

Recensement des étudiants IPA et des nouveaux diplômés

2025 - 2026



Syndicat UNIPA



contact@unipa.fr



www.unipa.fr



UNION NATIONALE DES INFIRMIERS
EN PRATIQUE AVANCÉE

Recensement des étudiants IPA et des nouveaux diplômés

2025 - 2026

   Syndicat UNIPA

 contact@unipa.fr

 www.unipa.fr



UNION NATIONALE DES INFIRMIERS
EN PRATIQUE AVANCÉE

Syndicat Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée (UNIPA)

© UNIPA, janvier 2026

www.unipa.fr

Aucune partie de cette publication ne peut être traduite, reproduite ou transmise, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique (clef USB, internet, etc.) ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou tout système de stockage ou de recherche d'informations, sans l'autorisation écrite préalable de l'UNIPA (pôle communication UNIPA - communication@unipa.fr).

Les 10 points clés du document

Recensement EIPA 2025–2026

1. La pratique avancée est désormais installée en France

Avec 3 973 IPA diplômés et 1 988 étudiants en formation, la PA n'est plus émergente mais entre dans une phase de consolidation, sans encore produire d'effet structurant majeur sur l'offre de soins.

2. Un flux de formation perfectible face aux besoins nationaux

Environ 1 000 diplômés par an : à ce rythme, la France n'atteindra pas les 10 000–15 000 IPA nécessaires d'ici 2030, malgré une croissance rapide depuis 2019.

3. Une offre universitaire nationalisée mais fragilisée

33 universités couvrent désormais l'ensemble du territoire (métropole + outre-mer), mais avec de forte hétérogénéité (mentions proposées des temps en présentiels , des attendus et contenus pédagogiques).

4. Des promotions très hétérogènes et parfois non viables

Certaines mentions comptent moins de 3 diplômés par université, mettant en péril la pérennité pédagogique et l'équilibre financier des formations.

5. Une domination structurelle des mentions PCS et PSM

En 2026, PCS (54,16 %) + PSM (23,15 %) = 77,31 % des diplômés M2. Cette répartition est stable depuis 5 ans et ne relève pas d'un choix conjoncturel mais d'un déterminisme du système.

Les 10 points clés du document

Recensement EIPA 2025–2026

6. Un modèle de formation auto-reproductif et figé

Quelle que soit la hausse des effectifs, la répartition entre mentions reste identique : le système ne s'ajuste pas aux besoins populationnels, mais aux référentiels réglementaires existants.

7. Un affaiblissement progressif des mentions plus spécifiques

Les mentions OHO, NDT et Urgences ne représentent plus que 22–23 % des effectifs, avec une érosion lente mais continue, liée à leur coût académique et à leur faible attractivité structurelle.

8. Une formation exigeante, gage de qualité

L'érosion M1 → M2 de 7,2 % reflète avant tout l'exigence académique (mémoire, stages, double activité), plus qu'un désintérêt pour la profession.

9. Un modèle devenu incompatible avec la loi infirmière 2025

La loi introduit une logique populationnelle, modulaire et évolutive, impossible à déployer dans le cadre rigide des 5 mentions créées en 2018.

10. Une condition incontournable : l'investissement massif du MESRI

Sans financement dédié, postes bi-appartenants, et renforcement universitaire-hospitalier, aucune réforme populationnelle ni montée en charge durable de la pratique avancée ne sera possible.

Les 10 points clés du document

Recensement EIPA 2025–2026

La France dispose d'une base solide et attractive, mais d'un modèle structurellement bloqué. L'enjeu n'est plus d'augmenter les volumes, mais de changer le cadre. Les infirmiers en pratique avancée (IPA) constituent aujourd'hui une profession numériquement peu élevée, avec environ 6 000 professionnels, comparable à d'autres professions de santé de niche, alors même que leurs missions sont systémiques : amélioration de l'accès aux soins, prise en charge des maladies chroniques, prévention et coordination des parcours. À ce niveau d'effectif, il n'existe aucun effet de substitution massif vis-à-vis des médecins. La pratique avancée ne présente aucun risque de déstabilisation de l'exercice médical, contrairement à certains discours corporatistes.

Ce constat recentre le débat public et politique : l'enjeu n'est pas la légitimité de la pratique avancée, désormais acquise, mais sa montée en charge organisée et sécurisée, reposant sur la structuration de la formation, un financement pérenne et une attractivité renforcée.

La pratique avancée n'est pas un problème à contenir, mais un levier stratégique à structurer pour la transformation du système de santé.

Sommaire

Édito	8
I. Descriptif du recensement 2025-2026	10
1.1. Une profession désormais installée mais encore sous-dimensionnée	10
1.2. Offre de formation	10
1.3. Taille des promotions	10
1.4. Répartition des diplômés M2 par mention (2026).....	11
1.5. Tendances observées depuis 5 ans.....	11
1.6. Répartition des IEPA par mention depuis sa création jusqu'en 2026.....	12
1.7. Évolution du nombre de diplômés	12
1.8. Le nombre d'entrants en M1 IPA progresse.....	13
1.9. Une capacité universitaire trop faible pour atteindre les objectifs nationaux	15
1.10. Un système qui se reproduit mécaniquement	15
1.11. Une profession visible mais pas encore structurante	16
1.12. Enjeux politiques : ce que montre la combinaison diplômés-étudiants	16
II. Analyse du recensement IEPA 2025–2026	18
2.1. Une attractivité maintenue mais un modèle fragilisé	18
2.2. M2 2025–2026 : un profil des mentions très concentré.....	18
2.3. Certaines mentions sont en voie d'affaiblissement	19
2.4. Une structure qui ne change jamais : la preuve	19
2.5. L'hégémonie PCS;PPCSP–PSM reflète un déséquilibre structurel	20
2.6. Exigence universitaire et érosion M1 → M2.....	20
III. Conclusion stratégique	22
3.1. Ce que montrent les données	22
3.2. Un verrouillage du modèle devenu incompatible avec la loi infirmière 2025	22
3.3. La France doit désormais aligner son modèle sur les standards internationaux .	23
3.4. Message stratégique pour les décideurs.....	24
3.5. Condition indispensable : un investissement massif du MESRI.....	24

Édito

La pratique avancée infirmière n'est plus une promesse. Les données du recensement 2025–2026 le montrent clairement : la profession est désormais installée, visible, identifiée par les institutions et portée par une attractivité durable auprès des infirmiers. Près de 4 000 IPA sont aujourd'hui diplômés, et près de 2 000 étudiants sont en formation. En quelques années, la dynamique a profondément changé d'échelle.

