

Fédération Nationale des Infirmiers



Projet d'Arrêté soins IDE_V060126 Positionnement FNI

La Fédération Nationale des Infirmiers souhaite replacer nos échanges dans le cadre fixé par la loi infirmière adoptée en 2025. Cette loi a affirmé une orientation claire : reconnaître et structurer l'autonomie clinique infirmière dans le cadre du rôle propre, afin de répondre aux enjeux d'accès aux soins, de prévention et de continuité des parcours.

Le projet d'arrêté soumis à concertation constitue une étape essentielle de cette mise en œuvre. Toutefois, la FNI souhaite souligner que certaines dispositions, notamment relatives à la consultation infirmière et à l'accès direct au traitement des plaies, ne traduisent pas pleinement l'intention du législateur et appellent, selon nous, des ajustements afin d'en garantir la cohérence juridique et opérationnelle.

Notre contribution s'inscrit dans une démarche constructive, visant à sécuriser le texte, à en renforcer la lisibilité et à permettre une application fidèle aux objectifs de la loi, dans l'intérêt des patients, des professionnels et du système de santé.

1- Consultation infirmière : un choix stratégique pour l'État

Le sujet n'est pas technique, il est politique.

La loi infirmière votée en 2025 a porté une ambition claire : **faire évoluer le modèle de soins français** en reconnaissant l'infirmier comme un acteur clinique de premier recours dans le champ de son rôle propre. Le projet d'arrêté censé en assurer la mise en œuvre **ne traduit pas cette ambition**.

La **consultation infirmière**, pourtant pilier de la loi, n'y apparaît qu'à la marge, sans structuration ni portée opérationnelle. Ce n'est pas un oubli technique.

C'est un **choix politique implicite**, qui mérite d'être assumé... ou corrigé.

Le projet d'arrêté met en lumière une traduction réglementaire en décalage avec l'intention du législateur

Le Parlement a voté une loi qui :

- Reconnaît l'autonomie clinique infirmière,
- Inscrit la consultation infirmière comme levier central,
- Répond à une crise structurelle de l'accès aux soins.

Or, le projet d'arrêté :

- Détaille minutieusement des actes,
- Mais évite soigneusement de structurer l'exercice clinique infirmier autour de la consultation.

Ce décalage affaiblit la crédibilité de l'action publique : l'État affiche une réforme, mais en limite la portée par sa propre technostucture.

Le projet d'arrêté traduit une frilosité administrative qui pénalise la stratégie nationale de santé

Le refus d'inscrire clairement la consultation infirmière révèle une **culture administrative défensive**, fondée sur :

- La crainte du partage de compétences,
- Le maintien d'un modèle médico-centré devenu inopérant,
- Une lecture restrictive de l'autonomie professionnelle.

Or, cette prudence excessive a un coût :

- Elle ralentit les transformations nécessaires,
- Elle entretient les tensions sur l'accès aux soins,
- Elle empêche l'optimisation des ressources humaines disponibles.

Le projet d'arrêté constitue une occasion manquée de structurer un premier recours infirmier

Ce n'est pas un sujet professionnel, c'est un **enjeu de pilotage du système de santé**.

Les amendements portés par la FNI proposaient une solution clé en main :

- Consultations infirmières périmétrées,
- Strictement limitées au rôle propre,
- Traçables,
- Coordonnées avec les médecins.

Ils ne demandaient :

- Ni extension dangereuse de compétences,
- Ni remise en cause du rôle médical,
- Ni création d'un nouvel échelon bureaucratique.

Ils offraient à l'État :

- Un outil de régulation,
- Un levier d'accès aux soins,
- Une réponse concrète à la désertification médicale.

Les ignorer revient à **se priver volontairement d'un instrument de politique publique**.

Une loi qui n'est pas pleinement traduite dans ses textes d'application devient une loi symbolique, une loi de communication, une loi sans effet systémique.

À terme, cela expose le gouvernement à une perte de crédibilité auprès des professions de santé, un sentiment de réforme inaboutie, une défiance accrue vis-à-vis de la parole publique.

La consultation infirmière est le **marqueur visible** de la réussite ou de l'échec de la loi infirmière.

