6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

19-20-21 NOVEMBRE 2025

SAMU Urgences de FRANCE

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

UR FACULTÉ DE SANTÉ UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

SARMUR Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence de La Réunion

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

mco congrès

Organisation générale : MCO Congrès - Villa Gaby - 285 Corniche J.F. Kennedy - 13007 Marseille - Tél. : +33(0) 4 95 09 38 00
Contacts : Julie Faber - julie.faber@mcocongres.com et Natalie Ruxton - natalie.ruxton@mcocongres.com

Crédit photo : IRT® - dronecopters - Office de Tourisme de Saint-Pierre - Reunion.fr

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

BONJOUR !!!

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

Le congrès URGENCES25

SCIENCE · SOINS · ÉQUIPE · FORMATION · QUALITÉ

Merci à toutes et tous…

presque deux ans de préparation !

Merci !

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER
19-20-21 NOVEMBRE 2025
UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

SESSION 5

Travailler En Équipe

… IPA en Médecine d'Urgence : quelles implications en pratique courante ?

Fabien VANIET
SAMU 974
Urgences SMUR
CHU de La Réunion

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Consultant ou membre d'un conseil scientifique	☐ OUI	☒ NON
Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents	☐ OUI	☒ NON
Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations	☐ OUI	☒ NON
Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique	☐ OUI	☒ NON

Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002)

CFMU

L'orateur ne souhaite pas répondre. ☐

Evolutions du champ infirmier…

Vers la pratique avancée…

Une mutation progressive du rôle infirmier

Depuis les années 1990, la profession infirmière connaît une **progressive montée en compétences cliniques**

- la **réforme LMD (Licence-Master-Doctorat)** de 2009
  - aligne les études sur le schéma européen (Directive 2005/36/CE)
  - **formation par compétences**
- **démarche clinique infirmière** et **protocoles de coopération** (article 51 de la loi HPST, 2009
- l'intégration des **sciences infirmières** dans le champ universitaire → **socle scientifique propre** (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier).

Ministère des Solidarités et de la Santé. Référentiel d'activités et de compétences infirmier, décret n° 2004-802 modifié.
Ordre National des Infirmiers (ONI), Livre blanc sur la pratique avancée infirmière, 2019.
HAS, Cadre de référence pour les pratiques avancées, 2021.

De la coopération à la pratique avancée (2016-2018)

décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018, pris en application de l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016)

→ création officielle du métier d'**Infirmier de Pratique Avancée (IPA)**.

Les IPA exercent dans un **rôle clinique**

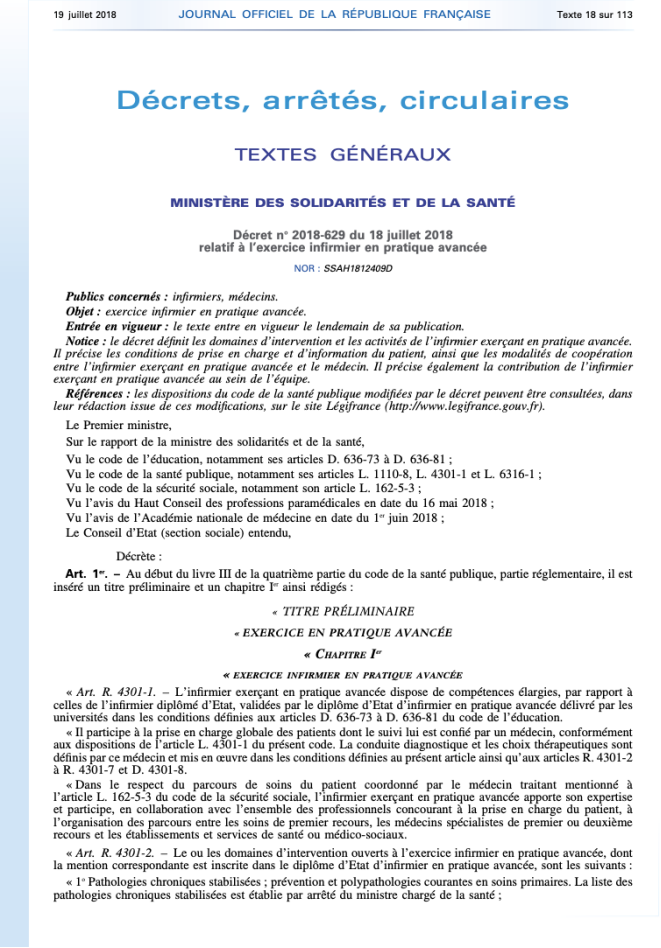
d'évaluation

de suivi

de prescription

de coordination, sous l'autorité du médecin délégant, mais avec une autonomie encadrée.

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



19 juillet 2018 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 18 sur 113

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

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

NOR : SSAH1812409D

Publics concernés : *infirmiers, médecins.*
Objet : *exercice infirmier en pratique avancée.*
Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*
Notice : *le décret définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en pratique avancée. Il précise les conditions de prise en charge et d'information du patient, ainsi que les modalités de coopération entre l'infirmier exerçant en pratique avancée et le médecin. Il précise également la contribution de l'infirmier exerçant en pratique avancée au sein de l'équipe.*
Références : *les dispositions du code de la santé publique modifiées par le décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de ces modifications, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de l'éducation, notamment ses articles D. 636-73 à D. 636-81 ;
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-8, L. 4301-1 et L. 6316-1 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-5-3 ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 16 mai 2018 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 1er juin 2018 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – Au début du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, partie réglementaire, il est inséré un titre préliminaire et un chapitre Ier ainsi rédigés :

« TITRE PRÉLIMINAIRE

« EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

« CHAPITRE Ier

« EXERCICE INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

« *Art. R. 4301-1.* – L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation.

« Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8.

« Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

« *Art. R. 4301-2.* – Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :

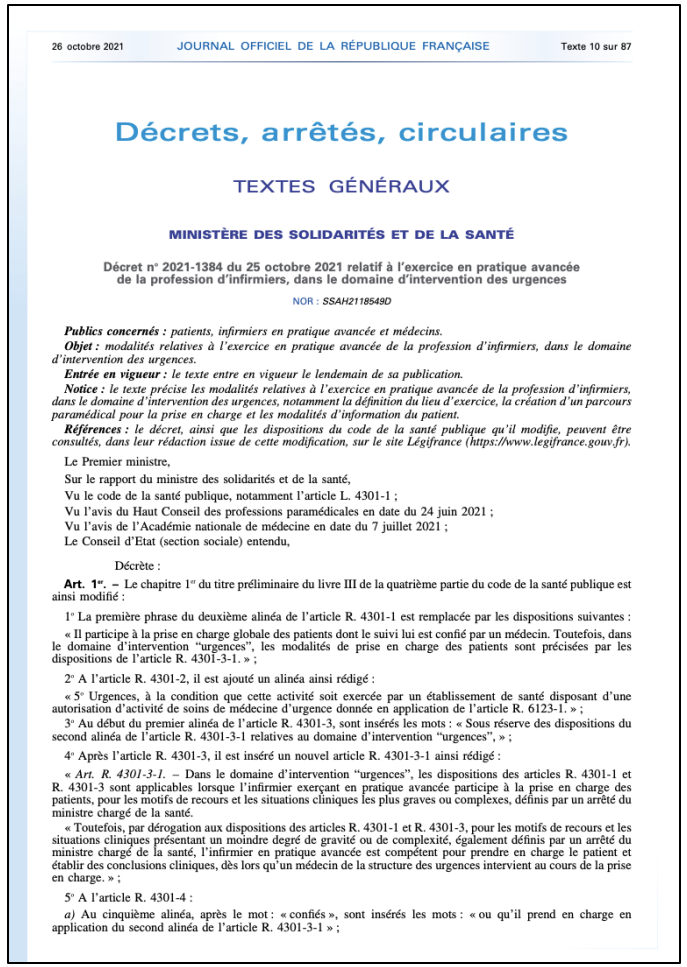
« 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;

Une nouvelle mention Décret 2021-1384

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018,
4 domaines initiaux (pathologies chroniques stabilisées, oncologie, psychiatrie/santé mentale, néphrologie/dialyse/transplantation)

Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021

→ 2021 **mention "Urgences"**.



26 octobre 2021 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 10 sur 87

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences

NOR : *SSAH2118549D*

Publics concernés : *patients, infirmiers en pratique avancée et médecins.*
Objet : *modalités relatives à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences.*
Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*
Notice : *le texte précise les modalités relatives à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences, notamment la définition du lieu d'exercice, la création d'un parcours paramédical pour la prise en charge et les modalités d'information du patient.*
Références : *le décret, ainsi que les dispositions du code de la santé publique qu'il modifie, peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (https://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 4301-1 ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 24 juin 2021 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 7 juillet 2021 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – Le chapitre 1er du titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article R. 4301-1 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. Toutefois, dans le domaine d'intervention "urgences", les modalités de prise en charge des patients sont précisées par les dispositions de l'article R. 4301-3-1. » ;

2° A l'article R. 4301-2, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Urgences, à la condition que cette activité soit exercée par un établissement de santé disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence donnée en application de l'article R. 6123-1. » ;

3° Au début du premier alinéa de l'article R. 4301-3, sont insérés les mots : « Sous réserve des dispositions du second alinéa de l'article R. 4301-3-1 relatives au domaine d'intervention "urgences", » ;

4° Après l'article R. 4301-3, il est inséré un nouvel article R. 4301-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. R. 4301-3-1.* – Dans le domaine d'intervention "urgences", les dispositions des articles R. 4301-1 et R. 4301-3 sont applicables lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée participe à la prise en charge des patients, pour les motifs de recours et les situations cliniques les plus graves ou complexes, définis par un arrêté du ministre chargé de la santé.

« Toutefois, par dérogation aux dispositions des articles R. 4301-1 et R. 4301-3, pour les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité, également définis par un arrêté du ministre chargé de la santé, l'infirmier en pratique avancée est compétent pour prendre en charge le patient et établir des conclusions cliniques, dès lors qu'un médecin de la structure des urgences intervient au cours de la prise en charge. » ;

5° A l'article R. 4301-4 :

a) Au cinquième alinéa, après le mot : « confiés », sont insérés les mots : « ou qu'il prend en charge en application du second alinéa de l'article R. 4301-3-1 » ;

Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences. 2021-1384 oct 25, 2021.

La Formation de l'IPA mention Urgence

Conditions d'accès

Être titulaire d'un diplôme d'État d'infirmier.

Justifier d'au moins 3 ans d'expérience en tant qu'infirmier.

Contenu du Master IPA Urgence

Formation universitaire de 2 ans (Master).

Tronc commun (1ère année) et spécialisation Urgence (2ème année).

Approfondissement des connaissances cliniques et scientifiques.

Evolutions du champ infirmier…

Réponse à une nécessité ?

Une évolution portée par des enjeux systémiques

Crise démographique médicale, avec baisse de disponibilité des praticiens à l'hôpital et en ambulatoire.

Nouveaux besoins de santé publique : chronicité, vieillissement, coordination des parcours.

Recherche d'efficience organisationnelle, notamment dans les services d'urgence et de médecine polyvalente.

Les IPA deviennent ainsi des **médiateurs cliniques**, capables d'articuler le raisonnement médical et la logique de parcours, dans une approche **intégrée du soin**.

SFMU – ANFIPA. Positionnement de l'IPA en Service d'Urgences. Rapport 2025.

Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

ANFIPA ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE

Repères démographiques et horizon 2030

Contexte national : mutation des professions de santé

- Vieillissement de la population et maladies chroniques → besoin accru de suivi clinique
- Ralentissement de la croissance médicale → déficit de médecins généralistes à horizon 2030
- Croissance du corps infirmier mais disparités territoriales
- Émergence des IPA : réponse organisationnelle à la raréfaction médicale.

1. DREES. Études & Résultats n°1319, 2024.
2. DREES. Jeu de données infirmières 2022–2050, 2025.
3. DREES. Démographie médicale à l'horizon 2030, 2009 (rééd. 2023).
4. DREES. Démographie des infirmiers à l'horizon 2030, 2011.
5. DREES. Indicateurs professionnels de santé, 13 mai 2025.
6. ONDPS. Besoins de formation infirmiers / aides-soignants 2030, 2024.

Repères démographiques et horizon 2030

Contexte national : mutation des professions de santé

- Vieillissement de la population et maladies chroniques → besoin accru de suivi clinique
  - Part des médecins de +60 ans : 29 % (2024) → >35 % (2030).
- Ralentissement de la croissance médicale → déficit de médecins généralistes à horizon 2030
  - Déficit prévu : 12 000 ETP médecins généralistes en 2030.

    → Nécessité d'un repositionnement des compétences infirmières (IPA, protocoles, délégations).
- Croissance du corps infirmier mais disparités territoriales
  - Effectifs infirmiers : +3,7 %/an → +24 % d'ici 2050 (besoin estimé +35 %).
- Émergence des IPA : réponse organisationnelle à la raréfaction médicale.
  - Taux d'IDE pour 1 000 habitants : 11,8 (2024) → 12,5 (objectif 2030).

Vieillissement de la population…

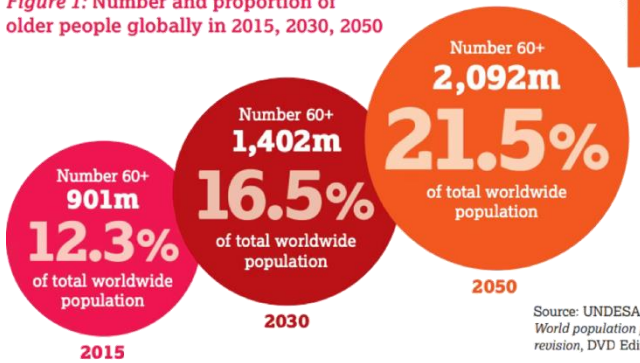
Global AgeWatch Index 2015

Insight report

HelpAge International
global network

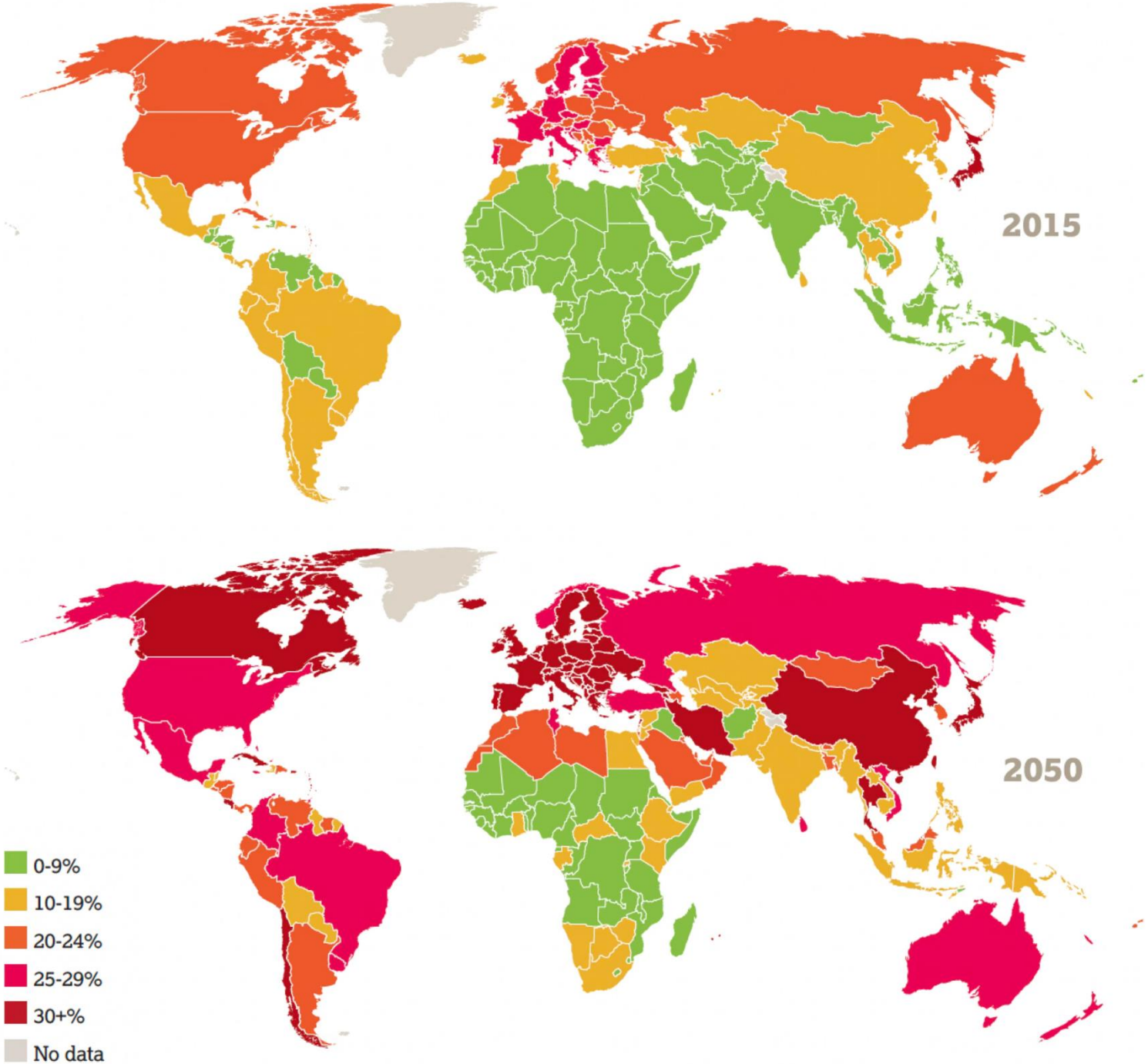
Figure 1: Number and proportion of older people globally in 2015, 2030, 2050