Pour autant, ce recensement met en lumière une réalité plus contrastée : si la pratique avancée existe, elle ne transforme pas encore structurellement l'organisation des soins. Le flux annuel de diplômés demeure insuffisant au regard des besoins de la population et des objectifs affichés pour 2030. Plus encore, la structure actuelle de la formation, figée autour de cinq mentions, reproduit mécaniquement les mêmes déséquilibres depuis plusieurs années, limitant la capacité du système de soin à s'adapter aux réalités des territoires et aux besoins émergents.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Près de 80 % des étudiants et des diplômés se concentrent dans deux mentions à large spectre, PCS–PPCSP et Psychiatrie–Santé mentale. Ce constat ne traduit ni un échec, ni une dérive : il révèle au contraire l'essence même de la pratique avancée, fondée sur une approche globale, transversale et populationnelle du soin. Mais il souligne aussi les limites d'un modèle encore trop calqué sur une logique de spécialités médicales, peu compatible avec l'identité et les missions réelles des IPA.

Dans le même temps, certaines mentions s'affaiblissent, faute de volumes suffisants, de moyens universitaires pérennes et de capacité à se déployer sur l'ensemble du territoire. Cette fragilité n'est pas conjoncturelle : elle est structurelle. Elle interroge la soutenabilité à long terme du modèle actuel et la capacité de la formation à accompagner l'évolution des besoins de santé.

La loi infirmière de 2025 ouvre une fenêtre historique. En affirmant une logique populationnelle, en distinguant clairement l'IPA de plein exercice des spécialisations infirmières, elle apporte des leviers décisifs.

Ce recensement porte ainsi un message clair à destination des décideurs : l'enjeu n'est plus seulement d'augmenter les volumes, mais de faire évoluer le modèle. Sans structuration universitaire renforcée et homogène, sans postes bi-appartenant et sans refonte populationnelle de la formation, la pratique avancée restera sous-dimensionnée face aux besoins du système de santé.

La pratique avancée infirmière est prête et motivée.

Les professionnels sont mobilisés, les étudiants engagés, les besoins criants. **Il revient désormais aux pouvoirs publics d'accroître cette force au service des populations et de l'intérêt général.**

Les auteurs et coordinateurs du recensement annuel



Lise MANTISI
*Secrétaire Générale UNIPA
IPA PCS PPCSP*



Hélène Kerdiles
*Vice-présidente UNIPA
en charge de la formation
IPA PCS PPCSP*



Julien Horel
*Vice-présidente UNIPA
en charge de la communication
IPA PCS PPCSP*

I. Descriptif du recensement 2025-2026

1.1. Une profession désormais installée mais encore sous-dimensionnée

À l'échelle nationale, les données de formation et de diplomation témoignent désormais d'un socle professionnel constitué.

- **3 973 IPA diplômés** (toutes mentions confondues) ;
- **1 988 EIPA** actuellement en formation (M1 + M2).

Ce ratio montre que la pratique avancée n'est plus émergente : la base démographique est solide. Mais le flux annuel reste insuffisant pour répondre aux besoins systémiques : soins primaires, santé mentale, oncologie, urgences, maladies chroniques.

La pratique avancée entre dans une phase de consolidation sans effet structurant majeur sur l'organisation des soins.

1.2. Offre de formation

Les 33 universités sont bien réparties, couvrant toute la métropole (Nord, Sud, Est, Ouest, Centre, IDF) et deux territoires ultramarins (Antilles + La Réunion). Cela montre qu'en 2025, l'offre de formation IPA est enfin nationalisée, accessible sur tout le territoire, avec une densité plus forte dans les métropoles universitaires.

Les 33 universités proposent au moins une mention IPA. L'offre de mentions présente une forte hétérogénéité selon les régions, certaines universités n'ouvrant pas les filières spécialisées OHO, NDT ou Urgences (cf tableau du recensement).

1.3. Taille des promotions

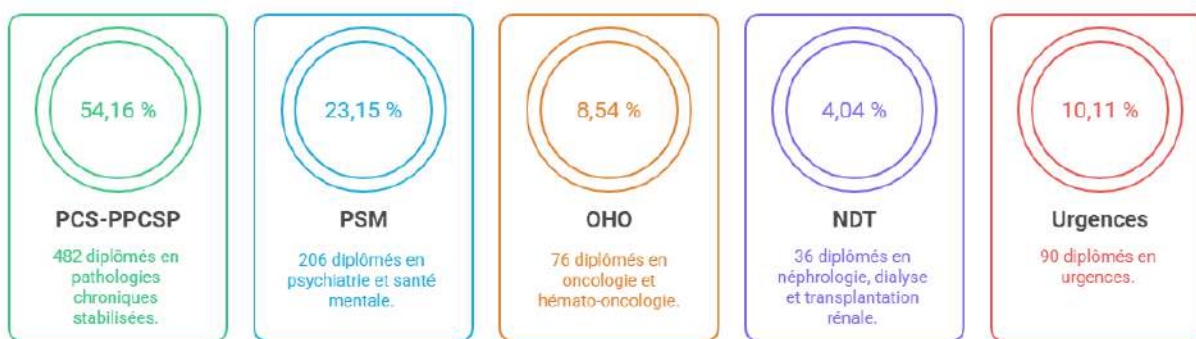
Les effectifs de formation varient fortement selon les universités, avec des promotions allant de 1 à 35 étudiants selon la mention et l'établissement. Certaines mentions comptent moins de 3 diplômés par université.