La question posée aujourd'hui est simple :

Souhaite-t-on un système de santé modernisé, fondé sur la complémentarité réelle des professions, capable d'absorber la crise démographique médicale ?

Ou préfère-t-on maintenir un statu quo médico-centré, au prix de renoncements à l'accès aux soins, et d'un affaiblissement assumé de la réforme votée ?

La consultation infirmière n'est pas une menace. C'est une **solution politique**.

La FNI demande l'inscription claire de la consultation infirmière dans l'arrêté :

- Ce n'est pas céder à une revendication professionnelle,
- C'est **assumer pleinement la réforme portée par la loi**,
- C'est donner à l'État un outil supplémentaire de régulation et d'accès aux soins,
- C'est envoyer un signal clair de confiance et de modernisation.

Le choix est désormais politique : **mettre le texte en cohérence avec la loi**, ou accepter que la loi infirmière de 2025 reste, en partie, lettre morte.

2- Accès direct infirmier au traitement des plaies

Le projet d'arrêté reconnaît explicitement que le **traitement des plaies relève du rôle propre infirmier**. Pourtant, il conditionne l'**accès direct** à ce traitement à une **appartenance à une structure d'exercice coordonné ou à une équipe de soins**. C'est précisément ce point qui pose problème, car il introduit une **contradiction juridique et professionnelle majeure**.

Le **rôle propre**, tel que défini par le Code de la santé publique, repose sur une compétence **autonome**, exercée **sans prescription médicale** et **sans condition organisationnelle**.

Or, en subordonnant l'accès direct à une structure coordonnée, le texte :

- Transforme un rôle autonome en **rôle conditionné**,
- Dénature la notion même de rôle propre,
- Introduit une dépendance organisationnelle là où la loi reconnaît une autonomie professionnelle.

On ne peut pas, en même temps, reconnaître un acte comme relevant du rôle propre, et en limiter l'exercice à un cadre structurel spécifique. Cette restriction revient, dans les faits, à placer l'exercice du rôle propre infirmier **sous tutelle médicale indirecte**.

Les structures d'exercice coordonné sont majoritairement organisées autour :

- De la prescription médicale,
- D'une gouvernance médicale,
- D'un cadre contractualisé.

Le résultat est clair : l'infirmier devient **autonome en théorie**, mais **dépendant en pratique**. C'est une forme de **confiscation organisationnelle du rôle propre**, qui ne dit pas son nom, mais qui est bien réelle.

Le projet d'arrêté constitue une régression par rapport aux pratiques existantes

Il **restreint un champ d'exercice existant**, en l'enfermant dans un modèle organisationnel unique. C'est une **régression normative**, qui va à l'encontre de l'accès aux soins, de la continuité des parcours et de la réalité des territoires, notamment sous-dotés.

Le projet d'arrêté met en lumière une incohérence entre responsabilité et autonomie

Le texte reconnaît pleinement que l'infirmier :

- Engage sa responsabilité civile, pénale et disciplinaire,

- Évalue la plaie,
- Définit les objectifs de soins,
- Identifie les critères de réorientation médicale.

Mais dans le même temps, il limite son autonomie d'action.

Or, la **responsabilité sans autonomie est juridiquement incohérente** et professionnellement dangereuse. Si l'infirmier est responsable, il doit pouvoir exercer son rôle propre **sans entrave organisationnelle**.

Le projet d'arrêté est une entrave à l'accès aux soins et à la santé publique

Conditionner l'accès direct aux plaies à des structures coordonnées :

- Exclut de nombreux professionnels,
- Retarde les prises en charge,
- Augmente les risques de complications évitables.

C'est contradictoire avec les objectifs affichés :

- De prévention,
- De proximité,
- De désengorgement du système de soins.

Reconnaître le traitement des plaies comme relevant du rôle propre infirmier, tout en en limitant l'exercice à certaines structures, revient à **vider le rôle propre de sa substance**.

La FNI demande donc :

- Que l'accès direct aux soins de plaies relevant du rôle propre soit **reconnu sans condition organisationnelle**,
- Avec des critères cliniques clairs de réorientation médicale,
- Et une responsabilité pleinement assumée par l'infirmier.

C'est une question de **cohérence juridique**, de **réalisme sanitaire**, et de **respect des compétences infirmières**.

Fait à Paris le 5 janvier 2026