathologies associées, en collaboration avec les cardiologues et autres professionnels de santé. Son rôle est centré sur un suivi structuré des maladies cardiovasculaires chroniques, l'éducation thérapeutique, la prévention et la coordination des soins pour des patients atteints de pathologies cardiaques chroniques ou complexes :

- Insuffisance cardiaque.
- Maladie coronarienne chronique.
- Cardiopathies structurelles (cardiomyopathie, cardiopathie valvulaire).
- Troubles du rythme et de la conduction.
- Hypertension artérielle.
- Contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires.
- Syndrome cardio-rénal.

Exemple de suivi IPA dans l'insuffisance cardiaque (IC) :

Suivi clinique régulier du patient

- Réaliser des **consultations de titration et de suivi** en alternance avec les consultations médicales : respect du calendrier de suivi.
- Évaluer les **signes cliniques de décompensation**.
- Organiser et / ou réaliser les **examens biologiques et morphologiques** nécessaires.
- Évaluer l'**observance thérapeutique**.
- Rechercher les **facteurs déclenchant**s.
- Évaluer les **critères de mauvais pronostic**.



Coordination du parcours de soins

- Collaborer avec les différents acteurs de soins pour une prise en charge pluriprofessionnelle : cardiologue, médecin traitant, diététicienne, kinésithérapeute, pharmacien, infirmière libérale, PRADO, UTIC, HAD...
- Proposer si besoin une orientation vers la **réadaptation cardiaque**.
- Faciliter le **retour et le maintien à domicile**.
- Assurer la **transition ville-hôpital** pour éviter les ruptures de parcours.
- Organiser un **accès rapide aux soins** en cas de décompensation.



Optimisation thérapeutique et surveillance



- Titration des traitements de l'IC notamment la quadrithérapie pour les IC à FEVG réduite.
- Diurétique de l'anse si signes de rétention hydro-sodée.
- **Évaluation clinico-biologique de la tolérance aux traitements**.
- **Surveillance biologique** : NT-proBNP / BNP – Fonction rénale – Ionogramme sanguin – Bilan martial.
- **Inclusion en Télésurveillance** pour un suivi régulier, avec ou sans objet(s) connecté(s).

Education thérapeutique du patient (ETP)

- Orienter le plus précocement possible vers une équipe éducative (Médecin – IDE ou IPA – Diététicienne – Kinésithérapeute et / ou professeur d'APA).
- Informer sur la maladie, les traitements, les objectifs thérapeutiques.
- Programme pour mieux connaître sa maladie et apprendre à vivre avec.
- Apprendre au patient les signes EPOF-EPON.
- Favoriser l'autonomisation du patient et de son entourage.
- Évaluer son observance et développer ses compétences de littératie en santé.



Contenu de la consultation en cardiologie (liste non exhaustive) :

- Prendre connaissance des **antécédents et facteurs de risques cardiovasculaires**.
- Mener un **entretien** et un **interrogatoire ciblé** - Réaliser un **examen clinique pertinent**.
- Réalisation de l'**électrocardiogramme**.
- Réalisation de l'**échographie transthoracique** si nécessaire (sous réserve de l'obtention du DIU).
- Interprétation des résultats de **bilans biologiques**.
- Repérer les **effets indésirables** des traitements.
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de **prévention et d'éducation**.
- Évaluer l'**observance thérapeutique** et revoir si nécessaire le principe et l'intérêt des thérapeutiques.
- Évaluer et sensibiliser aux **règles hygiéno-diététiques** - Encourager à une **activité physique**.
- Évaluer les données de **télésurveillance**.
- Identifier les **situations d'urgence**.
- **Demande d'avis** si doute clinique ou évaluation défavorable nécessitant une hospitalisation.
- **Prescrire, renouveler ou adapter** les traitements conformément aux recommandations et protocoles du service.
- Prescrire les **examens complémentaires**.
- Proposer et prescrire les **vaccins** recommandés.
- Formuler les **conclusions cliniques**. - **Compte rendu** systématique après chaque consultation.



Conseils pratiques pour l'IPA en ville (salarié.e & libéral.e)