Global AgeWatch
Data and analysis on population ageing



Source: UNDESA Population Division, *World population prospects: the 2015 revision*, DVD Edition, 2015

Pays (par ordre décroissant de vieilssement en2050)	Pourcentage de la population supérieur à 60 ans		
	2015	2030	2050
Japan	33,1	37,3	42,5
Spain	24,4	33,5	41,4
Portugal	27,1	34,7	41,2
Greece	27	33,2	40,8
Italy	28,6	36,6	40,7
Germany	27,6	36,5	39,3
China	15,2	25,3	36,5
Switzerland	23,6	30,6	34,5
Chile	15,7	23,7	32,9
Canada	22,3	29,4	32,5
France	25,2	29,9	31,8
Iran	8,2	14,4	31,2
Ireland	18,4	24,4	31
UK	23	27,8	30,7
Denmark	24,7	29,3	29,9
Sweden	25,5	28,3	29,6
Norway	21!	26,2	29,5
Russian Federation	20	24	28,8
Australia	20,4	24,6	28,3
India	8,9	12,6	28
USA	20,7	26,1	27,9
Columbia	10,8	18,3	27,6
Mexico	9,6	14,9	24,7
Oman	4,4	9,4	24,5
Argentina	15,1	21,5	23,6
Moroco	9,6	15,1	23,4
Qatar	2,3	7,9	19,8
Malaysia	8,2	13,2	19,2
Indonesia	8,2	13,2	19,2
Jordan	5,4	8,6	15,8
South Africa	7,7	10,5	15,4
Botswana	5,9	7,9	15,7
Cameroon	4,8	5,2	8,1
Angola	3,8	4,2	5,5



Pays (par ordre décroissant de vieilssement en2050)	Pourcentage de la population supérieur à 60 ans		
	2015	2030	2050
France	25,2	29,9	31,8

En 2030
30% pop > 60 ans

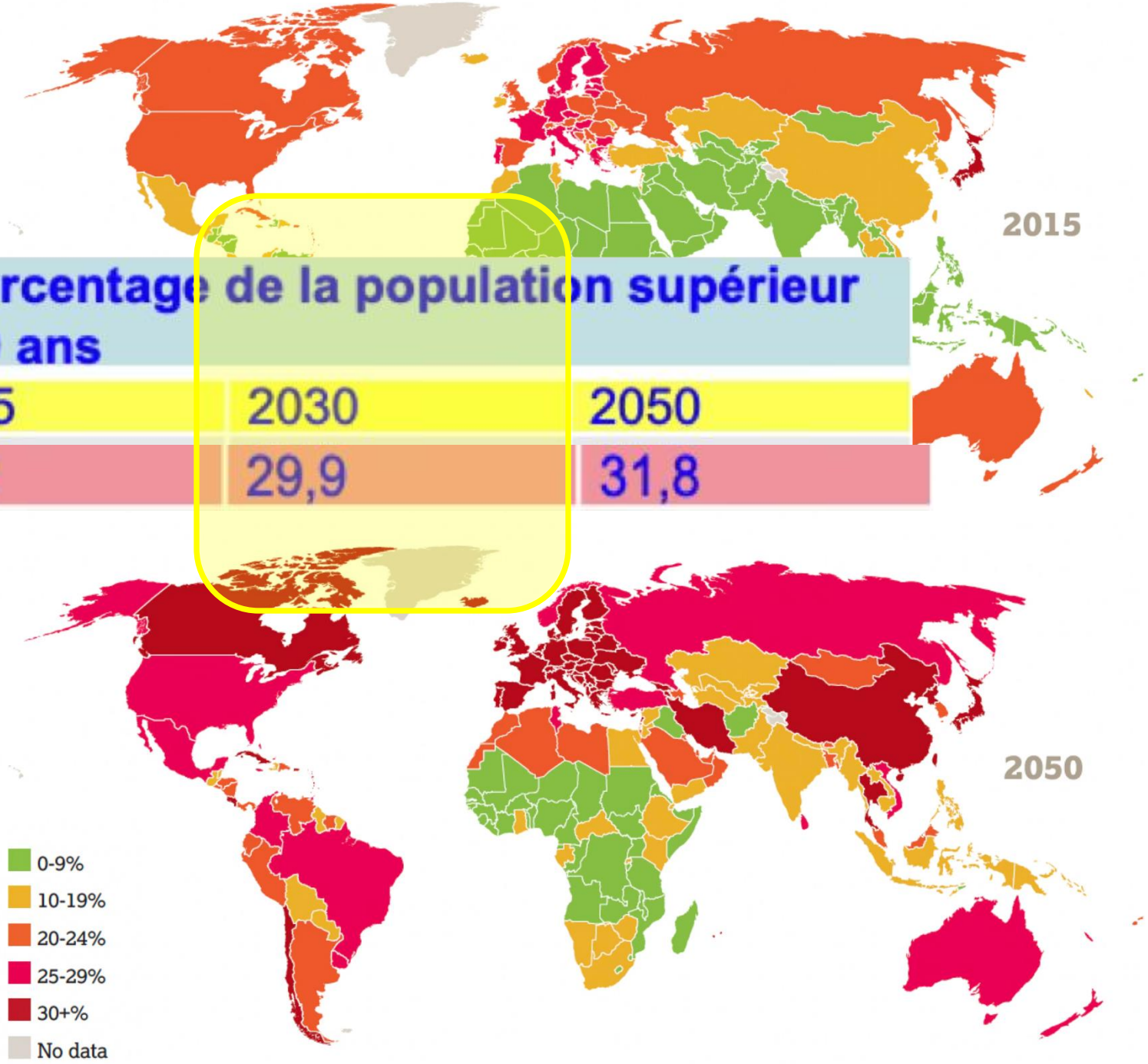
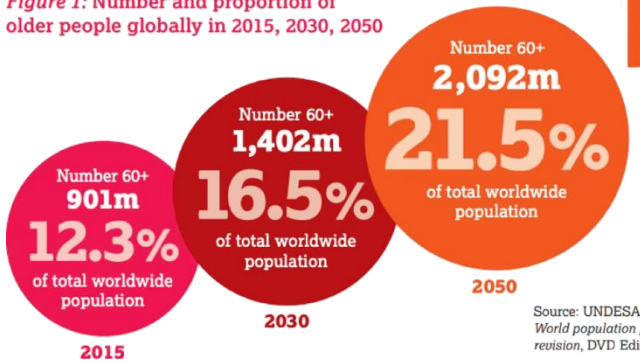


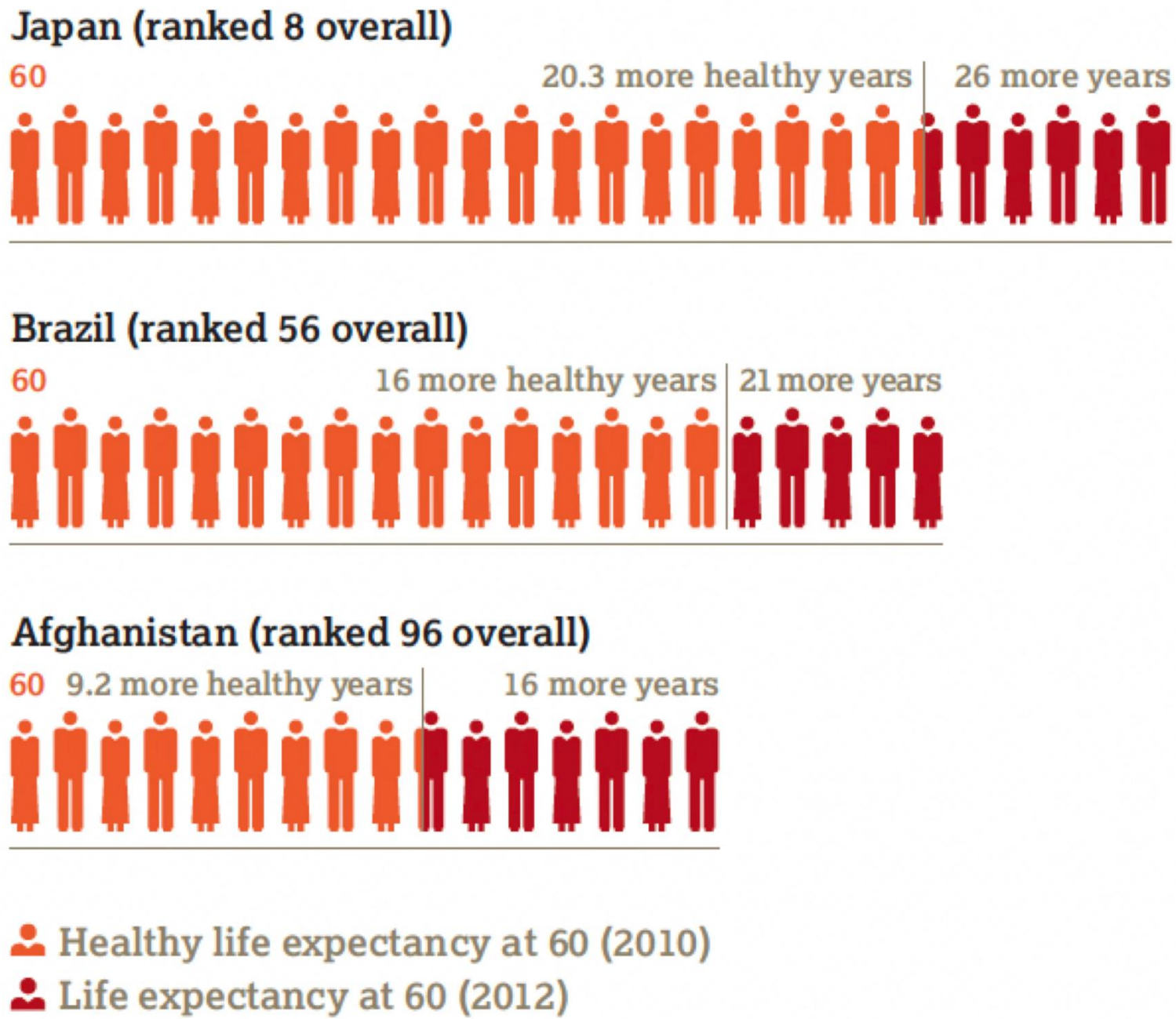
Figure 1: Number and proportion of older people globally in 2015, 2030, 2050



Source: UNDESA Population Division, *World population prospects: the 2015 revision*, DVD Edition, 2015

Global AgeWatch
Data and analysis on population ageing

Pays (par ordre décroissant de vieilssement en2050)	Pourcentage de la population supérieur à 60 ans		
	2015	2030	2050
Japan	33,1	37,3	42,5
Spain	24,4	33,5	41,4
Portugal	27,1	34,7	41,2
Greece	27	33,2	40,8
Italy	28,6	36,6	40,7
Germany	27,6	36,5	39,3
China	15,2	25,3	36,5
Switzerland	23,6	30,6	34,5
Chile	15,7	23,7	32,9
Canada	22,3	29,4	32,5
France	25,2	29,9	31,8
Iran	8,2	14,4	31,2
Ireland	18,4	24,4	31
UK	23	27,8	30,7
Denmark	24,7	29,3	29,9
Sweden	25,5	28,3	29,6
Norway	21!	26,2	29,5
Russian Federation	20	24	28,8
Australia	20,4	24,6	28,3
India	8,9	12,6	28
USA	20,7	26,1	27,9
Columbia	10,8	18,3	27,6
Mexico	9,6	14,9	24,7
Oman	4,4	9,4	24,5
Argentina	15,1	21,5	23,6
Moroco	9,6	15,1	23,4
Qatar	2,3	7,9	19,8
Malaysia	8,2	13,2	19,2
Indonesia	8,2	13,2	19,2
Jordan	5,4	8,6	15,8
South Africa	7,7	10,5	15,4
Botswana	5,9	7,9	15,7
Cameroon	4,8	5,2	8,1
Angola	3,8	4,2	5,5



Global AgeWatch Index 2015

Table 1: Global AgeWatch Index overall rankings

1. Switzerland	21. Chile	41. Vietnam	61. Croatia	81. Ghana
2. Norway	22. Czech Republic	42. Mauritius	62. Dominican Republic	82. Honduras
3. Sweden	23. Estonia	43. Armenia	63. Lithuania	83. Lao PDR
4. Germany	24. Belgium	44. Ecuador	64. Belarus	84. Morocco
5. Canada	25. Spain	45. Romania	65. Russia	85. Jordan
6. Netherlands	26. Slovenia	46. Sri Lanka	66. Serbia	86. Nigeria
7. Iceland	27. Uruguay	47. Malta	67. Bangladesh	87. Iraq
8. Japan	28. Costa Rica	48. Peru	68. Montenegro	88. Uganda
9. USA	29. Georgia	49. Bulgaria	69. Paraguay	89. Rwanda
10. United Kingdom	30. Cyprus	50. Philippines	70. Nepal	90. Zambia
11. Denmark	31. Argentina	51. Kyrgyzstan	71. India	91. Tanzania
12. New Zealand	32. Poland	52. China	72. Mongolia	92. Pakistan
13. Austria	33. Mexico	53. Albania	73. Ukraine	93. West Bank & Gaza
14. Finland	34. Thailand	54. El Salvador	74. Indonesia	94. Mozambique
15. Ireland	35. Latvia	55. Bolivia	75. Turkey	95. Malawi
16. France	36. Colombia	56. Brazil	76. Venezuela	96. Afghanistan
17. Australia	37. Italy	57. Nicaragua	77. Moldova	
18. Israel	38. Portugal	58. Tajikistan	78. South Africa	
19. Luxembourg	39. Hungary	59. Guatemala	79. Greece	
20. Panama	40. Slovakia	60. South Korea	80. Cambodia	

Global AgeWatch Index 2015

Table 1: Global AgeWatch Index overall rankings

15. Ireland

6. Netherlands	26. Slovenia	46. Sri Lanka	66. Serbia	86. Nigeria

16. France

12. New Zealand	32. Poland	52. China	72. Mongolia	92. Pakistan

17. Australia

18. Israel	38. Portugal	58. Tajikistan	78. South Africa
19. Luxembourg	39. Hungary	59. Guatemala	79. Greece
20. Panama	40. Slovakia	60. South Korea	80. Cambodia

Evolutions du champ IPA…

Vers l’autonomisation ou l’autonomie plus simplement…

La loi RIST 2023 : consolidation du cadre législatif et ouverture des compétences

La **loi n° 2023-379 du 19 mai 2023**, dite **loi RIST II**, vient **simplifier l'accès direct** à certains professionnels de santé et **étendre le champ des compétences infirmières avancées**.

1. **Faciliter l'accès aux soins** en autorisant des consultations directes sans passage préalable par un médecin (IPA, kiné, orthophoniste, etc.)

2. **Réduire les délais de prise en charge** dans un contexte de pénurie médicale

3. **Déployer la gradation du soin** selon la complexité des situations, avec un premier niveau d'évaluation assuré par les IPA.

Post

Stéphanie RIST
@stephanie_rist

La 2nde loi que je porte a été promulguée !
➡C'est un pas de plus pour l'accès aux #soins. Il reste néanmoins beaucoup de travail : #formation, #évolutivité des métiers & #coopérations des acteurs du système de santéau bénéfice des patients et l'attractivité des métiers.

20 mai 2023 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 2 sur 202

LOIS

LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1)

NOR : SPRX2301496L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1er

I. – Le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
1° Le I de l'article L. 4301-1 est ainsi modifié :
a) Au sixième alinéa, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « , de la Haute Autorité de santé, des ordres des professions de santé » ;
b) Au c du 1°, les mots : « non soumis » sont remplacés par les mots : « et de prestations soumis ou non » ;
2° Il est ajouté un article L. 4301-2 ainsi rédigé :

Aurore Bergé et 8 autres personnes

12:45 PM · 20 mai 2023 · 36,8 k vues

36 53 176

Journal Officiel de la République Française, 20 mai 2023.

La loi RIST 2023 : consolidation du cadre législatif et ouverture des compétences

Mesures phares concernant les IPA :

Consultation directe des IPA possible sans orientation préalable par un médecin dans les domaines définis par décret.

Prescription élargie : ordonnances initiales et renouvellements pour certaines pathologies chroniques.

Participation renforcée à la coordination au sein des CPTS, GHT et services hospitaliers.

Post

Stéphanie RIST
@stephanie_rist

La 2nde loi que je porte a été promulguée !
➡C'est un pas de plus pour l'accès aux #soins. Il reste néanmoins beaucoup de travail : #formation, #évolutivité des métiers & #coopérations des acteurs du système de santéau bénéfice des patients et l'attractivité des métiers.

20 mai 2023 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 2 sur 202

LOIS

LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1)

NOR : SPRX2301496L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1er

I. – Le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
1° Le I de l'article L. 4301-1 est ainsi modifié :
a) Au sixième alinéa, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « , de la Haute Autorité de santé, des ordres des professions de santé » ;
b) Au c du 1°, les mots : « non soumis » sont remplacés par les mots : « et de prestations soumis ou non » ;
2° Il est ajouté un article L. 4301-2 ainsi rédigé :

Aurore Bergé et 8 autres personnes

12:45 PM · 20 mai 2023 · 36,8 k vues

36 53 176

Journal Officiel de la République Française, 20 mai 2023.