1.4. Répartition des diplômés M2 par mention (2026)

Selon le recensement national, la répartition des diplômés d'IPA par mention se présente comme suit :

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires (PCS;PPCSP) : 54,16 % (482 diplômés) ;
- Psychiatrie et santé mentale (PSM) : 23,15 % (206 diplômés) ;
- Oncologie et hémato-oncologie (OHO) : 8,54 % (76 diplômés) ;
- Néphrologie, dialyse et transplantation rénale (NDT) : 4,04 % (36 diplômés) ;
- Urgences (Urgences) : 10,11 % (90 diplômés).

Répartition des diplômés M2 par mention (2026)



Données issues du recensement national 2025-2026

Les mentions PCS-PPCSP et PSM concentrent à elles seules 77,31 % de l'ensemble des étudiants inscrits en M2.

1.5. Tendances observées depuis 5 ans

Les mentions Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires (PCS;PPCSP) et Psychiatrie et santé mentale (PSM) restent majoritaires de manière stable. En revanche, les mentions Oncologie et hémato-oncologie (OHO) et Néphrologie, dialyse et transplantation rénale (NDT) connaissent une légère érosion chaque année. La mention Urgences se maintient autour de 10 %, et les proportions relatives entre les différentes mentions demeurent globalement constantes.

1.6. Répartition des IEPA par mention depuis sa création jusqu'en 2026

La répartition des IEPA par mention depuis 2019 met en évidence les tendances et évolutions des différentes catégories.

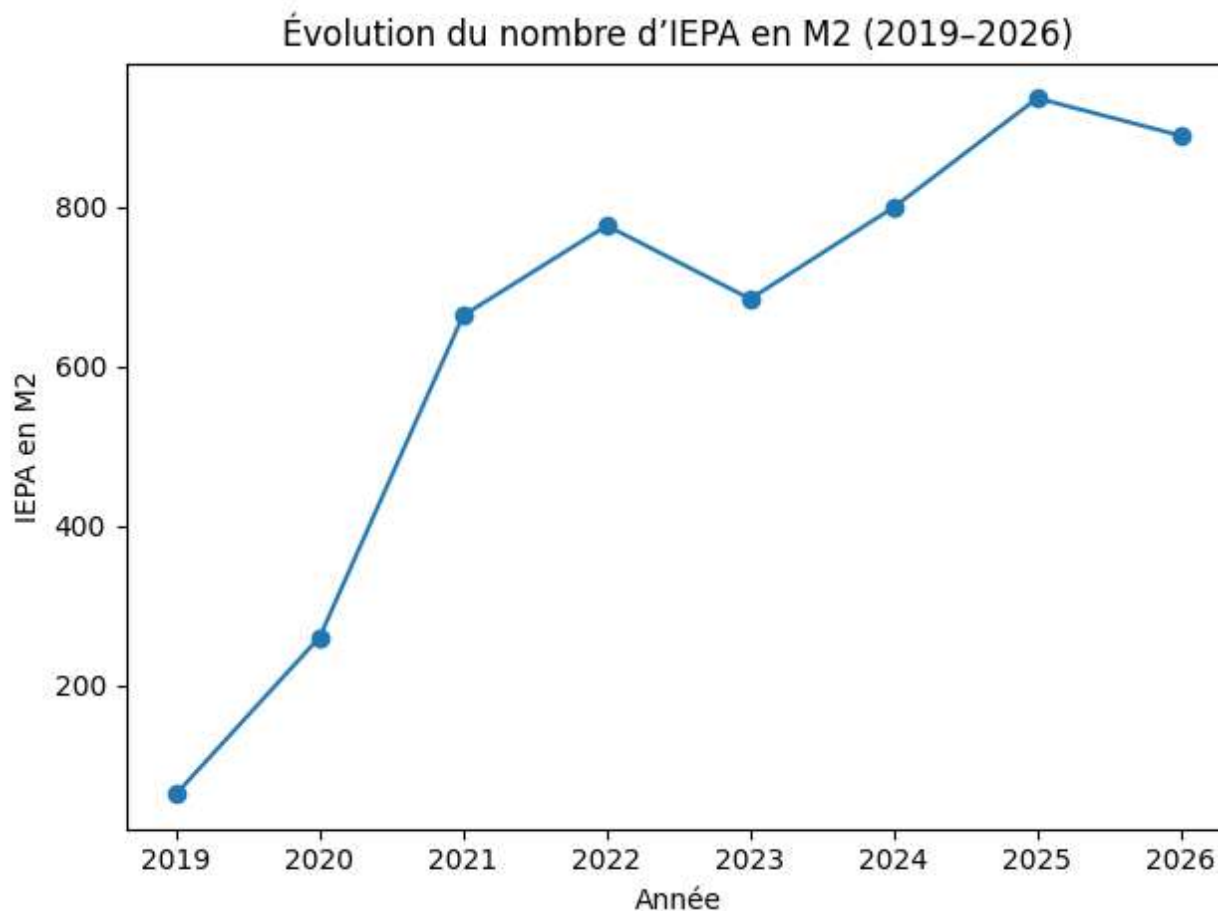
Année	M1	M2	PCS (%)	PSM (%)	OH (%)	NDT (%)	Urgence (%)
2019	330	63	-	-	-	-	-
2020	634	260	57	9,6	23,4	10	-
2021	729	664	54,2	21,5	16,3	8	-
2022	648	777	54,7	27,2	12	5,5	0,64
2023	782	685	52,8	28	12,3	4,4	2,5
2024	936	800	52,5	24,8	8,4	4,6	9,7
2025	959	937	56	19	9,7	5,5	10
2026	999	890	54,16	23,15	8,54	4,04	10,11

- **La mention PCS;PPCSP** reste majoritaire, représentant 54,16 % des cas, et cette proportion se maintient de manière stable depuis 2024–2025 ;
- **La mention PSM** connaît une légère progression par rapport à 2025, passant de 19 % à 23,15 % ;
- **Les mentions OHO et NDT** poursuivent leur décroissance, bien que celle-ci reste lente ;
- **La mention Urgence** se stabilise autour de 10 %, sans variation significative.