Propositions du comité rédactionnel⁵⁹⁻⁶⁵

- ✓ **S'investir personnellement pour se présenter aux professionnels de santé** de son territoire en amont ou lors de son installation et constituer son réseau professionnel.
- ✓ Prévoir **10 à 12 consultations minimum / jour.**
- ✓ **Adosser son activité (en tant que libéral ou salarié) à des structures de coordination** comme les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour faciliter :
 - La mise en œuvre d'actions d'évaluation, d'amélioration de pratique, ou de formation.
 - La production et l'analyse des données professionnelles et scientifiques.
- ✓ **Exercer dans le même lieu** que le médecin est un élément facilitant.
- ✓ **Connaître les différentes aides ou incitations financières** (décrivées dans ce guide) pour faciliter son installation et / ou son intégration à une structure d'exercice coordonné et favoriser la coopération avec les médecins traitants.
- ✓ **Dans le cadre d'un exercice salarié, adhérer à un groupement d'employeurs** pour maintenir une collaboration centrée sur la prise en charge des patients avec les médecins et éviter une relation hiérarchique directe entre IPA et médecins.
- ✓ **Connaître et anticiper les démarches administratives supplémentaires dans le cadre d'un exercice multisites.** A titre d'exemple, il est possible d'exercer au sein de plusieurs MSP dans des départements différents mais il sera nécessaire d'obtenir une carte professionnelle pour chaque département.



Bon à savoir :

Les CPTS et MSP bénéficient d'un financement conventionnel pérenne prévu par l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel) pour assurer la réalisation de leurs missions, notamment de santé publique, qui peuvent être communes à celles des IPA. Il est donc intéressant pour les IPA de s'intégrer à ces structures. Retrouvez plus d'informations sur ces structures en p. 34-35.

Freins et leviers à l'installation



Les freins :

- **Modèle économique** reposant sur des forfaits nécessitant une activité libérale soutenue.
- Absence de valorisation spécifique pour les activités de **coordination**, de **recherche**, de **formation** et d'**évaluation des pratiques**.
- **Réticence et croyance** de certains médecins vis-à-vis de la collaboration avec les IPA.
- **Méconnaissance des droits de prescription** des IPA de la part de certains pharmaciens d'officine, opticiens, laboratoires d'analyse médicale, prestataires ou fabricants de matériel médical ...

Les leviers :

- **Réassurance et présentation** aux professionnels (médecins, infirmier.ères libérales, pharmaciens ...) de son rôle afin de bien comprendre le champ d'actions de l'IPA.
- Connaissance fine et collaboration avec les **ressources de son territoire**.
- Construction d'une **collaboration poussée avec plusieurs médecins** pour l'adressage de patients.
- Sollicitation des **aides à l'installation** par l'IPA libéral ou la structure l'employant.
- **Incitation financière** pour la coopération entre IPA et médecins : l'orientation de patients par le médecin traitant vers un IPA est désormais valorisée financièrement par la convention médicale 2024-2029 grâce à un forfait versé au médecin.

Au moins 10 patients : 100 €

Au moins 35 patients : 400 €

Au moins 100 patients : 1 000 €

✓ **Majoration des ACI** (accord conventionnel interprofessionnel) reversées aux MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) et centres de santé liée à l'intégration d'un IPA libéral ou salarié au sein de la structure.

| Indicateurs de l'ACI | En l'absence d'IPA | En présence d'IPA |
|---|---------------------|--|
| Réalisation de 2 missions de santé publique. | 700 points | 900 points (+ 200 points fixes) |
| Réunions de concertation pluri-professionnelle. | 1 000 points | 1 200 points (+ 200 points fixes) |
| Réalisation et mise en œuvre de 8 protocoles. | 800 points | 1 120 points (+ 40 points fixes / protocole) |

1 point = 7 €

✓ **Accès direct aux IPA** pour la population générale.



Le saviez-vous :

- Selon une étude française publiée en 2022, environ **22 %** des consultations des médecins généralistes seraient orientables strictement vers l'IPA.⁶⁵

Démarches administratives 66-68

Étapes à suivre :

- Effectuer la **demande d'autorisation d'exercice en tant qu'IPA** auprès du Conseil National de l'Ordre Infirmier (O.N.I.), lequel fait le lien avec le Conseil départemental de l'ordre infirmier (CDOI).

Pièces justificatives :

- Attestation de réussite de l'Université.
- Contrats de travail ou fiches de paie ou certificat de travail ou déclaration URSSAF (IDEL) permettant de justifier vos 3 années d'exercice de la profession infirmier.



Pour l'exercice libéral :

Il faudra justifier d'une adresse professionnelle répondant aux critères des cabinets infirmiers pour obtenir une autorisation d'installation (préciser si mixte IDEL / IPA ou exclusif IPA).

- Adhérer à la Caisse Autonome Retraite Prévoyance des Auxiliaires Médicaux (**CARPIMKO**).

- Effectuer une demande auprès de la CNAM afin d'obtenir une carte de professionnel de santé (**CPS**).

- Contacter la **CPAM** pour l'enregistrement de l'activité IPA (préciser si activité exclusive ou mixte).

- Valider son statut juridique** pour l'exercice libéral **et procéder aux formalités administratives**.

- Au Centre de Formalité des Entreprises (CFE) de l'**URSSAF** si vous créez une entreprise individuelle (EI).