Décret du 18 janvier 2025
Arrêté du 25 avril 2025 – Apports pour les IPA en Médecine d'Urgence

21 janvier 2025 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 2 sur 102

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

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

NOR : *TSSH2415864D*

Publics concernés : *infirmiers en pratique avancée, médecins et pharmaciens, patients.*
Objet : *modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée.*
Entrée en vigueur : *le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*
Application : *le décret est pris pour l'application des articles L. 4301-1 et L. 4301-2 du code de la santé publique, dans leur rédaction issue de l'article 1er de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Le décret et les dispositions du code de santé publique qu'il modifie peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (https://www.legifrance.gouv.fr).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4301-1 et L. 4301-2 ;
Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des infirmiers en date du 31 mai 2024 ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 21 juin 2024 ;
Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 27 juin 2024 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 5 juillet 2024 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article R. 4301-1 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ou s'adressant directement à lui. Lorsqu'il n'exerce pas dans les conditions prévues au II de l'article L. 4301-2, la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin lui ayant confié le suivi du patient. » ;

2° L'article R. 4301-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « du second alinéa » sont supprimés ;
b) Au 1°, les mots : « qui lui est confié » sont supprimés ;
c) Le *d* du 2° est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« – 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, après avis de l'Académie nationale de médecine. Cet arrêté peut prévoir que la prescription par l'infirmier est subordonnée à un diagnostic médical préalable ; »

3° L'article R. 4301-3-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 4301-3-1.* – Dans le domaine d'intervention "urgences" mentionné au 5° de l'article R. 4301-2, l'infirmier en pratique avancée exerçant dans les conditions prévues au II de l'article L. 4301-2 peut, lorsqu'il prend directement en charge des patients dont les motifs de recours ou les situations cliniques sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé, établir des conclusions cliniques sous réserve qu'un médecin de la structure des urgences intervienne au cours de la prise en charge. » ;

30 avril 2025 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 32 sur 153

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

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

NOR : *TSSH2512327A*

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles et le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4301-1 et R. 4301-1 ;
Vu 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 ;
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 24 juillet 2024 ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 23 octobre 2024,

Arrêtent :

Art. 1er. – 1° Après l'article 1er de l'arrêté du 18 juillet 2018 susvisé, il est inséré un article 2 ainsi rédigé :

« *Art. 2.* – I. – La liste des prescriptions de produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire que l'ensemble des infirmiers en pratique avancée est autorisé à prescrire est fixée en annexe VI du présent arrêté.

« II. – La liste des prescriptions de produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire que les infirmiers en pratique avancée en fonction de leur domaine d'intervention sont autorisés à prescrire est fixée en annexe VII du présent arrêté. » ;

2° L'article 2 du même arrêté devient l'article 3.

Art. 2. – I. – L'annexe I de l'arrêté du 18 juillet 2018 susvisé est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI » sont supprimés ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « , prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux. » sont supprimés ;

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux. »

II. – Au premier alinéa de l'annexe II du même arrêté, les mots : « POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI » sont supprimés.

III. – Le premier alinéa de l'annexe III du même arrêté est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX QUE L'INFIRMIER EXERCANT EN PRATIQUE AVANCÉE EST AUTORISÉ À PRESCRIRE ».

IV. – A l'annexe IV du même arrêté :

1° Au premier alinéa, les mots : « POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI » sont supprimés ;

2° Après le mot : « glycémie », sont ajoutés les mots : « à jeun » ;

3° Après les mots : « Créatine et calcul de la clairance de la créatine », il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« – Rapport albumine sur créatine ; ».

V. – A l'annexe V du même arrêté :

1° Au premier alinéa, les mots : « POUR LES PATHOLOGIES DONT IL ASSURE LE SUIVI » sont supprimés ;

Références :

- *Arrêté du 25 avril 2025 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 (JORF n°0098 du 26 avril 2025).*
- *Décret n°2025-55 du 20 janvier 2025 relatif à l'accès direct aux IPA.*

Arrêté du 25 avril 2025 – Apports pour les IPA en Médecine d'Urgence

1 Extension des pouvoirs de prescription

- Nouvelles listes (Annexes VI & VII) : **médicaments, dispositifs, examens biologiques**.
- Autorisation de prescription sans diagnostic médical préalable pour cas définis.
- **Implication** : autonomie accrue des IPA Urgences pour les prises en charge non critiques.

2 Accès direct et fluidification du parcours

- Suite au décret du 20 janv. 2025 sur l'accès direct : **primo-prescription par les IPA**.
- Prise en charge possible sans consultation médicale initiale (selon protocoles).
- Impact : réduction du délai de prise en charge et **désengorgement des filières**.

3 Clarification et sécurisation de l'exercice

- Concertation médicale requise pour renouvellement des prescriptions.
- Listes d'actes élargies et mieux définies → lisibilité renforcée.
- Valorisation du rôle clinique et décisionnel de l'IPA en contexte d'urgence.

Urgences en crise…

Pourquoi les IPAs ? Tout partirait d’un constat…

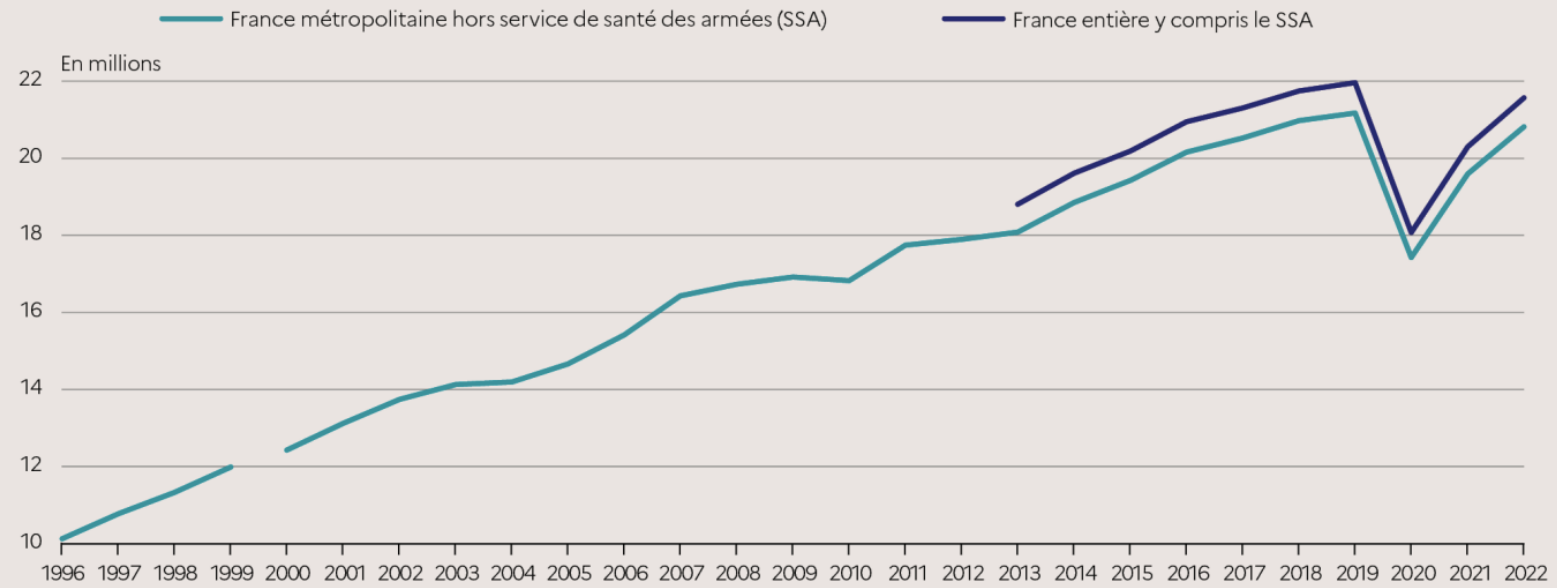
ENQUÊTE URGENCES

mardi 13 juin 2023

58 500 passages en 24h

+ 13% en 10 ans

Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > La modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2022, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2022.

> DREES, SAE 1996-2022, traitements DREES

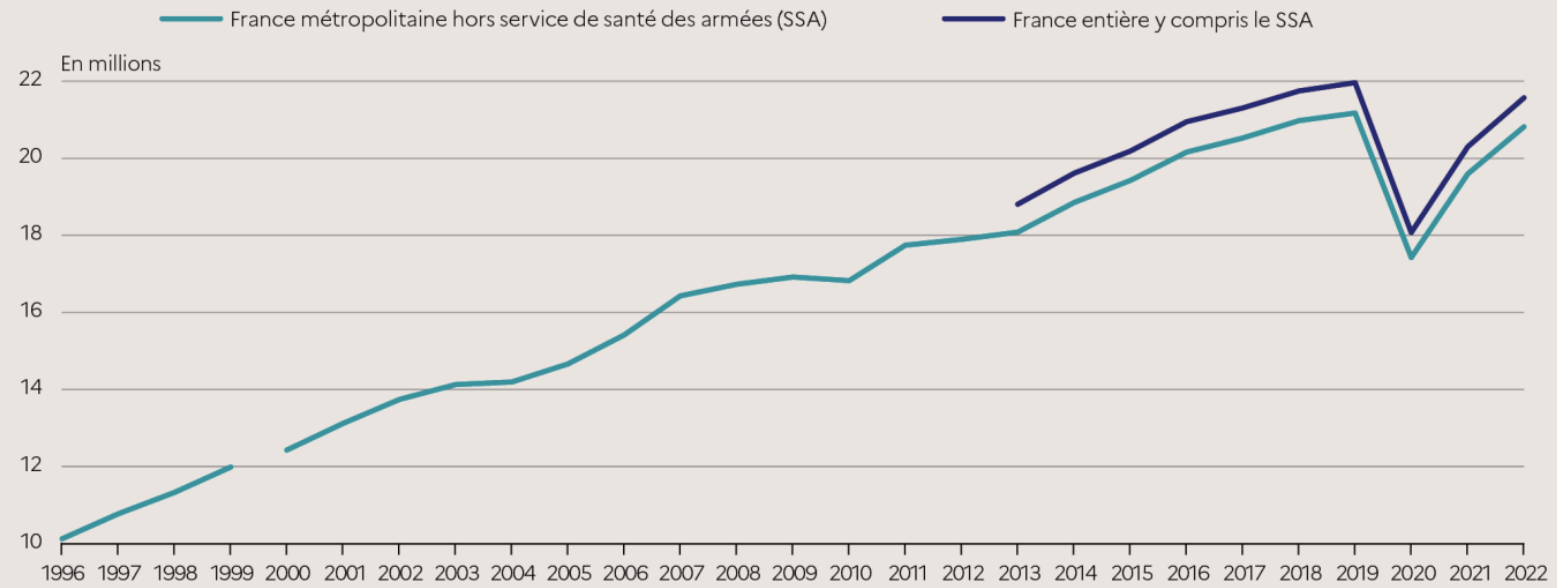
ENQUÊTE URGENCES

mardi 13 juin 2023

58 500 passages en 24h
+ 13% en 10 ans

Une admission toutes les 1,5 secondes…

Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996

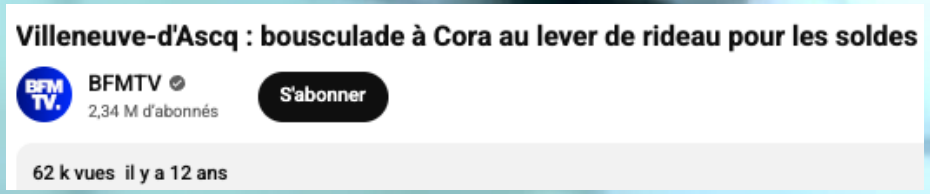


Note > La modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2022, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2022.

> DREES, SAE 1996-2022, traitements DREES

Il y a déjà eu 150 entrées depuis le début du topo…

… alors que j’ai à peine commencé !



6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER
19-20-21 NOVEMBRE 2025
UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

ÉTUDES et RÉSULTATS

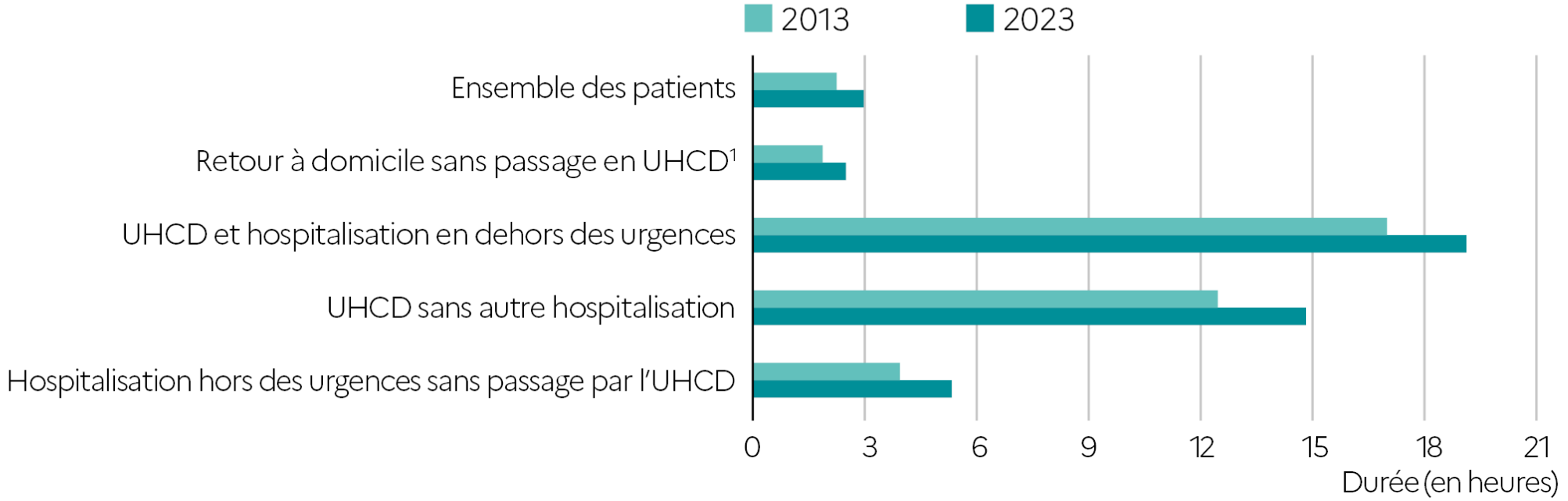
mars 2025
n° 1334

Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013

Premiers résultats de l'enquête Urgences sur le parcours des patients

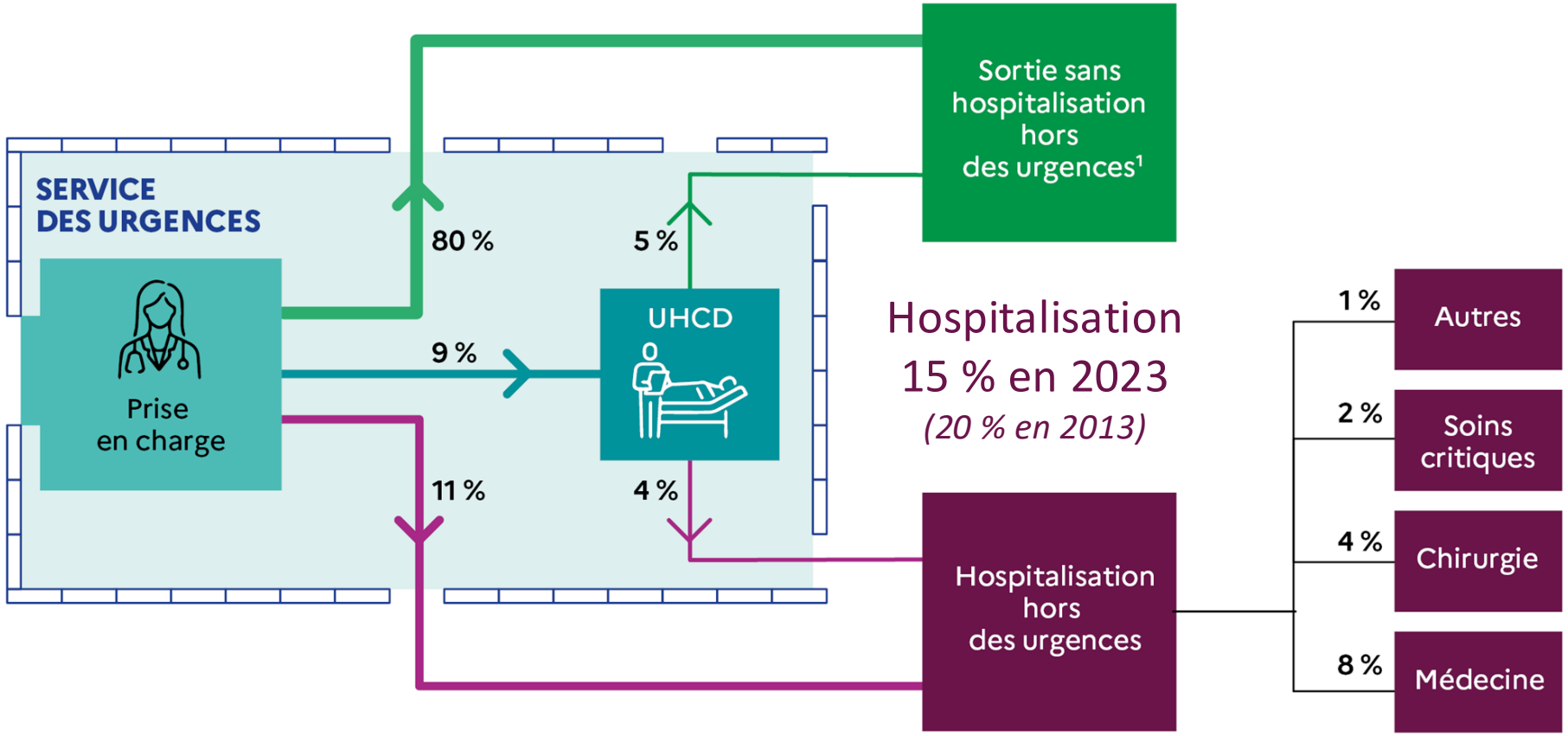
ENQUÊTE URGENCES mardi 13 juin 2023

Durée médiane entre l'enregistrement et la sortie des urgences selon le parcours des patients



UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.
1. Patients non hospitalisés, ni en UHCD ni en dehors du service des urgences.
Lecture > Entre le moment de l'enregistrement administratif et la sortie effective du service, la moitié des patients passent plus de 3 heures en 2023, contre 2 heures 15 en 2013 (UHCD comprise le cas échéant).
Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2e mardi de juin, hors patients réorientés vers une autre offre de soins. France, hors Mayotte.
Source > DREES, enquêtes Urgences 2013 et 2023.