En somme, la répartition des mentions met en évidence un glissement vers un modèle populationnel. Les mentions PCS;PPCSP et PSM représentent à elles seules 77 % des cas, confirmant leur rôle prépondérant, tandis que les autres mentions deviennent marginales. Cette tendance souligne la concentration des pratiques autour de la santé globale de la personne et de la prévention, au détriment des orientations plus spécifiques.

1.7. Évolution du nombre de diplômés

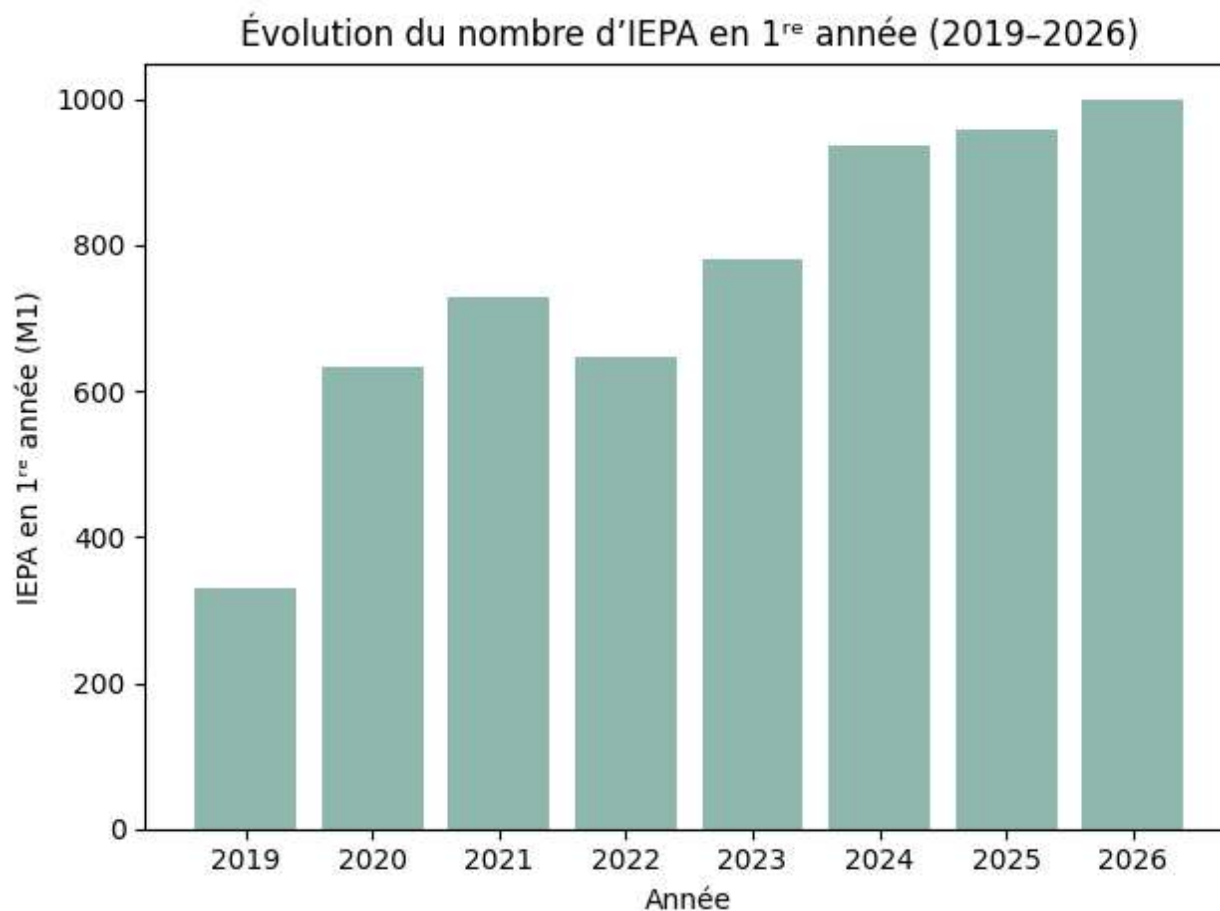
L'évolution du nombre d'IPA diplômés depuis 2019 met en évidence une croissance quasi exponentielle.



Entre 2020 et 2025, le nombre de diplômés augmente de +534 %, traduisant une montée en puissance rapide du dispositif de formation. L'année 2025 constitue un pic historique, avec 890 diplômés, confirmant l'accélération de la dynamique, bien qu'elle demeure encore insuffisante au regard des besoins estimés à 10 000 IPA à l'horizon 2030. Le creux relatif observé en 2023 n'a pas remis en cause cette trajectoire globale de croissance.

1.8. Le nombre d'entrants en M1 IPA progresse

Le nombre d'étudiants en pratique avancée progresse fortement depuis 2019, pour atteindre un niveau record en 2025 avec 999 inscrits. Il a triplé en 7 ans.