Bon à savoir :

Une seule déclaration suffit pour accomplir toutes vos démarches administratives, juridiques, sociales et fiscales pour l'ensemble des organismes concernés : INSEE (N° de SIRET), organismes sociaux (CAF), Centre des finances publiques. (Impôts), CARPIMKO, ... Normalement la C.P.A.M. joue le rôle de guichet unique et effectue vos formalités.

- Au **greffe du tribunal de commerce** si vous créez une Société Civile Professionnelle Infirmier (SCP) ou une Société d'Exercice Libéral Infirmier (SEL) ou une Société Civile de Moyens (SCM).

- Créer un Espace Professionnel sur impots.gouv.fr et contacter les impôts** pour effectuer une demande de FRR ou ZFU-E ou AFR (cf p.13).

- Identifier un expert-comptable habilité.**

- Solliciter les **aides à l'installation** (cf.p. 12).

- Souscrire aux **assurances** obligatoires +/- optionnelles (cf.p. 29).

- Acheter / commander le **matériel nécessaire** (cf.p. 31).

- Conventionner avec les **mutuelles « patients »** (cf.p. 30).

- Prévoir la **gestion des déchets** (cf.p. 31).

| Exercice libéral | Exercice salarié |
|------------------|------------------|
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✗ |
| ✓ | ✓ |
| ✓ | ✓ |



Ne pas oublier :

En cas de changement d'adresse lors du passage IDEL → IPAL, ne pas oublier de fermer son entreprise et d'en recréer une nouvelle.



Pour les IPAL

Assurances :

La RCP : Responsabilité civile professionnelle Obligatoire

- Cette assurance est **obligatoire** pour tous les professionnels de santé exerçant en libéral.
- Il s'agit d'une assurance destinée à **couvrir les dommages causés à des clients ou des tiers en lien avec l'exécution d'une prestation professionnelle**. En d'autres termes, la responsabilité civile professionnelle est la responsabilité civile bien connue des particuliers, appliquée au domaine de l'entreprise et du monde du travail.
- En pratique, la Responsabilité Civile Professionnelle permet de **prendre en charge les dépenses découlant d'un préjudice causé** (aide juridique, dommages et intérêts, indemnités, etc.) dans le cadre de son activité.
- Tous les assureurs ne proposent pas de RCP pour les professionnels de santé.



Bon à savoir :

- Renseignez-vous sur les sites internet des assureurs et n'hésitez pas à faire un comparatif via des sites comparateurs ou un courtier en assurances.
- Demandez à votre assurance une attestation où le terme IPA apparaît.

L'assurance du véhicule professionnel Obligatoire

L'assurance du local professionnel Obligatoire

L'assurance volontaire individuelle AT / MP (Accidents du Travail et Maladies Professionnelles) Optionnel

- Cette assurance n'est pas obligatoire mais est **fortement recommandée**.
- Elle couvre les situations suivantes :
 - **L'accident du travail** : caractérisé par la survenance d'un fait accidentel soudain en lien avec le travail ayant provoqué une lésion.
 - **L'accident de trajet** : accident qui survient pendant le trajet aller et retour entre, d'une part, le lieu de travail et, d'autre part :
 - La résidence principale, une résidence secondaire stable ou tout autre lieu fréquenté habituellement pour des motifs d'ordre familial.
 - Le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu de prise habituelle des repas.
- **La maladie professionnelle** : maladie reconnue comme telle par décrets et inscrite dans les tableaux annexés au code de la sécurité sociale.
- Elle permet de bénéficier :
 - Du **remboursement à 100 % (sur la base des tarifs conventionnels) des frais de santé liés à un accident du travail ou de trajet ou à une maladie professionnelle**.
 - Du versement d'une **indemnité en capital** (si le taux d'incapacité permanente (IPP) est inférieur à 10 %) ou d'une **rente** (si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10 %).
 - Du **remboursement des frais funéraires** (dans la limite des frais engagés avec un montant maximal fixé à 1 932,00 € au 1^{er} janvier 2024) et du **versement d'une rente aux ayants droits en cas de décès**.



Bon à savoir :

- Cette assurance est proposée par la Sécurité sociale. Un formulaire est à remplir sur le site de la CPAM.
- Certaines assurances privées la proposent également. Il est donc intéressant de comparer les offres.