L'issue de la prise en charge aux urgences



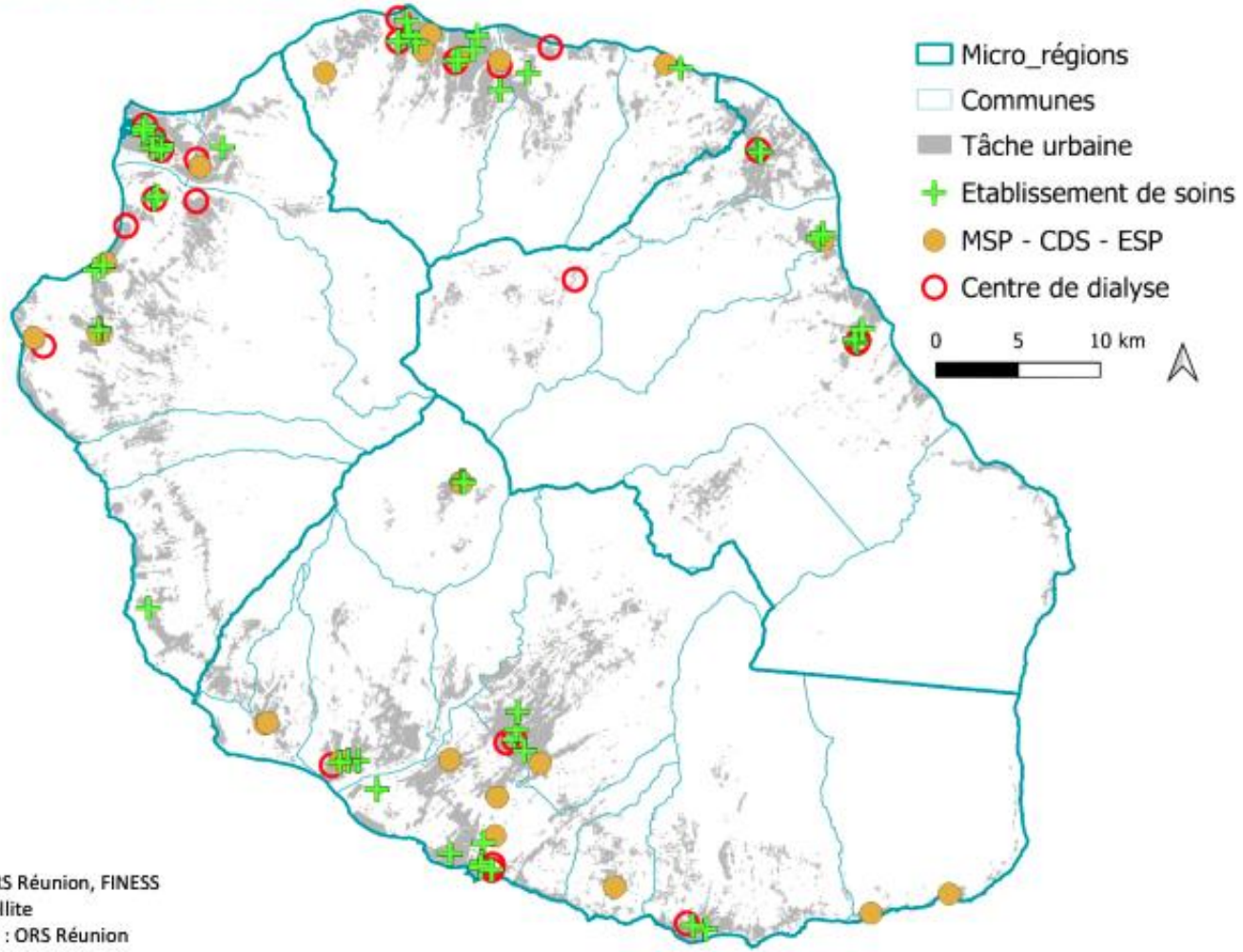
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.
1. Retour à domicile, en Ehpad, réorientation vers une autre offre de soins, parti sans attendre, etc.
Champ > Patients passés dans une structure des urgences le 2e mardi de juin. France, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Urgences 2023.

> *Études et Résultats* n°1334 © DREES

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

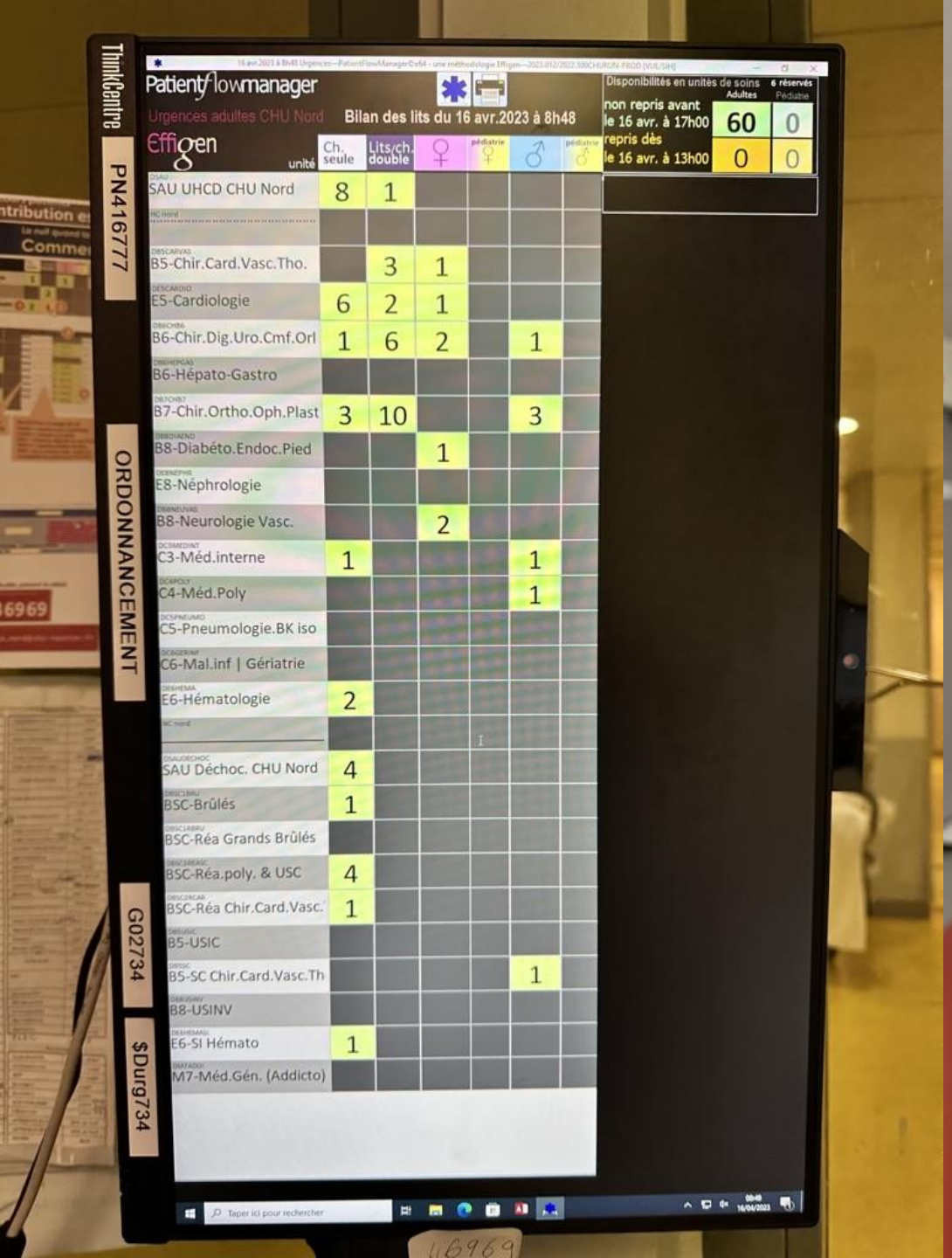
19-20-21 NOVEMBRE 2025

Offre de soins présente à La Réunion en 2020



Sources : ARS Réunion, FINESS
Google Satellite
Exploitation : ORS Réunion

70% / 30 %


ThinkCentre
PN416777
ORDONNANCEMENT
G02734
$Durg734
Patientflowmanager
Urgences adultes CHU Nord
Bilan des lits du 16 avr.2023 à 8h48
Effigen
unité
Ch. seule
Lits/ch. double
SAU UHCD CHU Nord 8 1
B5-Chir.Card.Vasc.Tho. 3 1
E5-Cardiologie 6 2 1
B6-Chir.Dig.Uro.Cmf.Orl 1 6 2 1
B6-Hépato-Gastro
B7-Chir.Ortho.Oph.Plast 3 10 3
B8-Diabéto.Endoc.Pied 1
E8-Néphrologie
B8-Neurologie Vasc. 2
C3-Méd.interne 1 1
C4-Méd.Poly 1
C5-Pneumologie.BK iso
C6-Mal.inf | Gériatrie
E6-Hématologie 2
SAU Déchoc. CHU Nord 4
BSC-Brûlés 1
BSC-Réa Grands Brûlés
BSC-Réa.poly. & USC 4
BSC-Réa Chir.Card.Vasc. 1
B5-USIC
B5-SC Chir.Card.Vasc.Th 1
B8-USINV
E6-SI Hémato 1
M7-Méd.Gén. (Addicto)
Disponibilités en unités de soins
Adultes
Pédiatrie
non repris avant le 16 avr. à 17h00 60 0
repris dès le 16 avr. à 13h00 0 0
46969

Cellule d'ordon-
nancement des
parcours patients
CHU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

Research

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients

Melanie Roussel, MD; Dorian Teissandier, MD; Youri Yordanov, MD, PhD; Frederic Balen, MD; Marc Noizet, MD; Karim Tazarourte, MD, PhD; Ben Bloom, MD, PhD; Pierre Catoire, MD; Laurence Berard, MD; Marine Cachanado, MSc; Tabassome Simon, MD, PhD; Said Laribi, MD, PhD; Yonathan Freund, MD, PhD; for the FHU IMPEC–IRU SFMU Collaborators

JAMA 2023

🩺 **Passer une nuit sur un brancard aux urgences augmente de 39 % le risque de décès hospitalier chez les patients âgés de plus de 75 ans** — et ce risque grimpe à **+81 % chez ceux en perte d'autonomie.**

Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, et al. *Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients*. JAMA Intern Med. 2023;183(12):1378-1385. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961

Urgences saturées : une patiente meurt sur un brancard du CHU de Nantes

Par Laurène Trillard et Simon Cherner
Publié le 11/01/2024 à 16:41, mis à jour le 11/01/2024 à 18:38

Copier le lien

Écouter cet article

00:00/03:24

Une patiente de 86 ans est décédée sur un brancard en file d'attente du CHU de Nantes le mardi 2 janvier

Une femme est morte seule le 2 janvier, à Nantes, en attendant d'être hospitalisée dans un service adéquat. Les syndicats alertent sur l'«état de guerre» d'un centre hospitalier au bord de la rupture.

Le Figaro Nantes

Les professionnels en tension

1/5 des postes de PH urgences vacants selon la Cour des comptes (2024)

Durée moyenne de travail : 55 heures/semaine (DGOS, Baromètre QVT Urgences 2024)

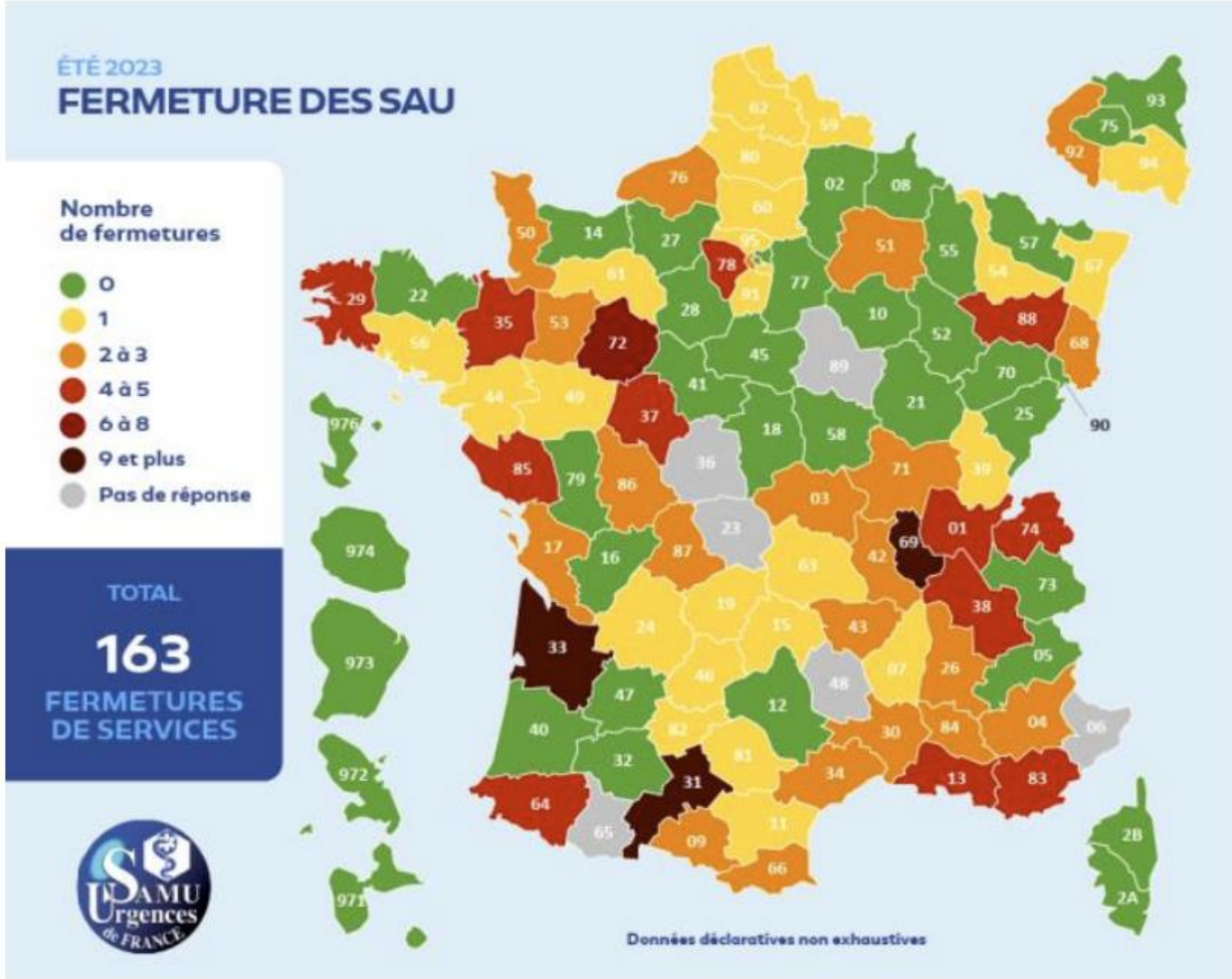
41 % des professionnels rapportent une fatigue psychologique importante (DGOS, 2024)