Cette croissance continue **témoigne d'une attractivité durable de la pratique avancée**, en dépit des tensions réglementaires et organisationnelles persistantes. Elle est principalement portée par une demande structurelle des IDE, liée à la recherche d'évolution professionnelle et de sens au travail. Les universités ont ainsi été amenées à accroître leurs capacités d'accueil, tout en composant avec des contraintes de rentabilité et de maintien d'un équilibre entre les différentes mentions. **Cette massification renforce toutefois les déséquilibres entre mentions et met en évidence les limites du modèle actuel à cinq mentions**, plaidant en faveur d'une réforme orientée vers une approche populationnelle et adossée à un financement pérenne afin de sécuriser l'essor de la profession.

1.9. Une capacité universitaire trop faible pour atteindre les objectifs nationaux

Les projections convergent sur les besoins futurs du système de santé : entre 10 000 et 15 000 IPA seraient nécessaires à l'horizon 2030 (*proportionnellement et en référence aux objectifs gouvernementaux de 5000 IPA fin 2024*). Or, avec un flux d'environ 1 000 diplômés par an, la France n'atteindra qu'environ 7 000 IPA à cette échéance. La trajectoire actuelle apparaît ainsi insuffisante pour répondre aux objectifs affichés de renforcement de l'autonomie infirmière.

Les leviers d'action prioritaires identifiés concernent :

- L'attractivité de la profession ;
- La structuration de la formation ;
- L'amélioration des conditions d'exercice ;
- L'évolution du cadre réglementaire des mentions.

1.10. Un système qui se reproduit mécaniquement

L'analyse du ratio stock/flux met en évidence que la structuration actuelle par mentions constitue désormais un frein. Sur les **1 988 étudiants** :

- **78 %** sont inscrits en PCS; PPCSP et PSM (mentions à large spectre),
- **22 %** relèvent des mentions plus spécifiques comme Urgences, OHO, NDT.

Cela met en évidence plusieurs constats majeurs :

- Les **cinq mentions figées** reproduisent mécaniquement les mêmes déséquilibres d'une année sur l'autre.
- La pratique avancée ne peut être calquée sur une logique de **spécialités médicales** : son identité est avant tout **populationnelle**, fondée sur une analyse globale des besoins de santé de la personne soignée.
- Même en **doublant les capacités de formation**, le système continuerait à produire environ **75 % de profils généralistes pour 25 % de profils spécialisés**.

- L'absence de variation significative dans la répartition des mentions traduit un modèle **fermé et auto-reproductif**.
- La formation s'ajuste insuffisamment aux besoins de la population et répond principalement aux **contraintes des référentiels**, ce qui conduit à une **sous-exploitation des capacités universitaires**.

1.11. Une profession visible mais pas encore structurante

Aujourd'hui, la pratique avancée est clairement identifiée et reconnue par les institutions (DGOS, ARS, CNAM) et s'inscrit durablement dans le paysage du système de santé. Toutefois :

- Le **seuil critique** nécessaire pour transformer en profondeur l'organisation des soins n'est pas encore atteint ;
- Les **filières spécialisées** demeurent fragiles ;
- L'impact **structurel** sur les parcours de soins reste limité.

Ainsi, si la pratique avancée est désormais installée, elle ne dispose pas encore de la **masse critique** indispensable pour transformer réellement l'offre de soins.

1.12. Enjeux politiques : ce que montre la combinaison diplômés-étudiants

Le modèle actuel ne permet ni une montée en puissance effective de la pratique avancée, ni une réponse réellement populationnelle aux besoins exprimés par les territoires. L'augmentation des volumes de formation est observée. Mais, à elle seule, apparaît insuffisante : c'est bien le **modèle organisationnel** qui doit évoluer.

Cette évolution doit conduire vers une **offre de soins plus attractive, plus lisible et plus intégrée**, capable de s'inscrire au sein de nombreuses disciplines médicales sans logique de substitution. La pratique avancée constitue une **offre de soins complémentaire**, mobilisable dans des contextes cliniques variés, au service de la continuité et de la coordination des parcours.

Elle repose sur une approche centrée sur la **gestion de la santé globale**, et non sur une spécialisation étroite par pathologie. À ce titre, elle permet un accompagnement des personnes, intégrant simultanément les dimensions clinique, fonctionnelle, psychologique, sociale et environnementale.

En portant une vision transversale et populationnelle du soin, la pratique avancée participe à une **transformation structurelle du système de santé** : passage d'une organisation centrée sur les actes et les maladies à une organisation centrée sur les personnes, les parcours et les besoins réels des territoires.

Dans cette perspective, la **loi infirmière de 2025** apporte des leviers structurants décisifs, en ouvrant la voie à :

- Une **structuration populationnelle** de l'IPA de plein exercice ;
- Un **modèle de formation**, plus flexible et évolutif ;
- Une **distinction claire** entre IPA de plein exercice et infirmier spécialisé en pratique avancée ;
- Un **alignement renforcé de la formation** sur les besoins réels du terrain ;
- Une **sortie du cadre rigide des cinq mentions**, historiquement calquées sur les spécialités médicales.

Ces évolutions constituent les conditions nécessaires pour soutenir durablement le développement de la pratique avancée et son impact sur l'offre de soins.

II. Analyse du recensement IEPA 2025–2026

2.1. Une attractivité maintenue mais un modèle fragilisé

Pour l'année universitaire 2025–2026, la formation compte 1 988 étudiants, confirmant un flux annuel **stable depuis cinq ans**. Cependant, cette stabilité masque une rigidité structurelle : **les mentions PCS;PPCSP et PSM concentrent 75 à 78 % des M2**, tandis que **les mentions Urgences, OHO et NDT ne représentent que 20 à 25 % des effectifs**. Cette répartition figée souligne l'absence de dynamique interne visant à rééquilibrer les mentions, limitant ainsi la diversification des profils formés et la capacité du système à répondre aux besoins variés des différents champs de pratique. Malgré la constance du nombre d'étudiants, la structure interne reste peu flexible, posant la question de l'adaptation du modèle de formation aux besoins professionnels et populationnels.

2.2. M2 2025–2026 : un profil des mentions très concentré

Pour l'année universitaire 2025–2026, 78 % des étudiants sont concentrés dans les mentions PCS;PPCSP et PSM, tandis que certaines mentions plus spécifiques restent à la marge.

Mention	% des M2
PCS	56,20%
PSM	21,80%
Urgences	8,70%
OHO	8,80%
NDT	4,40%

2.3. Certaines mentions sont en voie d'affaiblissement

Les mentions OHO, NDT et Urgences ne représentent ensemble que 22,7 % des étudiants, ce qui les place dans une position relativement fragile au sein des M2. Elles rencontrent plusieurs difficultés qui compromettent leur viabilité et leur développement :

- L'absence d'offre dans certaines régions, qui limite l'accès des étudiants et freine la constitution de promotions suffisantes ;
- Des promotions trop réduites pour assurer la pérennité pédagogique et maintenir un enseignement de qualité ;
- Un coût académique élevé, qui peut interroger sur la pertinence des investissements pédagogiques universitaires et leurs rentabilités ;
- Des difficultés importantes à recruter à la fois les formateurs qualifiés et les terrains de stage nécessaires à la formation pratique.

Dans ce contexte, certaines mentions approchent un seuil critique, en dessous duquel la formation pourrait devenir non viable, mettant en lumière la nécessité de réfléchir à des mesures de soutien et de structuration pour garantir leur maintien et leur développement.

2.4. Une structure qui ne change jamais : la preuve

En 2025, la répartition des diplômés reflète la même structuration que les années précédentes :

- Les mentions PCS;PPCSP représentent 54,2 % des diplômés ;
- Les PSM 23,2 % ;
- Les mentions spécifiques 22,6 %.

Cette constance est observée depuis 2022, ce qui illustre une stabilité globale des promotions. Cependant, cette situation met en évidence une limitation importante : la formation reste entièrement déterminée par les référentiels actuels, ce qui restreint sa capacité à évoluer et à s'adapter aux besoins émergents des différents champs professionnels.

2.5. L'hégémonie PCS;PPCSP–PSM reflète un déséquilibre structurel

Ces 2 mentions représentent 77,3 % des diplômés. Cette prédominance n'est pas une dérive, mais reflète des déterminants structurels :

- Mentions lisibles et attractives pour les employeurs ;
- Sécurisantes pour les étudiants grâce à leur polyvalence ;
- Plus faciles à organiser sur le plan académique.

Le système forme ainsi massivement des IPA à visée populationnelle, fidèles aux fondements de la pratique avancée.

2.6. Exigence universitaire et érosion M1 → M2

En 2024, sur 959 étudiants inscrits en M1, 890 ont été diplômés, soit une érosion de 7,2 %.

Les causes principales peuvent être identifiées :

1. Exigence académique élevée, notamment pour le mémoire et les stages ;
2. Double activité professionnelle des étudiants ;
3. Inadéquation entre le projet professionnel et la mention choisie ;

Ces abandons reflètent davantage un modèle sous tension qu'un réel déficit d'attractivité de la formation.

Tableau du recensement des étudiants infirmiers en pratique avancées 2025-2026

UNIVERSITES	M1	M2PCS	M2 PSM	M2 OHO	M2 NDT	M2 U	TOTAL
Université Nice Côte d'Azur	39	26	7	4	-	4	80
Sorbonne Université	40	-	-	-	-	7	47
Université Paris Est Créteil	-	25	10	7	-	-	42
AMU Aix Marseille Université	93	40	11	9	-	9	162
Université Sorbonne Paris Nord	22	18	6	-	-	-	46
Université Paris Cité	75	42	15	7	5	3	147
Université de Lorraine (Nancy)	22	8	5	2	1	4	42
Université de Strasbourg	22	12	13	2	1	4	54
Université Versailles Saint Quentin	32	-	4	-	-	5	41
Université Reims Champagne-Ardenne	18	13	6	2	5	2	46
Université Lille	62	37	12	5	1	6	123
Université Amiens Picardie	30	18	7	3	2	-	60
Université de Rennes	31	17	6	4	1	2	61
Université de Bordeaux	24	14	5	4	-	3	50
Université Toulouse III Paul Sabatier	40	20	10	-	-	10	80
Université de Limoges	22	14	8	-	-	-	44
Université de Nantes	36	18	11	4	2	4	75
Université de Bretagne Occidentale	20	9	5	4	1	-	39
Université de TOURS	50	33	8	2	4	3	100
Universités Angers	37	14	8	3	-	1	63
Université de Franche Comté (Besançon)	16	15	3	-	1	-	35
Université de Montpellier	38	18	7	2	2	4	71
Université Grenoble Alpes	29	31	-	-	-	-	60
Université de Lyon	37	-	-	11	-	6	54
Université Jean Monnet Saint Etienne	22	19	-	-	10	6	57
Université Clermont Auvergne	25	-	27	-	-	-	52
Université de Bourgogne Europe (Dijon)	30	19	8	-	2	-	59
Université Rouen /Caen Normandie	32	20	5	4	-	-	61
Université de Poitiers	15	14	2	2	1	-	34
Université Paris Saclay	-	24	-	3	-	-	27
Université des Antilles	19	7	5	2	2	3	38
Université de la Réunion	21	11	2	1	3	-	38
TOTAL	999	556	216	87	44	86	1988

III. Conclusion stratégique

3.1. Ce que montrent les données

La structure actuelle des mentions révèle plusieurs enjeux persistants :

- Les cinq mentions maintiennent un déséquilibre structurel constant depuis cinq ans ;
- 75 à 78 % des étudiants se concentrent dans les mentions PCS;PPCSP et PSM ;
- Les mentions axées sur les pathologies médicales restent non soutenables à long terme ;
- Les universités, contraintes par les référentiels actuels, peinent à adapter la formation ;
- L'érosion du passage M1 → M2 traduit à la fois une exigence académique réelle et des contraintes organisationnelles importantes.