L'assurance prévoyance Optionnel

- Les professionnels de santé libéraux bénéficient d'indemnités journalières (IJ) versées par la CPAM puis par la CARPIMKO mais demeurent insuffisantes et sur une période définie.
- Depuis le 1^{er} juillet 2021, les arrêts maladie des professionnels libéraux sont indemnisés pendant les 90 premiers jours de leur arrêt, avec un délai de carence de 3 jours (soit 87 jours indemnisés).
- L'assurance prévoyance permet de **couvrir les pertes de salaire en lien avec un accident, un arrêt maladie, une hospitalisation pendant toute la durée d'un arrêt de travail**.
- Cette assurance permet de couvrir ses revenus pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

L'assurance complémentaire santé (mutuelle)

Optionnel

- Une mutuelle est un contrat d'assurance de complémentaire santé qui permet de recevoir un remboursement total ou partiel des dépenses de santé. Ces dernières peuvent être un complément des dépenses couvertes ou non par l'assurance maladie.
- Les contrats de mutuelle sont éligibles au dispositif Madelin. Cela signifie qu'il est possible de déduire des revenus imposables le prix des cotisations d'assurance versées pour les ayants droit et pour soi-même.

Comptabilité :

Quelques bases :

La comptabilité des professionnels libéraux, y compris les infirmier.ère.s, est strictement réglementée.

Lors de l'installation en libéral, l'IPA a le choix entre différents régimes fiscaux en fonction du modèle de son entreprise (entreprise individuelle ou société). La déclaration des revenus issus de l'activité dépend du régime fiscal.

Dans le cas d'une entreprise individuelle (EI), il existe 2 régimes fiscaux :

- Le **régime micro-BNC** (Bénéfices Non Commerciaux) : la déclaration du chiffre d'affaires s'effectue via sa déclaration d'impôt sur le revenu, la déclaration 2042 C-PRO.
- Le **régime BNC** : la déclaration 2035 doit être établie avant le 1^{er} jour ouvrée suivant le 1^{er} mai pour calculer le bénéfice de l'entreprise. Il faut ensuite reporter ce bénéfice dans la déclaration 2042 C-PRO.

Même s'il est fortement recommandé pour gagner en lisibilité, il n'est pas obligatoire d'ouvrir un **compte bancaire dédié** à son activité professionnelle sauf si le chiffre d'affaires a dépassé pendant 2 années civiles consécutives un montant de 10 000 €.

Quelques éléments à respecter :

- **Mention EI** : La mention "Entreprise Individuelle" (EI) doit figurer sur tous les documents officiels.
- **Factures pour tous les frais** : Toutes les dépenses professionnelles doivent être justifiées par des factures (ex : achats de matériel médical, fournitures de bureau ...).

Enregistrement et déclaration auprès des organismes suivants :

- **URSSAF** pour déclarer ses bénéfices et calculer les cotisations sociales afférentes.
- **CARPIMKO** (Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers) pour déclarer ses bénéfices et calculer les cotisations sociales afférentes.
- **Impôts** (via la création d'un Espace Professionnel sur impots.gouv.fr) pour gérer ses déclarations fiscales en ligne

Il est nécessaire de veiller à ce que les coordonnées soient à jour pour éviter des majorations en cas de réponse à une relance de l'administration par exemple.

L'adhésion à une association de gestion agréée (**AGA**) n'est pas obligatoire mais ouvre droit à certains avantages fiscaux. De plus les AGA apportent une assistance en matière de gestion à ses adhérents (formation et information en matière de droit, de la fiscalité, de la comptabilité et de la gestion, la dématérialisation et la télétransmission des déclarations fiscales, l'examen de conformité fiscale ...).

Formation et accompagnement :

Pour bien comprendre la comptabilité libérale, il est recommandé de suivre une **formation**, telle que la préparation à l'installation proposée par certaines AGA à leurs adhérents.

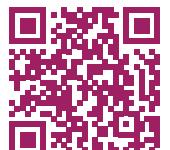
Faire appel à un expert-comptable spécialisé dans les professions libérales et dans le secteur de la santé peut simplifier la gestion comptable. L'**expert comptable** permet un accompagnement complet au delà de la simple comptabilité (accompagnement complet et de conseils dans divers domaines (fiscal, juridique, etc.).

- i**
- Bon à savoir :**
- Il est important aussi de conserver tous vos justificatifs chaque année (factures, relevé SNIR, appel de cotisations URSSAF, retraite CARPIMKO).
 - Une boîte par an.
 - A conserver pendant au moins 10 ans.

Conventionnement avec les mutuelles :

Pour pratiquer le tiers-payant, il est nécessaire de contractualiser avec les mutuelles :

- Soit contractualiser avec chaque mutuelle.
- Soit contractualiser avec le groupement de mutuelles inter-AMC qui permet de couvrir 80 % des mutuelles.



Accès à l'inter-AMC



Matériel fixe / bureau :

- Table d'examen +/- draps d'examens.
- Marchepied.
- Ordinateur + Imprimante.
- Téléphone dédié.
- Lecteur carte vitale : lecteur PC / SC bifente ou 2 lecteurs PC / SC monofente, bientôt "douche"...