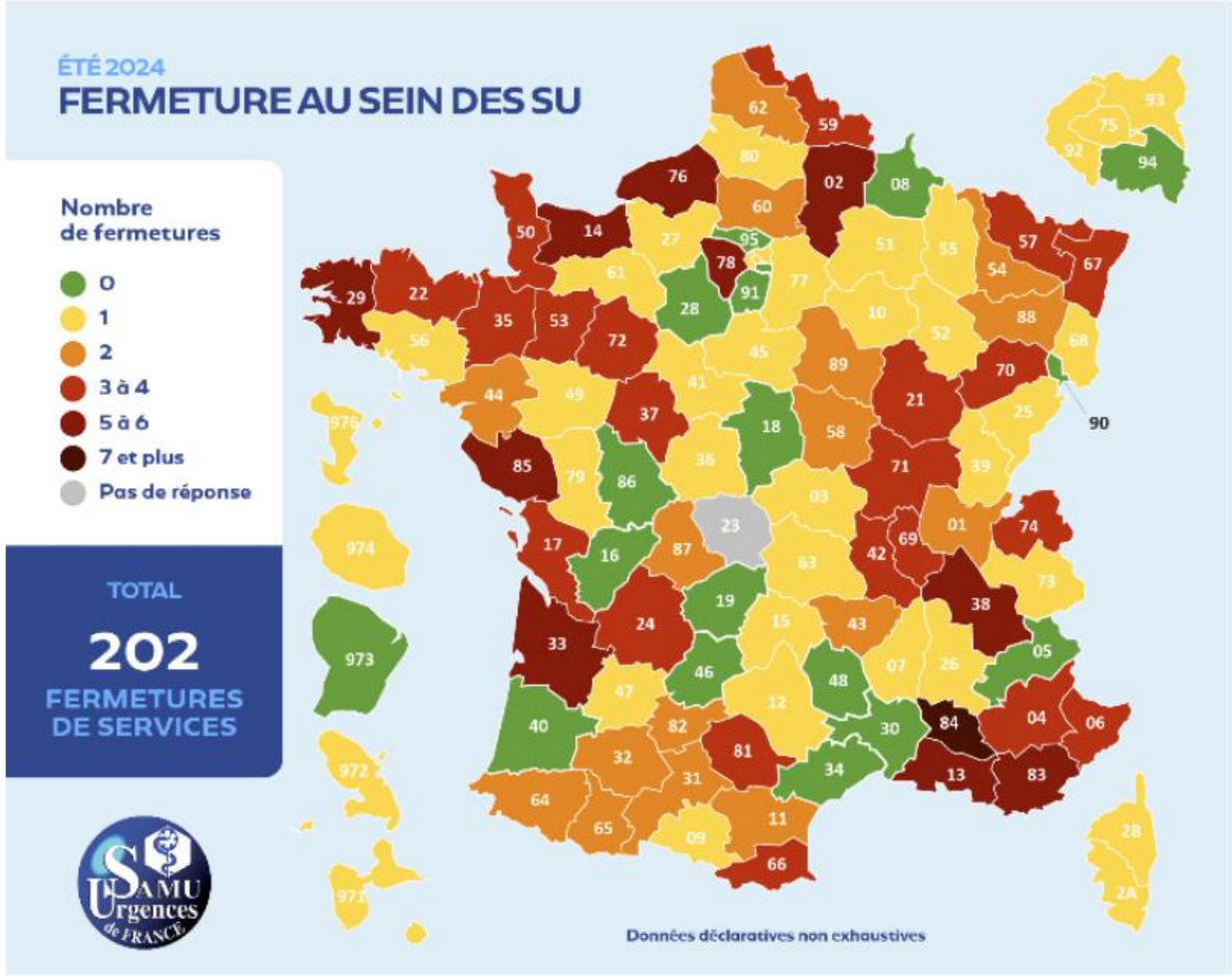
46 % des urgentistes se déclarent en **situation d'épuisement professionnel** (SFMU, Urgences 2021)

L'**AMUF (2024)** souligne que le Pacte de refondation 2019 a eu un impact « très limité » sur les conditions d'exercice

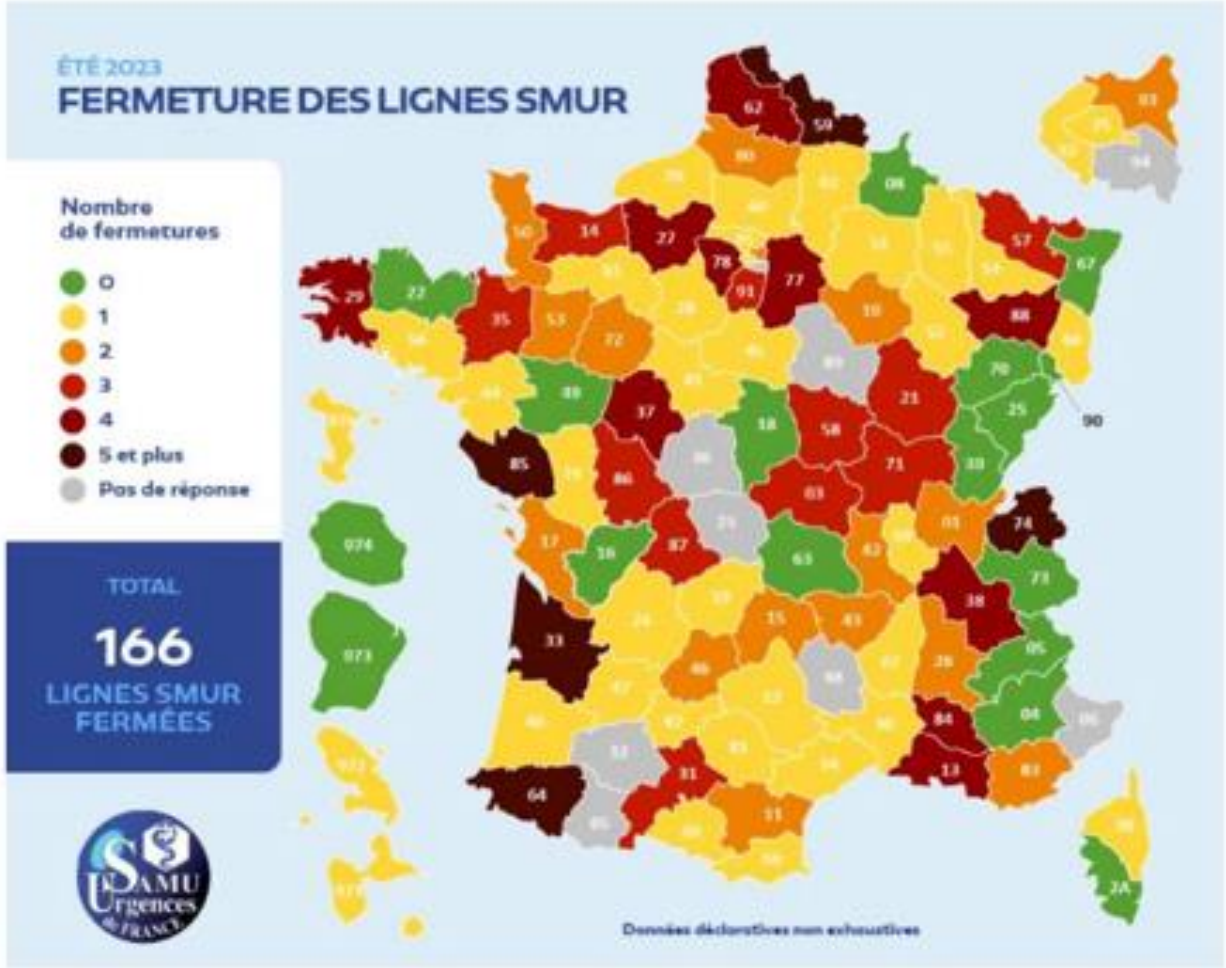
3 100 IPA diplômées en mai 2024, dont **< 1 % en mention urgences** (DGOS, 2024)

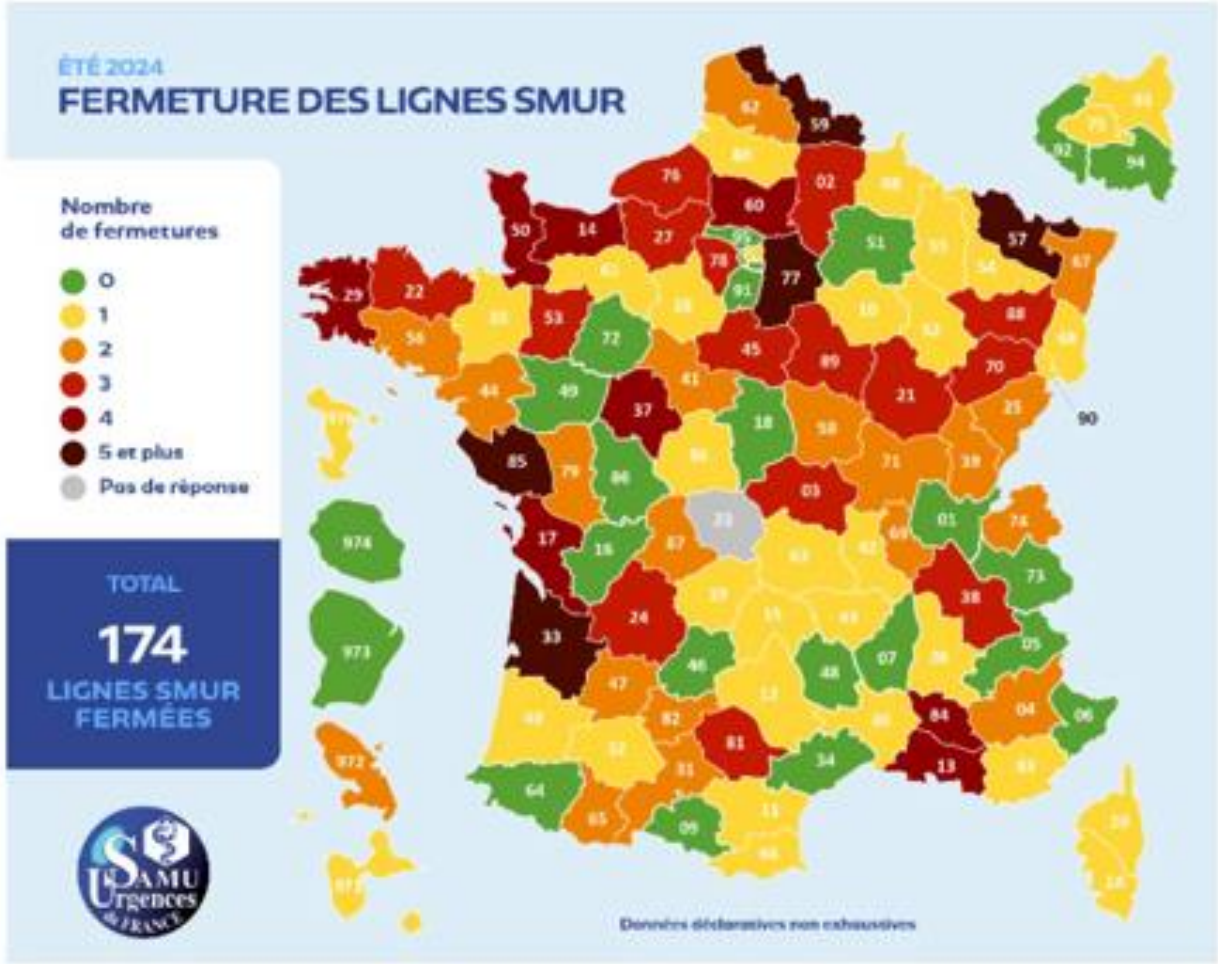
Proposition n°7 du Pacte 2025 : créer des mentions d'IPA en gériatrie, pédiatrie et premiers recours, augmenter leur nombre et élargir leur rôle.





SUdF - Bilan des structures de médecine d'urgences - été 2024



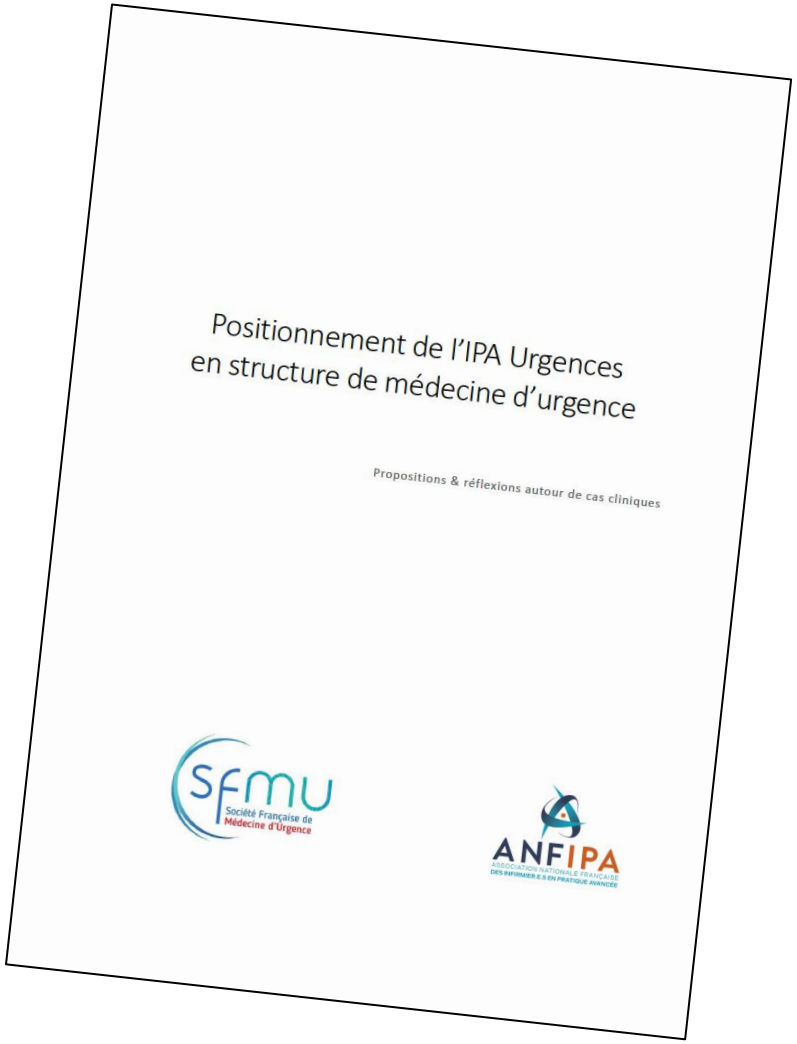


SUdF - Bilan des structures de médecine d'urgences - été 2024

URGENCES

Philosophie de l'IPA urgences…

Vers les urgences et au delà…


Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

ANFIPA

📘 La philosophie de l'IPA Urgences

Trois **axes indissociables** :

1. Expertise clinique (raisonnement, décision encadrée, autonomie supervisée)
2. Contribution organisationnelle (fluidification des flux, coordination)
3. Rôle pédagogique et recherche (formation, évaluation des pratiques)

Deux parcours définis par le décret :

1. **Parcours IPA** : autonomie encadrée sur pathologies simples (lombalgies, traumatismes mineurs).
2. **Parcours médico-IPA** : collaboration immédiate sur motifs complexes (dyspnée, douleur thoracique, déficit neuro).

Conséquences pratiques pour les services d'urgence

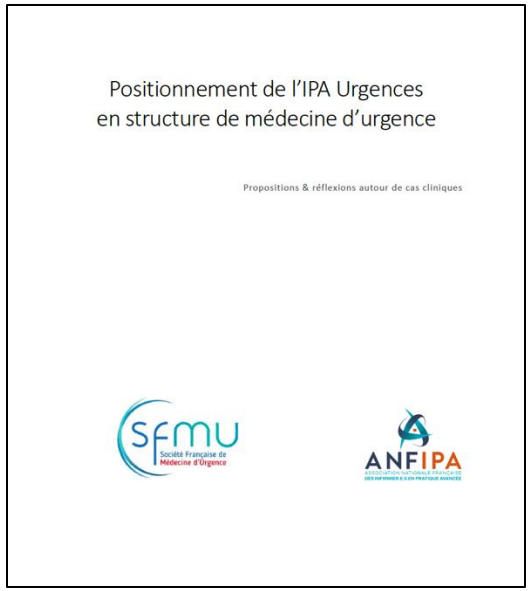
Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

ANFIPA ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES INFIRMIER.E.S EN PRATIQUE AVANCÉE

- **Reconfiguration des équipes mixtes** binômes médecin–IPA ou trinômes IDE–IPA–médecin.
- **Fluidification des parcours** via la délégation structurée de la première évaluation clinique (triage, douleur, pathologies mineures).
- **Valorisation du rôle de coordination interprofessionnelle** (lien avec UHCD, soins primaires, HAD).
- **Recentrage du médecin sur les actes à forte valeur ajoutée clinique**, dans un modèle de supervision active.


Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

Positionnement de l'IPA en Service d'Urgences (SFMU–ANFIPA, 2025)

3 points clés issus du rapport

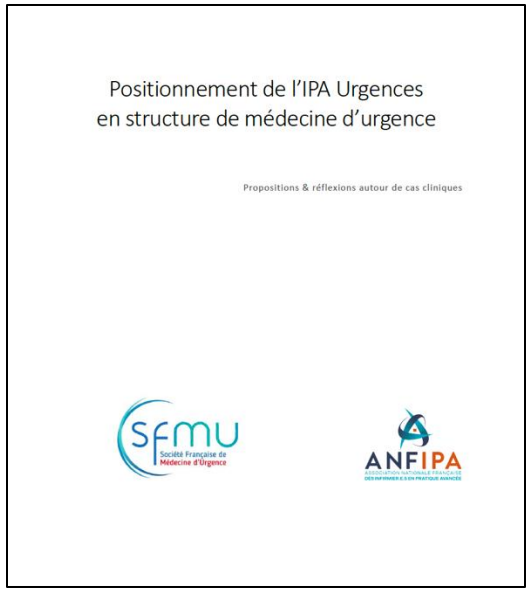
1 Un rôle clinique clairement défini

•L'IPA intervient auprès de patients présentant des **situations cliniques pré-déterminées**, relevant d'une prise en charge de complexité modérée.
•L'autonomie est **encadrée par des protocoles d'organisation** et un **binôme médecin–IPA**.
•Les champs privilégiés : **traumatologie mineure, douleur, réévaluation clinique, suivi post-urgence.**

2 Une intégration organisationnelle au sein du SAU et de l'UHCD

3 Un levier d'attractivité et de qualité des soins

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Association Nationale Française des Infirmiers de Pratique Avancée (ANFIPA). Positionnement de l'Infirmier en Pratique Avancée en Service d'Urgences. Paris : SFMU ; septembre 2025.


Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

Positionnement de l'IPA en Service d'Urgences (SFMU–ANFIPA, 2025)

3 points clés issus du rapport

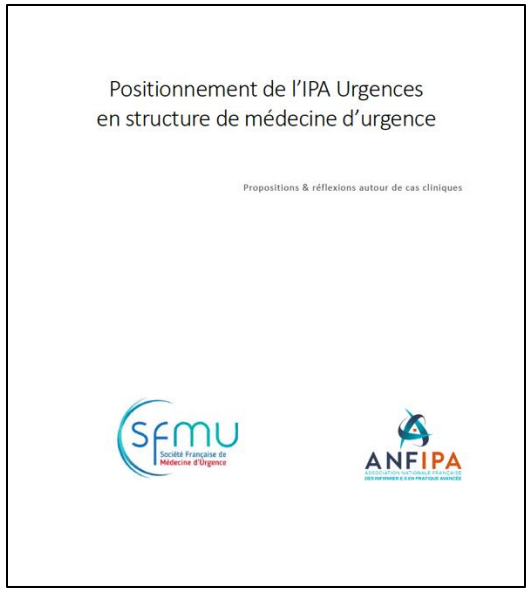
1 **Un rôle clinique clairement défini**

2 **Une intégration organisationnelle au sein du SAU et de l'UHCD**

•L'IPA participe à la **fluidification du parcours patient** (orientation, sortie, continuité).
•Il agit comme **interface clinique et pédagogique** entre l'équipe médicale et paramédicale.
•La SFMU insiste sur la **construction du projet de service** incluant les IPA dans les effectifs, la formation et la gouvernance qualité.

3 **Un levier d'attractivité et de qualité des soins**

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Association Nationale Française des Infirmiers de Pratique Avancée (ANFIPA). Positionnement de l'Infirmier en Pratique Avancée en Service d'Urgences. Paris : SFMU ; septembre 2025.


Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

Positionnement de l'IPA en Service d'Urgences (SFMU–ANFIPA, 2025)

3 points clés issus du rapport

1 **Un rôle clinique clairement défini**

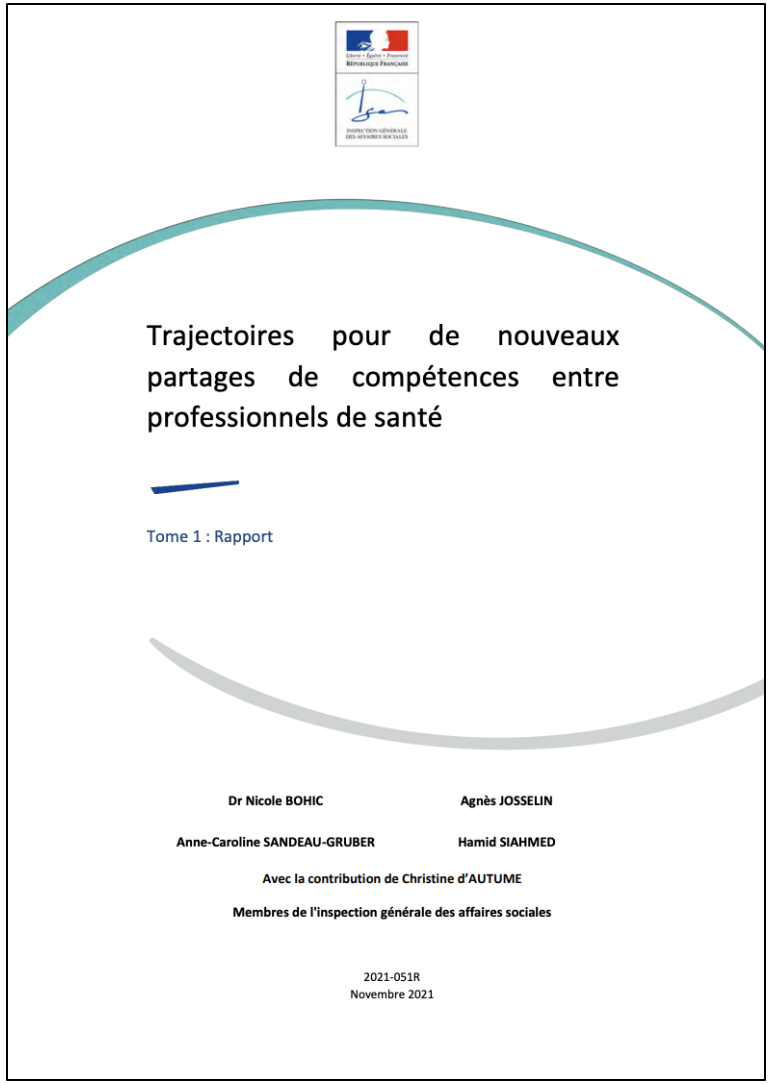
2 **Une intégration organisationnelle au sein du SAU et de l'UHCD**

3 **Un levier d'attractivité et de qualité des soins**

•Contribution à la **sécurité et à la pertinence des décisions** dans les parcours courts.
•**Valorisation de la profession infirmière**, prévention du turn-over et ancrage d'une expertise clinique durable.
•Outil de **résilience territoriale** dans les zones sous-dotées et ultramarines.

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Association Nationale Française des Infirmiers de Pratique Avancée (ANFIPA). Positionnement de l'Infirmier en Pratique Avancée en Service d'Urgences. Paris : SFMU ; septembre 2025.

Esprits chagrins ?



Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé

Tome 1 : Rapport

Dr Nicole BOHIC — Agnès JOSSELIN

Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER — Hamid SIAHMED

Avec la contribution de Christine d'AUTUME

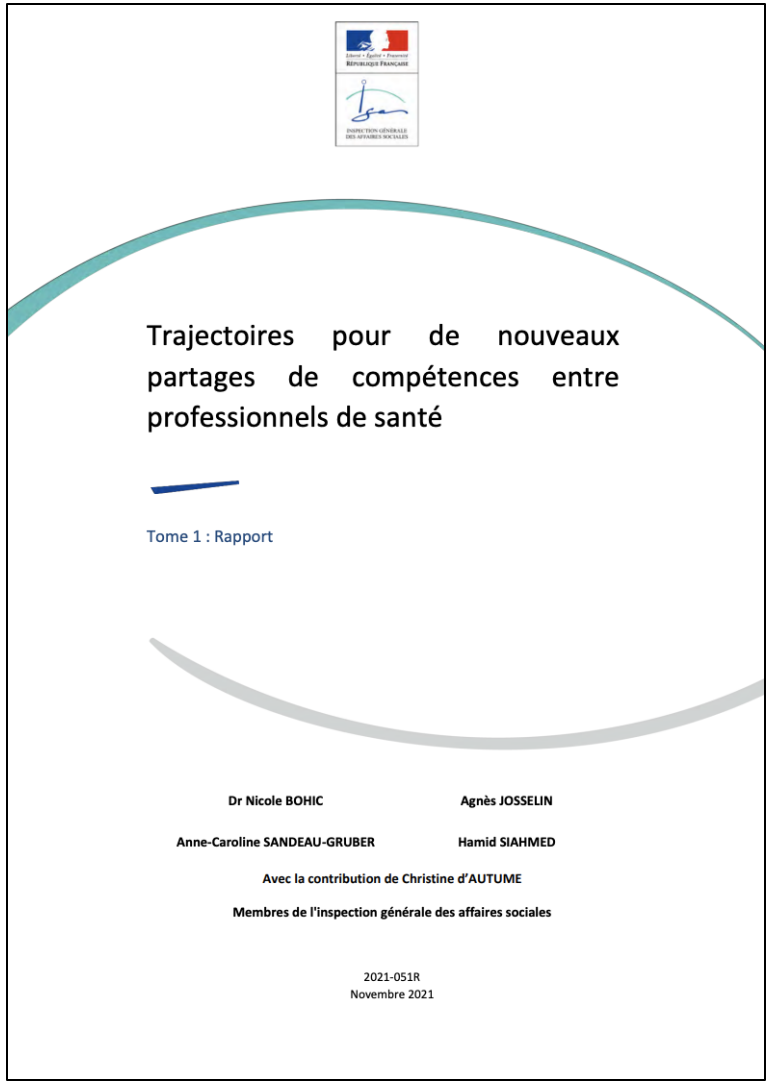
Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2021-051R
Novembre 2021

3 La pratique avancée : un dispositif encore insuffisamment attractif et qui peine à se déployer

[165] Un récent document de travail de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) note que " *les obstacles à la mise en œuvre des soins infirmiers en pratique avancée sont à peu près semblables dans tous les pays. À ce titre, notons l'opposition de certains intervenants (notamment la main-d'œuvre médicale), les obstacles réglementaires (dont les lois désuètes et très restrictives sur le champ d'exercice), les projets de financement et de remboursement (lorsque ces nouveaux rôles ne sont pas reconnus de façon adéquate), ou le lent déploiement au niveau organisationnel (en raison de l'absence d'une direction solide et de mauvaises stratégies de gestion du changement)* "[100].

Ministère de la Santé, Rapport d'évaluation du dispositif IPA, IGAS, 2021



Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé

Tome 1 : Rapport

Dr Nicole BOHIC — Agnès JOSSELIN

Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER — Hamid SIAHMED

Avec la contribution de Christine d'AUTUME

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

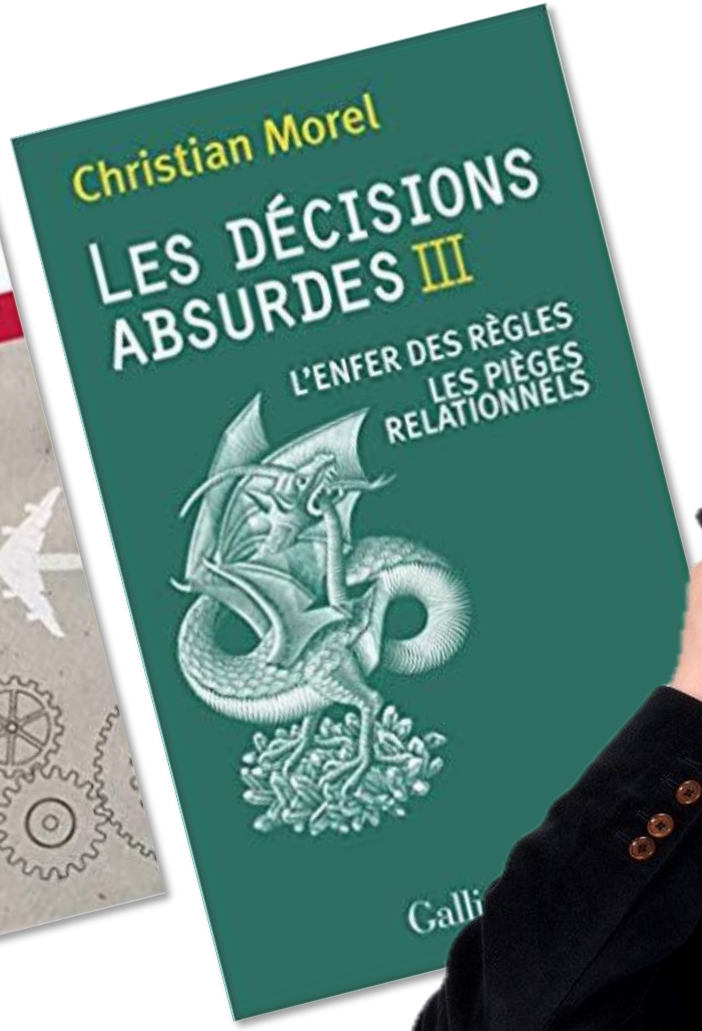
2021-051R
Novembre 2021

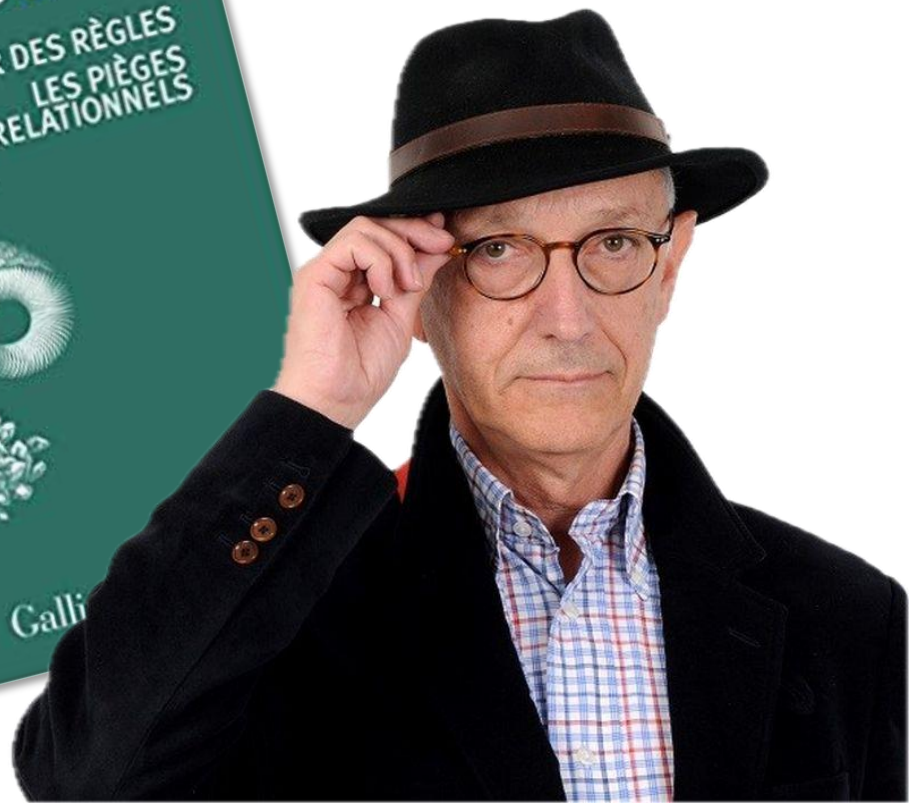
3 La pratique avancée : un dispositif encore insuffisamment attractif et qui peine à se déployer

[165] Un récent document de travail de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) note que " *les obstacles à la mise en œuvre des soins infirmiers en pratique avancée sont à peu près semblables dans tous les pays. À ce titre, notons l'opposition de certains intervenants (notamment la main-d'œuvre médicale), les obstacles réglementaires (dont les lois désuètes et très restrictives sur le champ d'exercice), les projets de financement et de remboursement (lorsque ces nouveaux rôles ne sont pas reconnus de façon adéquate), ou le lent déploiement au niveau organisationnel (en raison de l'absence d'une direction solide et de mauvaises stratégies de gestion du changement)* "[100].

Ministère de la Santé, Rapport d'évaluation du dispositif IPA, IGAS, 2021

Christian Morel





Les Décisions absurdes, tome I, II et III (2002 - 2018) par Christian Morel. Ed Gallimard

Christian Morel

Comment échapper à ces décisions absurdes ?

Do's

prise en compte prioritaire
du facteur humain
de la compétence
et surtout de la communication interhumaine

Don'ts

Dans notre système de santé :
Les règles
Les procédures rigides
et les évaluations quantitatives

Les Décisions absurdes, tome I, II et III (2002 - 2018) par Christian Morel. Ed Gallimard

Freins à l'implantation des IPA en France – focus Urgences

1. Freins Socio-Professionnels : Pressions et Polémiques

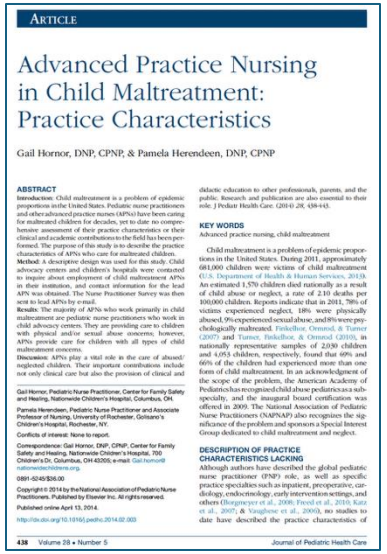
Polémiques : Existence de controverses et de débats autour du rôle de l'IPA.
Pressions corporatistes : Actions professionnelles qui limitent l'étendue des fonctions.
Conséquence : Ces facteurs restreignent l'**autonomie** et le **champ d'action** des IPA d'urgence en France.

2. Freins Structurels : Organisationnels et Financiers

Freins organisationnels : Obstacles liés à la structuration du travail, à l'intégration et à la place de l'IPA dans les équipes.
Freins financiers : Difficultés liées au financement des postes ou à la non-prise en compte économique de la pratique avancée.
Conséquence : Ces deux types de freins sont mentionnés comme des **obstacles à l'implantation** effective des IPAs.

Bodet V. *Soins, 2021-07-01, Volume 66, Numéro 857, Pages 5-5*
Beauvais C, Rodère M. *Infirmières en pratique avancée et parcours de soins. Revue du rhumatisme 2025 ;92(1):26-35*

🌍 Les IPA : une réponse mondiale aux défis des systèmes de santé ?