3.2. Un verrouillage du modèle devenu incompatible avec la loi infirmière 2025

La formation IPA est aujourd'hui verrouillée par plusieurs facteurs :

- L'architecture figée des cinq mentions depuis 2018 ;
- L'inadéquation avec la logique populationnelle introduite par la nouvelle loi infirmière ;
- les contraintes financières des universités ;
- L'impossibilité d'ouvrir des expertises émergentes souvent plébiscitées (transplantation, douleur, soins palliatifs, réadaptation...).

Le système n'est pas limité par un plafond, il est structuré de manière rigide. Le modèle actuel, encore largement indexé sur le triptyque académique Licence–Master–Doctorat,

ne permet plus de soutenir une montée en compétences réellement alignée sur les besoins du système. Or, la pratique avancée n'est pas un simple prolongement académique : elle constitue un véritable changement de paradigme professionnel, nécessitant un cadre spécifique et professionnalisant.

Dans les pays de référence (Canada, Suisse, États-Unis, Australie, Royaume-Uni), les Advanced Practice Nurses reposent sur :

- Une logique populationnelle ;
- Des noyaux de compétences transversaux ;
- Des spécialisations modulaires ;
- Une progression de carrière articulée ;
- Un champ de pratique clairement défini, et non une mention administrative.

Pour que la France puisse pleinement développer la pratique avancée, il est essentiel d'adapter le modèle de formation à ces principes, plutôt que de rester enfermée dans une structure académique rigide et dépassée.

3.3. La France doit désormais aligner son modèle sur les standards internationaux

La montée en compétences des IPA doit être continue, structurée et professionnalisante. Elle doit surtout rester guidée par une logique populationnelle, conformément aux principes de la loi infirmière de 2025.

Cette approche est indispensable pour plusieurs raisons :

- Sécuriser la transformation de l'offre de soins,
- Répondre aux besoins croissants de la population,
- Installer durablement l'IPA comme acteur structurant du système,
- Rendre la filière attractive et pérenne.

En somme, seule une formation cohérente et progressive permettra aux IPA de jouer pleinement leur rôle stratégique dans le système de santé, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins pour tous.

3.4. Message stratégique pour les décideurs

Les données de 2026 montrent clairement les limites du modèle actuel :

- La régulation par mentions est devenue obsolète,
- Les filières calquée sur les spécialités médicales sont menacées,
- La trajectoire actuelle ne permettra pas d'atteindre l'objectif de 10 000 à 15 000 IPA d'ici 2030.

Dans ce contexte, la réforme populationnelle prévue par la loi infirmière de 2025 est plus que pertinente.

Pour garantir la montée en compétences des IPA et répondre aux besoins croissants du système de santé, il est impératif d'adapter la formation à ces principes, sous peine de compromettre l'avenir de la filière.

3.5. Condition indispensable : un investissement massif du MESRI

La montée en charge de la pratique avancée ne pourra se réaliser sans un renforcement majeur des capacités universitaires. Les universités fonctionnent avec les moyens existants, sans possibilité d'absorber un nombre supplémentaire d'étudiants.

Allouer des moyens dédiés et sanctuarisés

Le MESRI doit disposer d'une ligne budgétaire spécifique pour la pratique avancée, permettant :

- D'augmenter les capacités d'accueil en M1 et M2 ;
- De constituer des équipes pédagogiques pérennes ;

- De réduire la dépendance aux vacataires, qui fragilise les formations et empêche toute montée en charge ;
- De favoriser l'homogénéité de l'offre universitaire du Master IPA.

Sans cet investissement ciblé, aucune réforme structurelle ne pourra être durablement soutenue.

Créer des postes bi-appartenants : le pivot du modèle

La pratique avancée ne peut plus reposer uniquement sur des enseignants vacataires issus du terrain. Il est nécessaire de créer des postes universitaires stables, articulés avec les terrains cliniques. Les postes bi-appartenants IPA / médecins / universitaires permettent :

- D'ancrer la pratique avancée dans la recherche ;
- De garantir la qualité pédagogique ;
- De structurer une culture universitaire propre aux sciences infirmières ;
- De sécuriser l'ouverture de nouvelles mentions ou parcours populationnels.

Ces postes constituent également une garantie de visibilité internationale, condition essentielle pour exister face aux modèles suisse, canadien ou anglo-saxon.

Renforcer le recrutement universitaire-hospitalier

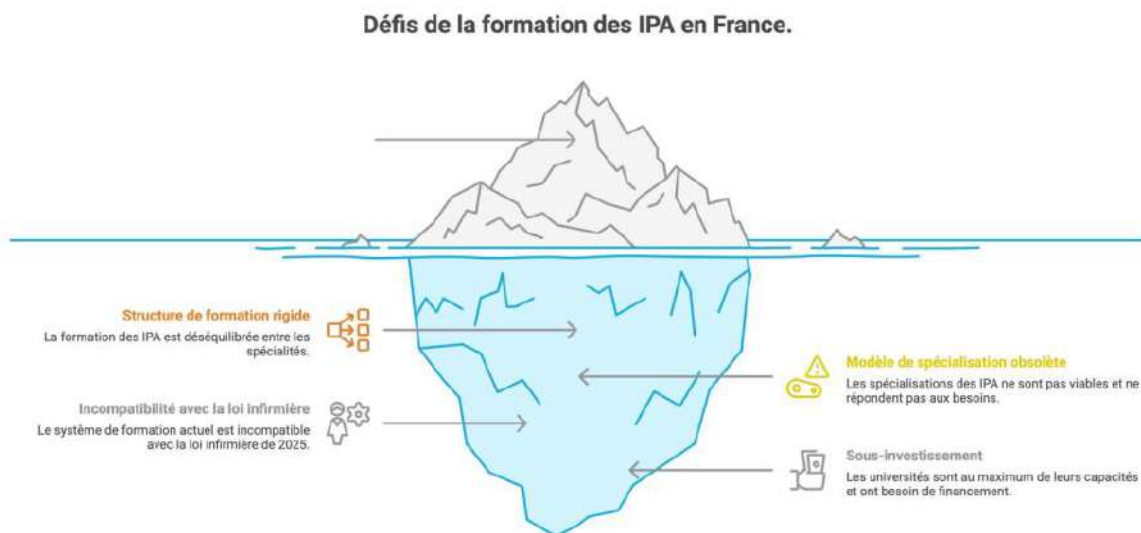
Pour répondre à l'exigence de formation populationnelle et aux besoins des terrains (transplantation, hygiène, soins palliatifs, réadaptation, etc.), il est nécessaire de :