- Ordonnancier (sécurisé, non sécurisé) → commande via Améli Pro.
- Feuilles de soins → commande via Améli Pro.
- Logiciel dossier patient partagé (voir avec médecins).
- Logiciel de facturation (addendum 8).
- Logiciel gestion RDV et téléconsultation ...

Matériel médical classique (connecté ou non)

- Stéthoscope.
- Tensiomètre manuel + 1 ou 2 pour le prêt : automesure.
- Saturomètre.
- Thermomètre.
- Mètre ruban.

- Otoscope.
- Stylo monofilament.
- Marteau réflexe.
- Pèse-personne.
- Toise.

Matériel medical optionnel :

- Doppler de poche.
- Spiromètre +embouts buccaux + pince nez.
- Holter tensionnel, MAPA.

- ECG.
- Glucomètre.
- Audiomètre.



Bon à savoir :

Équipements pris en compte pour **bénéficier de l'aide à l'équipement en appareils médicaux connectés de 175 €** : Oxymètre connecté ; Stéthoscope connecté ; Dermatoscope connecté ; Glucomètre connecté ; Otoscope connecté ; ECG connecté ; Sonde doppler connectée ; Echographe connecté ; Mesure de la pression artérielle connectée ; Outils de test visuels, audiogrammes connectés ; Caméra (utile pour regarder l'état de la peau par ex) connectée ; Matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés.

Consommable :

- Spéculums auriculaires, Abaisses langue.
- Sets : pansements, pose ou retrait points de suture.
- Compresses, antiseptique local, sérum physiologique, pansements.
- Container DASRIA (contrat dasria obligatoire, inscription sur trackdéchets).
- Détergent désinfectant de surface.
- Sérum Hydro-Alcoolique.

Mémo : Suivant l'article Article R1335-2 du Code de la santé publique, **chaque professionnel est responsable des déchets depuis leur production jusqu'à leur élimination.**⁷⁰



Bon à savoir :

Votre compte Améli pro permet de :

- Commander des **ordonnanciers** (sécurisés, non sécurisés) – délai de 40 jours.
- Commander des **feuilles de soins**.
- Suivre les **paiements** et les **indus**.
- Déclarer chaque année les **FAMI** (Forfait d'aide à la Modernisation et informatisation du cabinet professionnel) (cf p. 13).

Identification du territoire et communication avec

La **constitution d'un réseau professionnel** fait partie des actions indispensables à mener **avant l'installation ou dans les premiers**

Les partenaires potentiels sur son territoire :

CPTS

Les communautés professionnelles territoriales de santé CPTS : regroupent l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de **des objectifs du projet régional de santé**).

- Les membres de la CPTS formalisent un projet de santé qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Ce projet répond
- Les CPTS incluent une grande diversité de structures : MSP, centres hospitaliers, centres communaux d'action sociale, etc ...

ESP

ESP

Les équipes de soins primaires correspondent à un ensemble de professionnels de santé constitué autour de **médecins généralistes de premier recours**, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un **projet de santé** qu'ils élaborent.

- L'ESP doit au minimum être composée de deux professionnels de santé, dont au moins un médecin généraliste.
- Les ESP ne nécessitent pas un regroupement des professionnels de santé sur un même site.
- Les ESP peuvent prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

ESP

ESS

Les équipes de soins spécialisés correspondent à un ensemble de professionnels de santé constitué autour de **médecins spécialistes** d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un **projet de santé** qu'ils élaborent entre eux.

ESS



mois.

santé, acteurs médico-sociaux et sociaux ...) **sur un même territoire** souhaitant se coordonner pour répondre à la **réalisation** aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attitrée, contrairement aux MSP par exemple.

MSP

MSP

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles regroupent des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux (MSP) ou pharmaciens autour d'un **projet de santé** établi à partir d'un diagnostic de territoire.

MSP

MSP

- Une MSP peut être monosite ou multisite.
- Les professionnels de santé d'une MSP exercent à titre **libéral**.
- Le statut juridique des MSP peut prendre plusieurs formes dont la **SISA** (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Ce statut permet de recevoir des rémunérations liées à l'exercice coordonné et d'en reverser tout ou partie à ses associés. Ainsi, elle permet à l'équipe de percevoir des dotations publiques de la CPAM dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (**ACI**).

MSP

CDS

Les centres de santé ont les mêmes caractéristiques que la MSP à l'exception que les professionnels qui y exercent sont **salariés**.

CDS

CDS

CDS

DAC

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont en général structurés à un échelon départemental. Ainsi, le territoire d'un DAC couvre le plus souvent plusieurs CPTS.

Les DAC correspondent à un **service d'appui pour les professionnels pour toute situation jugée complexe**, quels que soient l'âge ou la pathologie de la personne suivie.