ARTICLE

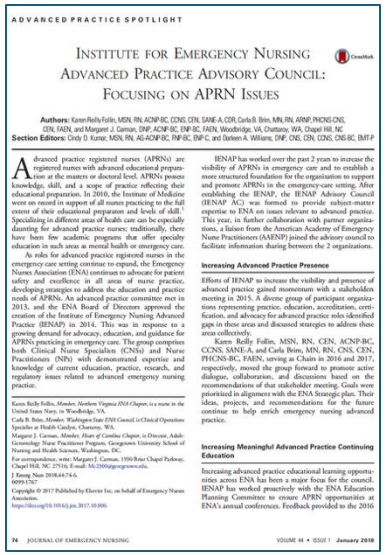
Advanced Practice Nursing in Child Maltreatment: Practice Characteristics

Gail Hornor, DNP, CPNP, & Pamela Herendeen, DNP, CPNP

ABSTRACT

KEY WORDS

DESCRIPTION OF PRACTICE CHARACTERISTICS LACKING


ADVANCED PRACTICE SPOTLIGHT

INSTITUTE FOR EMERGENCY NURSING ADVANCED PRACTICE ADVISORY COUNCIL: FOCUSING ON APRN ISSUES

Increasing Advanced Practice Presence

Increasing Meaningful Advanced Practice Continuing Education

US Hornor & Herendeen (2014)

Advanced Practice Nursing in Child Maltreatment: Practice Characteristics.
J Pediatr Health Care. 2014;28(5):438-443. doi:[10.1016/j.pedhc.2014.02.003]

- Les infirmiers en pratique avancée (APN) sont décrits comme **des acteurs clés** dans des domaines spécialisés (ici la maltraitance infantile).
- Leur rôle s'étend **du soin clinique à la formation et à la recherche**, illustrant l'autonomie et la diversification du champ infirmier américain.
- Les auteurs soulignent une **reconnaissance ancienne et consolidée** du modèle de pratique avancée aux États-Unis, fondée sur la certification et l'expérience clinique.

US Follin K, Brim C, Carman M. (2018)

Institute for Emergency Nursing Advanced Practice Advisory Council: Focusing on APRN Issues.
J Emerg Nurs. 2018;44(1):74-76. doi:[10.1016/j.jen.2017.10.006]

- L'**Emergency Nurses Association (ENA)** a créé un **conseil national dédié aux infirmiers de pratique avancée en urgence (APRN/ENP)**.
- Objectif : structurer la profession, développer les certifications et soutenir le **plein exercice** conformément au rapport de l'Institute of Medicine (2010).
- Le modèle américain met l'accent sur la **normalisation, la formation continue et la reconnaissance nationale des compétences avancées.**

RESEARCH

IMPACT OF THE ADVANCED PRACTICE NURSE IN TRIAGE OF PRIMARY CARE EMERGENCY DEPARTMENTS

Authors: Ángela Jiménez-García, MSC, RN, Genoveva Pérez-Romero, MSC, RN, Cesar Hueso-Montoro, PhD, MSC, RN, María Paz García-Caro, PhD, MSC, and Rafael Montoya-Juárez, PhD, MSC, Granada, Spain

Contribution to Emergency Nursing Practice

- Advanced practice nurses have expanded clinical competencies that could improve primary care emergency department triage.
- The inclusion of the advanced practice nurse in primary care emergency departments reduces waiting time before triage, owing to allowing greater agility in assessing users' needs.
- Total time in the consultation area for low-complexity problems has been reduced after the inclusion of the advanced practice nurse in the triage of the primary care emergency department, but triage time has been increased.
- Policy makers and managers should incorporate and reinforce the role of the advanced practice nurse in triage in primary care emergency departments.

Abstract

Introduction: This study aimed to compare the time spent on episodes seen by primary care emergency departments before (2017) and after (2019) the inclusion of an advanced practice nurse in patient classification.

Methods: Records from 3 primary care emergency departments in 2017 (n = 18,663) and 2019 (n = 22,632) were compared using Student *t* and chi-square tests. Waiting time for classification, classification time, and total time spent in the consultation area were compared for total episodes, levels of priority, reasons for consultation, and previous clinical processes.

Results: Mean waiting time decreased in 2019 for all episodes ($P < .001$), priorities IV ($P < .001$) and V ($P < .001$), respiratory ($P < .001$) and skin and subcutaneous tissue diseases ($P = .019$), and previous chronic processes ($P = .042$). Mean classification time increased in 2019 for all episodes ($P < .001$); priorities III ($P < .001$), IV ($P < .001$), and V ($P = .045$); several reasons for consultation, and previous processes. Mean total time spent in the consultation area decreased in 2019 for all ($P = .002$), priority V ($P < .001$), skin and subcutaneous tissue diseases ($P = .010$), and fever episodes ($P = .021$).

Discussion: The inclusion of nurses with advanced nursing practice roles reduces the waiting time and length of stay in

Ángela Jiménez-García, MSC, RN, is a Nurse, Andalusian Health Service, Granada, Spain; and Researcher, Instituto de Investigación Biosanitaria ibsGRANADA, Granada, Spain. **Twitter/X:** @AngelaJimenez19

Genoveva Pérez-Romero, MSC, RN is a Nursing supervisor, Andalusian Health Service, Granada, Spain; and Researcher, Instituto de Investigación Biosanitaria ibsGRANADA, Granada, Spain.

Cesar Hueso-Montoro, PhD, MSC, RN, is an Associate Professor, Faculty of Health Sciences, University of Jaén, Jaén, Spain; Researcher, Instituto de Investigación Biosanitaria ibsGRANADA, Granada, Spain; and Researcher, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamientos (CIMCYC), CEI2023-00132-MARFEH.130395011000110103 and UCE-PP2023-13/UGR, Granada, Spain. **Twitter/X:** @chuesomontoro

María Paz García-Caro, PhD, MSC, is an Associate Professor, Faculty of Health Sciences, University of Granada, Granada, Spain; Researcher, Instituto de Investigación Biosanitaria ibsGRANADA, Granada, Spain; and Researcher, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamientos (CIMCYC), CEI2023-00132-MARFEH.130395011000110103 and UCE-PP2023-13/UGR, Granada, Spain.

Rafael Montoya-Juárez, PhD, MSC, is an Associate Professor, Faculty of Health Sciences, University of Granada, Granada, Spain; Researcher, Instituto de Investigación Biosanitaria ibsGRANADA, Granada, Spain; and Researcher, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamientos (CIMCYC), CEI2023-00132-MARFEH.130395011000110103 and UCE-PP2023-13/UGR, Granada, Spain. **Twitter/X:** @PaliativoUGR

For correspondence, write: Cesar Hueso-Montoro, PhD, MSC, RN, Faculty of Health Sciences, Campus de las Lagunillas s.n. 23071, Jaén, Spain. E-mail: chueso@ujaen.es

J Emerg Nurs 2025;51:487-97.
Available online 21 January 2025
0099-1767

Copyright © 2025 Emergency Nurses Association. Published by Elsevier Inc. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.11.001

ES Jiménez-García Á, et al. (2025)

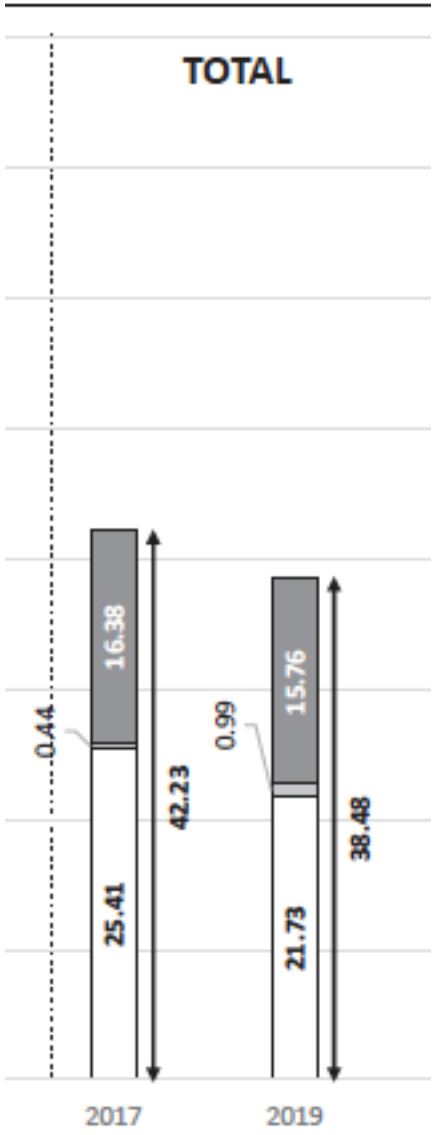
Impact of the Advanced Practice Nurse in Triage of Primary Care Emergency Departments.
J Emerg Nurs. 2025;51(3):487-497. doi:[10.1016/j.jen.2024.11.001]

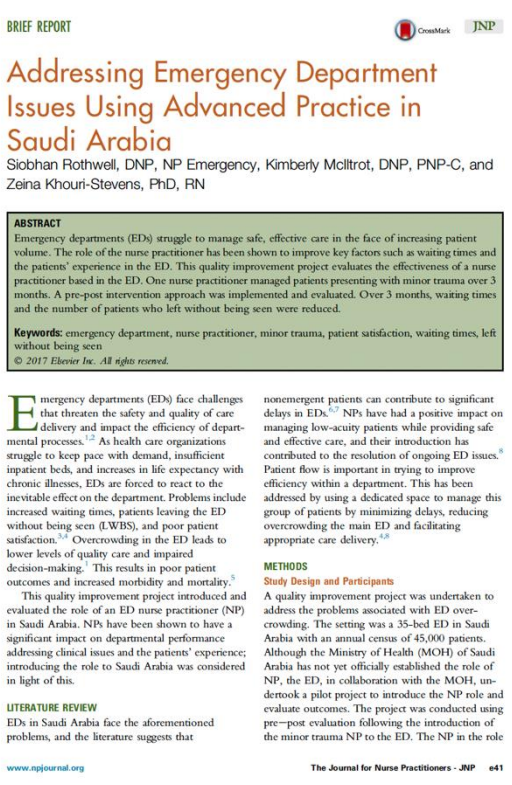
- Étude menée en Andalousie : après introduction de l'IPA au triage, **temps d'attente et de passage significativement réduits** (p < 0,001).
- Le rôle avancé permet une **meilleure agilité d'évaluation** et une orientation précoce des cas à faible gravité.
- Les auteurs appellent les décideurs à **intégrer durablement les IPA** dans les services d'urgence primaires.

TABLE 1
WT, TT, and TTCA for total patients and for priority levels

Variables		2017	2019	*P* value
Total	n (%)	18,663 (45.19)	22,632 (54.80)	
	WT	25.41 ± 75.06	21.73 ± 42.92	< .001
	TT	0.44 ± 13.90	0.99 ± 9.57	< .001
	TTCA	42.23 ± 149.10	38.48 ± 84.82	.002

TT, triage time; TTCA, total time spent in the consultation area; WT, waiting time.





BRIEF REPORT JNP

Addressing Emergency Department Issues Using Advanced Practice in Saudi Arabia

Siobhan Rothwell, DNP, NP Emergency, Kimberly McIltrot, DNP, PNP-C, and Zeina Khouri-Stevens, PhD, RN

ABSTRACT

Emergency departments (EDs) struggle to manage safe, effective care in the face of increasing patient volume. The role of the nurse practitioner has been shown to improve key factors such as waiting times and the patients' experience in the ED. This quality improvement project evaluates the effectiveness of a nurse practitioner based in the ED. One nurse practitioner managed patients presenting with minor trauma over 3 months. A pre-post intervention approach was implemented and evaluated. Over 3 months, waiting times and the number of patients who left without being seen were reduced.

Keywords: emergency department, nurse practitioner, minor trauma, patient satisfaction, waiting times, left without being seen

© 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.

Emergency departments (EDs) face challenges that threaten the safety and quality of care delivery and impact the efficiency of departmental processes.[1,2] As health care organizations struggle to keep pace with demand, insufficient inpatient beds, and increases in life expectancy with chronic illnesses, EDs are forced to react to the inevitable effect on the department. Problems include increased waiting times, patients leaving the ED without being seen (LWBS), and poor patient satisfaction.[3,4] Overcrowding in the ED leads to lower levels of quality care and impaired decision-making.[1] This results in poor patient outcomes and increased morbidity and mortality.[5]

This quality improvement project introduced and evaluated the role of an ED nurse practitioner (NP) in Saudi Arabia. NPs have been shown to have a significant impact on departmental performance addressing clinical issues and the patients' experience; introducing the role to Saudi Arabia was considered in light of this.

LITERATURE REVIEW

EDs in Saudi Arabia face the aforementioned problems, and the literature suggests that nonemergent patients can contribute to significant delays in EDs.[6,7] NPs have had a positive impact on managing low-acuity patients while providing safe and effective care, and their introduction has contributed to the resolution of ongoing ED issues.[8] Patient flow is important in trying to improve efficiency within a department. This has been addressed by using a dedicated space to manage this group of patients by minimizing delays, reducing overcrowding the main ED and facilitating appropriate care delivery.[5,8]

METHODS

Study Design and Participants

A quality improvement project was undertaken to address the problems associated with ED overcrowding. The setting was a 35-bed ED in Saudi Arabia with an annual census of 45,000 patients. Although the Ministry of Health (MOH) of Saudi Arabia has not yet officially established the role of NP, the ED, in collaboration with the MOH, undertook a pilot project to introduce the NP role and evaluate outcomes. The project was conducted using pre–post evaluation following the introduction of the minor trauma NP to the ED. The NP in the role

www.npjournal.org The Journal for Nurse Practitioners - JNP e41

SA Rothwell S, McIltrot K, Khouri-Stevens Z. (2018)

Addressing Emergency Department Issues Using Advanced Practice in Saudi Arabia.
J Nurse Pract. 2018;14(2):e41-e44. doi:[10.1016/j.nurpra.2017.11.006]

- Projet pilote dans un service d'urgence saoudien : une **nurse practitioner** gère les traumatismes mineurs.

- Résultats : **réduction significative des délais de prise en charge (55 → 12,8 min)** et du nombre de patients quittant sans être vus (-3,1 %).

- Le projet, bien que limité, démontre la **faisabilité et la sécurité du modèle IPA**, malgré l'absence de cadre réglementaire national.

Progrès en Urologie – FMC 2024;34:F191–F194

IDE

Ablation de sonde JJ par une infirmière de pratique avancée : l'expérience britannique

Ureteral stent removal by a Clinical Nurse Specialist: The British experience

F. Panthier [a,b,c,d,e]
D. Velinova [a]
S. Price [a]
I. Mohamed [a]
D. Smith [a]

[a]Department of Urology, Westmoreland Street Hospital, UCLH NHS Foundation Trust, London, Royaume-Uni
[b]GRC n° 20, Groupe de recherche clinique sur la lithiase urinaire, Hôpital Tenon, Sorbonne Université, 75020 Paris, France
[c]Service d'urologie, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, hôpital Tenon, Sorbonne Université, 4, rue de la Chine, 75020, Paris, France
[d]PIMM, UMR 8006 CNRS-Arts et Métiers ParisTech, 151, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France
[e]Progressive Endourological Association for Research and Leading Solutions (PEARLS), Paris, France

F. Panthier

RÉSUMÉ
Les infirmières de pratique avancée sont actuellement formées et intégrées progressivement dans les équipes cliniques françaises. Dans certains pays comme le Royaume-Uni, elles sont déjà incluses depuis plusieurs années avec la délégation de gestes techniques comme l'ablation de sonde JJ en ambulatoire. L'expérience britannique montre qu'il existe une liberté quant aux gestes techniques autorisés avec une gestion locale par le coordinateur d'équipe, en accord avec les textes officiels. Il existe cependant des différences d'accès au titre d'infirmière de pratique avancée selon les pays, avec une difficulté plus importante dans le curriculum français. L'urologie doit intégrer ces nouveaux acteurs du soin pour améliorer la prise en charge des patients.
© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

MOTS CLÉS
Sonde JJ
Infirmière de pratique avancée
Ambulatoire
Calcul

KEYWORDS
Ureteral stent
Specialized clinical nurse
Outpatient clinic
Urinary stones

SUMMARY
Clinical Nurse Specialists (CNS) are currently being trained and progressively integrated into French clinical teams. In some countries, such as the UK, they have already been included for several years, with the delegation of technical procedures such as the removal of ureteral stents on an outpatient basis. The UK experience shows that a "grey zone" exists around the authorized technical procedures for CNS with local management by the team coordinator, in accordance with official texts. However, access to the title of CNS varies among countries, with greater difficulty in the French curriculum. French Urology needs to involve these new actors into the patient's care, as they are being integrated in other medical fields.
© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Auteur correspondant :
F. Panthier,
Service d'urologie, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, hôpital Tenon, Sorbonne, Paris, France.
Adresse e-mail :
fredericpanthier@gmail.com

https://doi.org/10.1016/j.fpurol.2024.06.001
© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Points essentiels a retenir

- La délégation de l'ablation de sonde JJ est une pratique courante au Royaume-Uni pour les infirmières de pratique avancée.
- Une aide médicale est rarement nécessaire pour réaliser une ablation de sonde JJ par une infirmière de pratique avancée.
- Formation et standardisation de l'intervention sont les maîtres mots pour la délégation de l'ablation de sonde JJ à une infirmière de pratique avancée.
- D'autres gestes ou situations cliniques sont également sous la responsabilité des infirmières de pratique avancé au Royaume-Uni, comme la consultation post-urgence après colique néphrétique aiguë.