- Recruter des maîtres de conférences spécialisés ;
- Flécher spécifiquement des postes hospitaliers pour favoriser l'accueil de terrains de stage et de recherche ;
- De sanctuariser les unités d'enseignement socle de la pratique avancée infirmière : UE clinique et UE sciences infirmières.

Pourquoi ces mesures sont urgentes :

- Les universités n'arrivent plus à équilibrer les mentions ;
- Les référentiels sont rigides et coûteux à maintenir ;
- La réforme populationnelle nécessitera davantage de capacité pédagogique ;
- La profession est dans une phase d'expansion rapide, avec près de 1 000 diplômés par an ;
- Il y a de réels besoins d'accompagnement pour des patients qui n'entrent pas dans le référentiel actuel.

L'ensemble de ces éléments montre que renforcer les moyens universitaires, créer des postes bi-appartenant et structurer un recrutement universitaire-hospitalier sont des conditions indispensables pour assurer la montée en charge de la pratique avancée et garantir la pérennité de la filière.



Dans ce contexte, la réforme populationnelle, prévue par la loi infirmière de 2025 n'est plus une simple option : elle constitue une nécessité systémique. Elle doit s'inscrire dans une refonte globale de la pratique infirmière, telle que portée par les propositions d'UNIPA, afin de structurer une offre de soins lisible, agile et durable, capable de répondre à la complexité croissante des besoins de santé des populations et aux tensions persistantes du système.

QUI SOMMES-NOUS ?

L'UNIPA (Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée) est le premier et unique syndicat dédié exclusivement aux IPA et aux étudiants IPA.

Créée en 2019, l'UNIPA représente, défend et valorise cette nouvelle profession clé pour l'avenir du système de santé et représente autour de 30% des effectifs de la profession.

LE BUREAU



Lise MANTISI
Secrétaire Générale UNIPA
IPA PCS PPCSP



Laurent SALSAC
Secrétaire adjoint UNIPA
IPA PCS PPCSP



Hélène KERDILES
Vice-présidente UNIPA
en charge de la formation
IPA PCS PPCSP



Jordan JOLYS
Vice-présidente UNIPA
en charge des réseaux territoriaux
et modes d'exercice
IPA PSM



Julien HOREL
Vice-présidente UNIPA
en charge de la communication
IPA PCS PPCSP



Thomas BARRE
Vice-présidente UNIPA
en charge des partenariats et
numérique en santé
IPA PCS PPCSP



Emmanuel HARDY
Présidente UNIPA
IPA PCS PPCSP



Marion NOËL
Trésorière UNIPA
IPA PCS PPCSP



Olivier CORDILLAT
Secrétaire adjoint UNIPA
IPA Urgences - IPA PCS PPCSP

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION



Emmanuel HARDY
Présidente UNIPA
IPA PCS PPCSP



Lise MANTISI
Secrétaire Générale UNIPA
IPA PCS PPCSP



Laurent SALSAC
Secrétaire adjoint UNIPA
IPA PCS PPCSP



Hélène KERDILES
Vice-présidente UNIPA
en charge de la formation
IPA PCS PPCSP



Jordan JOLYS
Vice-présidente UNIPA
en charge des réseaux territoriaux
et modes d'exercice
IPA PSM



Julien HOREL
Vice-présidente UNIPA
en charge de la communication
IPA PCS PPCSP



Thomas BARRE
Vice-présidente UNIPA
en charge des partenariats et
numérique en santé
IPA PCS PPCSP



Marion NOËL
Trésorière UNIPA
IPA PCS PPCSP



Olivier CORDILLAT
Secrétaire adjoint UNIPA
IPA Urgences - IPA PCS PPCSP



Woodlyne BAZELAIS
Administrateur UNIPA
IPA PCS PPCSP



Jean-François CAUQUIL
Administrateur UNIPA
IPA PSM



François DUPONCHELLE
Administrateur UNIPA
IPA PCS PPCSP



Sonia FROIDEVAUX
Administrateur UNIPA
IPA PCS PPCSP



Barbara GOMBER
Administrateur UNIPA
IPA PCS PPCSP - IPA PSM



Jérôme MORISSET
Administrateur UNIPA
IPA PSM



Laetitia PISCHEDDA
Administrateur UNIPA
IPA PCS PPCSP



Clarence RATINEAU-BIZOT
Administrateur UNIPA
IPA PSM



Aurélie ROUFFY
Administrateur UNIPA
IPA PCS PPCSP



Barikissou ZUCCOLINI
Administrateur UNIPA
IPA PCS PPCSP



Contact presse : communication@unipa.fr

   Syndicat UNIPA

 contact@unipa.fr

 www.unipa.fr





   Syndicat UNIPA

 contact@unipa.fr

 www.unipa.fr



UNION NATIONALE DES INFIRMIERS
EN PRATIQUE AVANCÉE