- Leurs missions sont réalisées en **concertation avec le médecin traitant**.
- Ils peuvent mobiliser d'autres établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres et maisons de santé, des CPTS, des établissements et services sociaux et médicosociaux, des organisations à vocation sanitaire, sociale ou médicosociale, ainsi que des représentants d'usagers.

Identification du territoire et communication avec les professionnels⁶⁷

Les bonnes pratiques :

- ✓ **Se présenter** aux professionnels de santé du territoire identifiés en page précédente avant son installation ou dans les premiers mois
- ✓ **Faire comprendre le rôle de l'IPA et son champ d'actions** auprès des différents professionnels de santé en présentant sa plus-value

Auprès des médecins

- Le travail de l'IPA est **complémentaire** et non substitutif, permettant au médecin de proposer à sa patientèle un accompagnement global et de libérer du temps médical pour accueillir de nouveaux patients.
- Le médecin généraliste continue à voir son patient selon les besoins et dans les prises en charge qui dépasseraient les compétences de l'IPA.
- L'IPA est **responsable de ses actes**.



Auprès des infirmier.ère.s en ville

- Se présenter comme un partenaire dans la prise en charge des patients.



Auprès des pharmaciens, biologistes et radiologues

à proximité du lieu d'exercice

- Expliquer son rôle afin d'éviter tout rejet de prescriptions ou de demandes d'examens.



- **Définir le rythme** de l'alternance des consultations entre IPA et médecin en fonction des parcours de soins
- **Rencontrer de potentiels partenaires en participant à des réunions organisées** par les CPTS, les URPS (Union Régionale des Professionnels de santé), les dispositifs spécifiques régionaux (assurent une expertise thématique régionale en cancérologie, diabétologie, addictologie, périnatalité, handicap, etc ...), les établissements de santé, les industriels, les associations régionales IPA, etc ...
- **Exposer aux médecins traitants les avantages financiers liés à cette coopération** (cf p. 27).
- **Exposer aux MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) et centres de santé les majorations des ACI** (accord conventionnel interprofessionnel) liées à l'intégration d'un IPA au sein de la structure (cf p. 27).

Un exemple de lien ville-hôpital au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) Yvelines Nord⁵⁴

- Une plateforme IPA de coordination ville-hôpital a été co-construite entre les trois établissements du GHT et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- Elle a pour mission de coordonner des soins non programmés dans des délais compatibles avec l'état de santé des patients, de favoriser le lien ville-hôpital et d'éviter le recours aux urgences pour les personnes suivies en ambulatoire.
- Chaque demande d'accès au plateau hospitalier effectuée par la médecine de ville est traitée par l'IPA qui coordonne la réponse au besoin.



Formation continue 76-81

Le développement professionnel continu constitue une **obligation** pour les professionnels de santé, salariés et libéraux.

L'obligation triennale des professionnels de santé :

Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu (DPC) comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.

Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.

Certification périodique des professionnels de santé :

L'IPA doit attester avoir réalisé, au cours d'une période de 6 ans, au moins 2 actions prévues dans le référentiel de certification proposé par les 5 Conseils nationaux professionnels (CNP) infirmier.ère.s pour chacun des objectifs définis par l'article L. 4022-2 du code de santé publique :

- Actualiser les connaissances et les compétences.
- Renforcer la qualité des pratiques professionnelles.
- Améliorer la relation avec les patients.
- Mieux prendre en compte la santé personnelle.

La période de six ans mentionnée au I de l'article L. 4022-2 au cours de laquelle le professionnel de santé doit satisfaire son obligation de certification périodique commence, pour tout nouvel exercice ou reprise d'exercice, à compter de la date d'inscription à l'ordre.

Lorsqu'un professionnel de santé change de profession de santé, une nouvelle période de six ans commence.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) :

L'EPP fait partie intégrante du DPC.

Il existe 11 méthodes d'évaluation et d'amélioration des pratiques publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- Audit clinique.
- Bilan de compétences.
- Chemin clinique.
- Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire.
- Méthode qui peut aussi être valorisée en tant qu'action de formation.
- Patient traceur.
- Registre, observatoire, base de données Méthode qui peut aussi être valorisée en tant qu'action de gestion des risques.
- Réunion de concertation pluridisciplinaire.
- Revue de pertinence des soins.
- Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse des pratiques.
- Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins Méthode qui peut aussi être valorisée en tant qu'action de gestion des risques.
- Test de concordance de script (TCS) Méthode qui peut aussi être valorisée en tant qu'action de formation.
- Vignettes cliniques.

Le coût des formations peut être pris en charge par deux dispositifs :

DPC (Développement Professionnel Continu)

- L'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) contribue aux financements des formations des **professionnels de santé libéraux conventionnés et salariés exerçant en centre de santé conventionné**.
- Une formation DPC est financée et indemnisée par l'ANDPC dans la limite de d'un forfait défini par chaque section professionnelle.

FIFPL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux)

- Le FIFPL est un fonds d'assurance formation agréé par le ministère de la santé.
- Des critères de prise en charge sont déterminés annuellement par les Représentants Professionnels de chaque profession avec un **montant plafonné**.
- A noter que le FIFPL ne prend plus en charge les thèmes de formations qui entrent dans le cadre du Compte Personnel de Formation (CPF).

Évolution de l'activité¹⁹



Pourquoi ?

← → | Faire évoluer le poste.

∞ | Rendre le poste pérenne.



- Vérifier que le poste est toujours en adéquation avec la triade des besoins.
- Besoins de la population.
 - Besoins de l'établissement.
 - Besoins du système de santé.



| Envisager la mise en place éventuelle d'un nouveau poste IPA.

L'atteinte des objectifs doit être évaluée et analysée afin de pouvoir les réajuster.

Il est possible que certains objectifs soient surévalués au départ, il est alors nécessaire d'en comprendre l'origine :

- Objectif initial trop ambitieux.
- Organisation de l'activité inadaptée.

Comment ?

Doivent être évalués le rôle de l'IPA, la satisfaction professionnelle, l'implantation du rôle, la représentativité au sein de l'établissement et la collaboration avec l'équipe de travail.

Références

- 1• Conseil International des Infirmières. Directives sur la pratique infirmière avancée. 2020.
- 2• S. Aguilard et al. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. Santé Publique 2017/2 Vol.29.
- 3• LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.
- 4• Berland Y. Mission « Démographie des professions de santé ». Rapport n°2002135 Novembre 2002.
- 5• Berland Y. Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Octobre 2003.
- 6• Article 131 - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- 7• Article 51 de la Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009.
- 8• Plan cancer 2014-2019.
- 9• Article 119 LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- 10• ADH, adRHess, afDS, anCm, ANFIPA. Contribution commune sur le développement de la pratique avancée infirmière en établissement de santé. Octobre 2024.
- 11• Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
- 12• Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.
- 13• 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.
- 14• Article R4301-4 du Code de la santé publique.
- 15• Article D636-77 - Code de l'éducation.
- 16• ARS Île-de-France. Déploiement des infirmiers en pratique avancée en Île-de-France. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.ilede-france.ars.sante.fr/infirmiers-en-pratique-avancee-deploiement-des-ipa-en-ile-de-france>.
- 17• Guide d'implantation de la pratique avancée au sein de l'AP-HP. Septembre 2022. Direction des Ressources Humaines de l'AP-HP, en collaboration avec la Collégiale des IPA.
- 18• Bryant-Lukosius D, Dicenso A. J Adv Nurs. 2004;48(5):530-40.
- 19• Guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée en milieu hospitalier. Recommandations et illustrations. ARS PACA. 2019.
- 20• Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007.
- 21• INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- 22• Arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-5-1 du code de la sécurité sociale.
- 23• Arrêté du 7 mai 2024 modifiant l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale.
- 24• Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Maladie rénale chronique : les modalités de fonctionnement et de financement du forfait. Livret pédagogique à destination des ARS et des établissements de santé. Mai 2024.
- 25• Arrêté du 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2^e de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale.
- 26• ATIH. Modèle de financement de la médecine d'urgence. 30 août 2024.
- 27• Arrêté du 20 décembre 2024 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation.
- 28• Ameli. L'exercice des infirmiers en pratique avancée. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee#:~:text=Aide%20%C3%A0%20la%20formation%20d'IPA&text=Sont%20%C3%A9ligibles%20%C3%A0%20cette%20aide,montant%20de%2015%20000%20euros>.
- 29• Ameli. Le forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/forfait-d-aide-la-modernisation-et-l-informatisation-du-cabinet>.
- 30• Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. Quelles exonérations d'impôts pour les entreprises en zone AFR ? Consulté à l'adresse suivante : <https://www.economie.gouv.fr/>.
- 31• Entreprendre.service-public.fr. Mise en place du zonage France Ruralités Revitalisation (ZFRR) Consulté à l'adresse suivante : <https://entreprendre.service-public.fr/actualites/A17460>.
- 32• Laurant M, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD001271.
- 33• Oliver GM, et al. Impact of nurse practitioners on health outcomes of Medicare and Medicaid patients. Nurs Outlook. 2014;62(6):440-7.
- 34• Kilpatrick K, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: a systematic review. J Eval Clin Pract. 2014;20(6):1106-23.
- 35• McDonnell A, et al. An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. J Adv Nurs. 2015 Apr;71(4):789-99.
- 36• Donald F, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. J Adv Nurs. 2013 Oct;69(10):2148-61 ; Imhof L, et al. Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. J Am Geriatr Soc. 2012;60(12):2223-31.
- 37• Morales-Asencio JM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Serv Res. 2008 Sep 23;8:193.
- 38• Southey D, et al. Continuity of care by cardiothoracic nurse practitioners: impact on outcome. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2014;22(8):944-7.



- 39• Morilla-Herrera JC, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2016 Jan;53:290-307.
- 40• Newhouse RP, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ.* 2011;29(5):230-50.
- 41• Alcade F, et al. Activité clinique des infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) en onco-hématologie - Consensus des indicateurs d'activité clinique mis en place pour les IPA des centres de lutte contre le cancer en France. *Bulletin Infirmier du Cancer.* 2023;23(2):81-93.
- 42• Arrêté du 20 décembre 2024 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation.
- 43• Elliott N, Begley C, Kleinpell R, Higgins A. The development of leadership outcome-indicators evaluating the contribution of clinical specialists and advanced practitioners to health care: a secondary analysis. *J Adv Nurs.* 2014 May;70(5):1078-93.
- 44• <https://cnpipa.fr/>.
- 45• COSIPA. Communiqué de presse. Paris, le 01/08/2023.
- 46• <https://anfipa.fr/>.
- 47• <https://unipa.fr/>.
- 48• Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. Groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation – GIRCI. Consulté à l'adresse suivante : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/innovation-et-recherche/l-innovation-et-la-recherche-clinique/article/groupements-interregionaux-pour-la-recherche-clinique-et-l-innovation-girci>.
- 49• Arrêté du 1^{er} mars 2022 fixant le montant de la prime spéciale attribuée aux personnels relevant du corps des auxiliaires médicaux en pratique avancée.
- 50• 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.
- 51• Blanchard P-Y, Schwingruber J. Implantation de la pratique avancée en établissement : les clés de la réussite. *Revue de la Pratique avancée* - Vol. III – n°4-2022.
- 52• Houillon L, et al. De l'implantation à la création d'un collectif IPA. *Soins.* 2023;68;877:60-63.
- 53• Marrellec S. Implantation réussie de l'IPA dans un pôle des maladies de l'appareil digestif. *Revue de la Pratique avancée* - Vol. III - n°1-2022.
- 54• Goncalves Ribeiro C, et al. La création d'un département de pratique avancée au sein d'un GHT. *Soins.* 2022;67;866:41-43
- 55• Marrellec S. Implantation réussie de l'IPA dans un pôle des maladies de l'appareil digestif. *Revue de la Pratique avancée* - Vol. III - n° 1-2022.
- 56• Dehaut H, et al. Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants. *Soins* 2024;69;886:56-59.
- 57• Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.
- 58• HAS. Points critiques du parcours de soins Insuffisance cardiaque (IC). Juin 2014.
- 59• Barrière-Arnoux C, et al. Rôle de l'infirmière en pratique avancée en soins primaires. *Soins.* 2022;67;864:32-34.
- 60• Hardy E, Thomas T. L'IPA en soins primaires : une nouvelle porte d'entrée dans le système de santé. *Soins.* 2024;69;885:53-56.
- 61• IRDES. Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien. Rapport n°588. Juillet 2023.
- 62• IGAS. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Rapport N°2021-051R.
- 63• Convention médicale 2024-2029.
- 64• Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017.
- 65• Meury-Abraham P, et al. L'exercice infirmier en pratique avancée, complément de celui du médecin en soins primaires. *Soins.* 2022;67;868:12-20 .
- 66• Guide d'aide à l'installation. La collaboration IPA libéral et cardiologue dans l'insuffisance cardiaque. 2024.
- 67• FémasIF. Guide d'aide à l'installation professionnelle des IPA en ville. Mai 2023.
- 68• Article L251-1 du Code des assurances.
- 69• Dougs. La comptabilité d'une infirmière libérale : toutes les règles à respecter. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.dougs.fr/blog/comptabilite-infirmiere-liberale/>.
- 70• Article R1335-2 du Code de la santé publique.
- 71• Article L1411-11-1 - Code de la santé publique.
- 72• Article L6323-1-5 - Code de la santé publique.
- 73• Article L1434-12 - Code de la santé publique.
- 74• Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux.
- 75• Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.
- 76• Article L4021-1 - Code de la santé publique.
- 77• Décret n° 2024-258 du 22 mars 2024 relatif à la certification périodique de certains professionnels de santé.
- 78• Article L. 4022-2 du code de santé publique.
- 79• Devictor J, et al. Certification périodique des professionnels de santé; *Revue de la Pratique avancée* - Vol. V - n° 3 – 2024.
- 80• <https://www.fifpl.fr/>.
- 81• <https://www.agencedapc.fr/>.



Avec le soutien institutionnel de



Remerciements au



dans la rédaction des conseils pratiques pour l'IPA en ville