GB Panthier F, et al. (2024)

Ablation de sonde JJ par une infirmière de pratique avancée : l'expérience britannique. Prog Urol – FMC. 2024;34:F191-F194. doi:[10.1016/j.fpurol.2024.06.001]

- Le Royaume-Uni autorise depuis plusieurs années des **gestes techniques délégués aux Clinical Nurse Specialists (CNS)**, comme l'ablation de sonde JJ.
- L'intégration repose sur des **protocoles locaux et la responsabilité d'équipe**, sans cadre juridique national unique.
- L'étude illustre une **autonomie clinique contextualisée**, dépendant du management local et de la culture professionnelle.

Les IPA : une dynamique internationale plurielle

Le **déploiement des infirmiers de pratique avancée est une tendance mondiale**

Les modalités d'intégration et d'autonomie varient fortement :

- modèle normatif aux États-Unis
- organisationnel au Royaume-Uni
- expérimental en Espagne et en Arabie Saoudite.

Partout, les IPA participent à

- **l'amélioration de l'accès aux soins**
- **la fluidité des parcours**
- **la qualité perçue**

leur statut et leurs responsabilités demeurent hétérogènes selon les systèmes de santé.

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

SOINS Pratique avancée

Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants

1 Besoins identifiés par les encadrants

Les 33 structures d'urgence du NPDC expriment un besoin croissant d'IPA-Urgences pour renforcer la qualité et la continuité des prises en charge.
40 % des services déclarent un manque de ressources humaines ou financières pour engager des agents en formation.

2 Freins à l'implantation

3 Leviers identifiés

Dehaut H, Dubart A-E, Wiel É. Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants. Soins. 2024 Juin;886:56-9.

SOINS Pratique avancée

Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants

1 Besoins identifiés par les encadrants

2 Freins à l'implantation

Les principaux obstacles sont :

- difficulté à financer la formation et remplacer l'IDE parti en cursus ;
- **méconnaissance du rôle** et du contenu de la formation, freinant l'adhésion ;
- réticences médicales et **incertitudes juridiques** sur la responsabilité et la reconnaissance institutionnelle.

3 Leviers identifiés

Dehaut H, Dubart A-E, Wiel É. Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants. Soins. 2024 Juin;886:56-9.

ANF IPA

Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants

1 **Besoins identifiés par les encadrants**

2 **Freins à l'implantation**

3 **Leviers identifiés**

Les IPA-Urgences sont perçus comme :

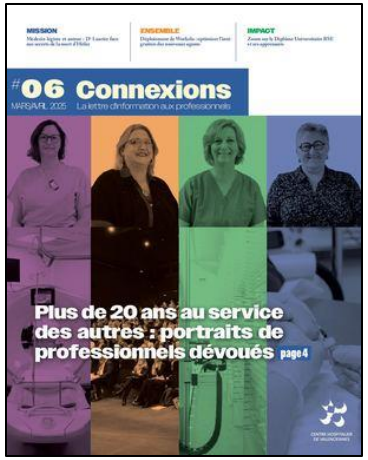
- un vecteur d'attractivité médicale et de valorisation infirmière ;
- un moyen de fluidifier les parcours et d'améliorer la coopération médico-paramédicale ;
- un outil de réponse à la crise du système de santé, à condition d'un projet de service structuré.

Dehaut H, Dubart A-E, Wiel É. Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants. Soins. 2024 Juin;886:56-9.

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION



Un exemple de réussite :
Emilie, IPA Urgences
au CH Valenciennes

CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

IPA mention Urgences : un rôle clé pour les patients

Emilie POIRSON
IPAU
Pôle 5 - URAMU

Depuis juillet 2024, le nouveau métier d'Infirmier en Pratiques Avancées Urgences (IPAU) est intégré au sein du service des urgences adultes, marquant une avancée majeure dans la prise en charge des patients. En collaboration avec les médecins et infirmiers, l'IPAU apporte son expertise pour fluidifier le parcours de soins et réduire les temps d'attente.

Doté d'une formation approfondie, l'IPAU évalue l'état clinique des patients, établit des hypothèses diagnostiques, prescrit certains examens et traitements, et réalise des actes techniques (sutures, immobilisations). Son rôle clé a été soigneusement structuré avec l'encadrement, les équipes médicales et paramédicales pour garantir une intégration et une complémentarité au sein du service.

Émilie Poirson, infirmière aux urgences depuis près de 20 ans, devient IPAU en juillet 2024 après une carrière dédiée aux soins d'urgence et à la formation. Grâce à son expertise et sa polyvalence, elle tient un rôle central dans l'organisation des soins d'urgences et collabore activement avec les médecins, infirmiers et aides-soignants.

Au-delà de son travail clinique, elle s'investit dans des projets institutionnels visant à améliorer la prise en charge des patients fragiles et participe à la mise en place du protocole ERAS urgence. Active dans la formation et la recherche, elle a récemment présenté un nouveau protocole de soins préopératoires au congrès URGENCES 2025.

Pour elle, les urgences sont bien plus qu'un simple lieu de soins :

« Nous sommes témoins de grandes vulnérabilités, mais aussi d'incroyables forces. Un mot rassurant ou un geste attentionné peut tout changer. »

Par son engagement et son savoir-faire, Émilie incarne cette nouvelle approche des urgences, où l'IPAU enrichit l'équipe soignante pour une prise en charge optimale des patients.

L'IPA au cœur du service d'urgences

Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

Exemples issus du guide SFMU/ANFIPA :

Lombalgie aiguë : l'IPA conduit l'interrogatoire, recherche les drapeaux rouges, prescrit antalgiques/kiné, valide la sortie avec le médecin.
➜ Gain de temps médical, réduction du flux et continuité des soins.

Traumatologie non vitale : de l'enfant à la personne âgée, l'IPA évalue, prescrit la radio, réalise sutures ou immobilisation.
➜ Sécurisation des filières courtes, satisfaction patient accrue.

Dyspnée du sujet âgé : binôme médecin-IPA = diagnostic plus précoce, meilleure éducation thérapeutique, orientation adaptée.
➜ Moins de retours précoces, meilleure coordination ville-hôpital.

Douleur thoracique et **AVC** : participation à la démarche diagnostique, prescription initiale, lien ville-hôpital.
➜ Amélioration du délai décisionnel et de la traçabilité clinique.

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Association Nationale Française des Infirmiers de Pratique Avancée (ANFIPA). Positionnement de l'Infirmier en Pratique Avancée en Service d'Urgences. Paris : SFMU ; septembre 2025.

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

L'IPA au SMUR et en préhospitalier

Sans doc

Les **Unités Mobiles Hospitalières Paramédicalisées (UMH-P)** : réponse intermédiaire entre secouristes et SMUR médicalisé.

Douleur thoracique faible risque : ECG télétransmis, validation médicale, orientation adaptée.

Dyspnée du patient âgé : VNI ou OHD initiée précocement sous supervision du régulateur.

Avec doc

Traumatismes sévères : examen clinique, FAST, conditionnement — le médecin se concentre sur les gestes vitaux.

→ Concept de **graduation de la réponse préhospitalière** : efficacité, sécurité, et optimisation des ressources.

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Association Nationale Française des Infirmiers de Pratique Avancée (ANFIPA). Positionnement de l'Infirmier en Pratique Avancée en Service d'Urgences. Paris : SFMU ; septembre 2025.

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

15

SAMU 974

LA REUNION

☎️ L'IPA en régulation

Une nouvelle place dans la chaîne de décision médicale : participation au **CRRA-15** et **SAS**.

Capacité à gérer des appels à diagnostic clair (traumatismes mineurs, plaies, dyspnée non sévère) avec validation du MRU.

Contribution aux **filières d'activation rapides** : AVC, douleur thoracique, soins infirmiers à domicile.

➜ Rationalisation des flux et désaturation des régulations.

Enjeux : formation spécifique à la régulation, outils d'aide cognitive, visiophonie.

Positionnement de l'IPA Urgences
en structure de médecine d'urgence

Propositions & réflexions autour de cas cliniques

SFMU Société Française de Médecine d'Urgence

ANFIPA

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Association Nationale Française des Infirmiers de Pratique Avancée (ANFIPA). Positionnement de l'Infirmier en Pratique Avancée en Service d'Urgences. Paris : SFMU ; septembre 2025.

Où en est-on ?

Qui sont les IPAUs ??

1 Profil des étudiants IPA-Urgences

Majoritairement des femmes de plus de 30 ans, avec > 5 ans d'expérience aux urgences.
Plus de 80 % bénéficient d'un financement institutionnel et s'inscrivent dans un projet de service existant.

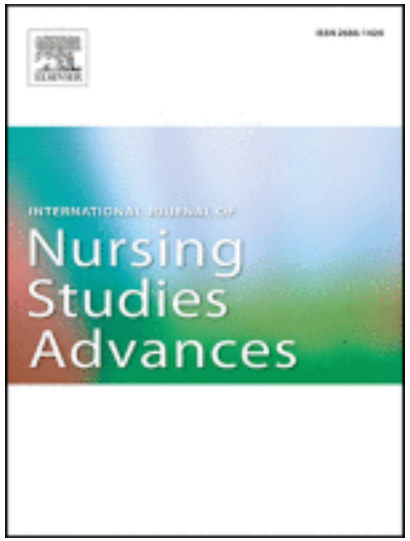
2 Organisation et perception de la formation

- Hétérogénéité des modèles (temps partiel vs complet) ;
- 30 % demandent plus d'enseignements spécifiques « Urgences » ;
- 65 % souhaitent un référentiel national d'implantation et d'exercice.

3 Facteurs d'attractivité et d'amélioration

- Nécessité d'une meilleure communication sur le métier et sa reconnaissance financière ;
- Importance de la valorisation du rôle clinique et de l'harmonisation nationale de la formation ;
- Besoin de renforcer les liens entre universités, terrains de stage et équipes d'encadrement.

Tiberti N, Boursin P, Dehaut H, Chenou A. Enquête exploratoire nationale sur le profil des infirmiers étudiants en pratique avancée mention urgences et leur perception de la formation. Soins Cadres. 2024 Mai;33(127):22-7.



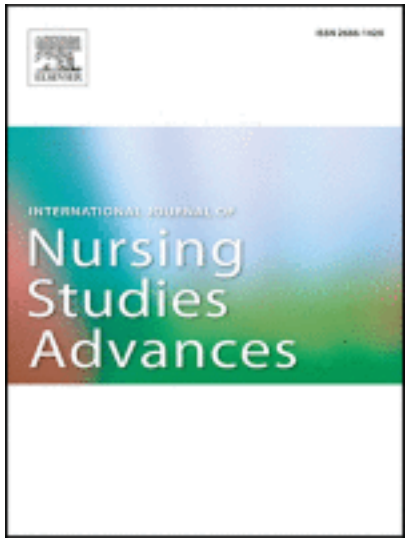
1 Un rôle pivot et interdisciplinaire

•Étude multicentrique qualitative menée dans 5 hôpitaux français (21 entretiens).
•L'IPA-Urgences est décrite comme un **professionnel pivot**, expert du parcours patient, à l'interface entre infirmiers, médecins et cadres.
•Il contribue à la **coordination intra-hospitalière**, à l'orientation et à la fluidité des parcours de soins.

2 Une identité professionnelle hybride

•Les IPA-Urgences combinent **compétences infirmières et médicales avancées**, avec un fort ancrage clinique et de leadership.
•L'étude décrit une **"dual identity"** : infirmier et urgentiste, intégrant la dimension relationnelle et holistique du soin.
•Les auteurs proposent la notion nouvelle de **"mésopraxie"**, définissant cette posture intermédiaire entre soins infirmiers et pratiques médicales.

Chenou A, Brillouet L, Guillon S, Bilbault P, Pelaccia T.
Characteristics of emergency nurse practitioner professional identity: A multicenter qualitative study. Int J Nurs Stud Adv. 2025;9:100384



3 Une profession émergente, encore marquée par l'incertitude

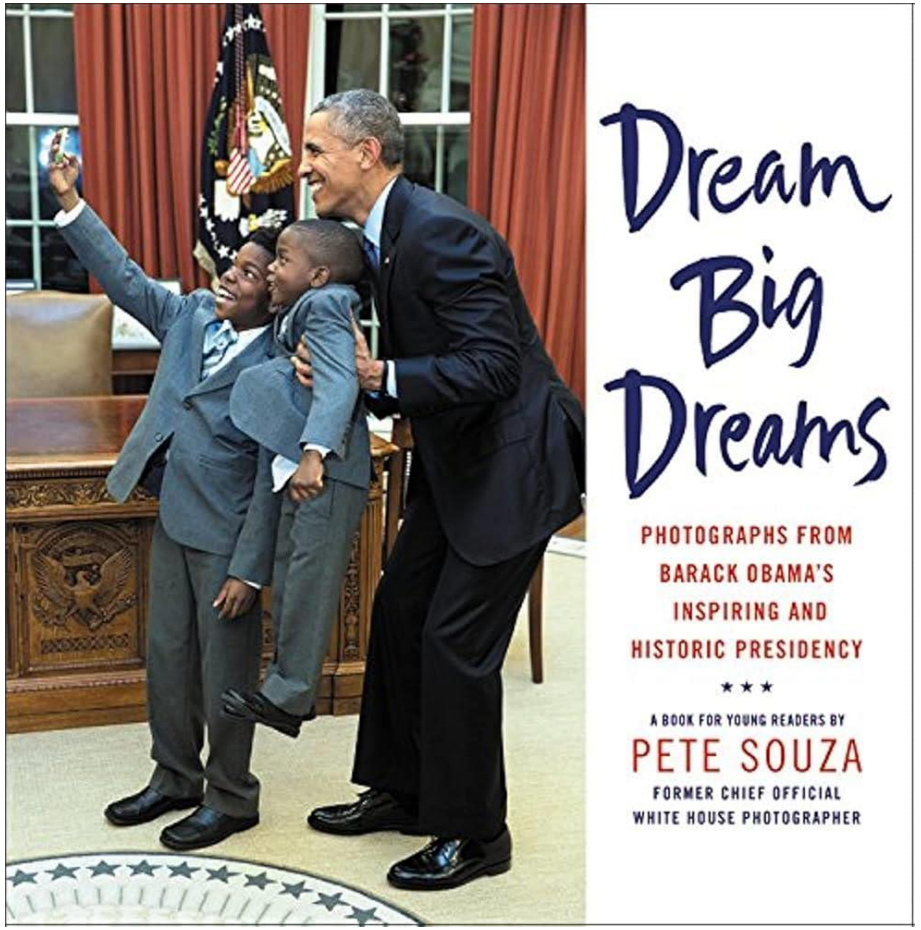
- Autonomie clinique perçue comme **relative** : pratique toujours « sous couverture médicale ».
- Obstacles cités : résistance interne, ambiguïté du rôle, faible reconnaissance financière.
- Les auteurs concluent à la nécessité de **rechercher et consolider l'identité professionnelle** de l'IPA-Urgences pour stabiliser sa place dans le système de soins.

Chenou A, Brillouet L, Guillon S, Bilbault P, Pelaccia T.
Characteristics of emergency nurse practitioner professional identity: A multicenter qualitative study. Int J Nurs Stud Adv. 2025;9:100384

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION



MINISTÈRE CHARGÉ DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
Liberté Égalité Fraternité

BO Bulletin Officiel n° 31 2025

Bulletin officiel n° 31 du 21 août 2025

Enseignement supérieur et recherche

Titres et diplômes

Accréditation de l'université de La Réunion en vue de la délivrance du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, mention Urgences

NOR : MENS2521981A
→ Arrêté du 17-7-2025
MENESR – DGESIP A1-4/MTSSF

Vu Code de l'éducation, notamment article D. 636-73 et suivants ; Code de la santé publique, notamment article R. 4301-1 et suivants ; arrêté du 18-7-2018 modifié ; avis du Cneser du 20-5-2025

Article 1 – L'université de La Réunion est accréditée à délivrer le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, mention Urgences, pour l'année universitaire 2025-2026.

Article 2 – Le directeur général de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Bulletin officiel de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Fait le 17 juillet 2025,

Pour le ministre auprès de la ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, et par délégation,
La sous-directrice stratégie et qualité des formations,
Muriel Pochard

Pour la ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, et par délégation,
La directrice générale de l'offre de soins,
Marie Daude

Conclusion …

Selon la SFMU et l'ANFIPA (2025), la pratique avancée en urgence « vise à renforcer la qualité, la continuité et la sécurité des soins, en s'appuyant sur une

collaboration interprofessionnelle
et une **expertise clinique infirmière renforcée** ».

Les perspectives et impacts

Impact clinique : réduction du temps de passage, continuité des soins, qualité perçue accrue.

Impact organisationnel :
libération du temps médical, stabilisation des équipes, montée en compétences.

Impact humain :
reconnaissance professionnelle, attractivité des postes, nouveaux parcours de carrière.

Défis restants :
visibilité du rôle, reconnaissance statutaire, formation harmonisée, soutien institutionnel.

L'avenir : l'IPA U comme **maillon central de la gradation du soin urgent**, entre médecin, infirmier, et régulation.

L'avenir de la santé !
Oui les IPAs mais aussi mes filles !

6 Congrès des SAMU.URGENCES DES OUTRE-MER

19-20-21 NOVEMBRE 2025

UFR SANTÉ // SAINT-PIERRE - LA RÉUNION

Merci pour votre attention !

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION