

PROPOSITION DE LOI **PROFESSION D'INFIRMIER**

Première lecture



Essentielle à l'accès aux soins, la profession infirmière, forte de 600 000 professionnels en activité, souffre pourtant d'une **insuffisante reconnaissance** et d'un cadre d'exercice obsolète.

La commission a soutenu la présente proposition de loi, transmise par l'Assemblée nationale, qui s'attelle à mieux valoriser la profession et refondre son encadrement législatif. Elle a adopté 19 amendements visant à sécuriser, encadrer et préciser ses dispositions.



1. UNE PROFESSION INDISPENSABLE À L'ACCÈS AUX SOINS MAIS INSUFFISAMMENT VALORISÉE

A. UNE PROFESSION EN PROFONDE MUTATION

1. Une profession à la démographie dynamique répondant à des besoins de santé croissants

La profession infirmière constitue, au niveau national comme international, le **principal vivier de professionnels de santé**. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle rassemblait en 2018, à elle seule, plus de 55 % des professionnels de santé recensés en Europe et dans les Amériques. La profession compte, en France, plus de 600 000 professionnels en activité.

La profession bénéficie, surtout, d'une **démographie particulièrement dynamique**. En France, le nombre d'infirmiers aurait crû de 8 % entre 2013 et 2021, pendant que les effectifs de médecins n'augmentaient que de 5 %. Dans l'hypothèse d'un maintien des politiques et des comportements constatés, leur nombre pourrait atteindre 820 000 en 2050.

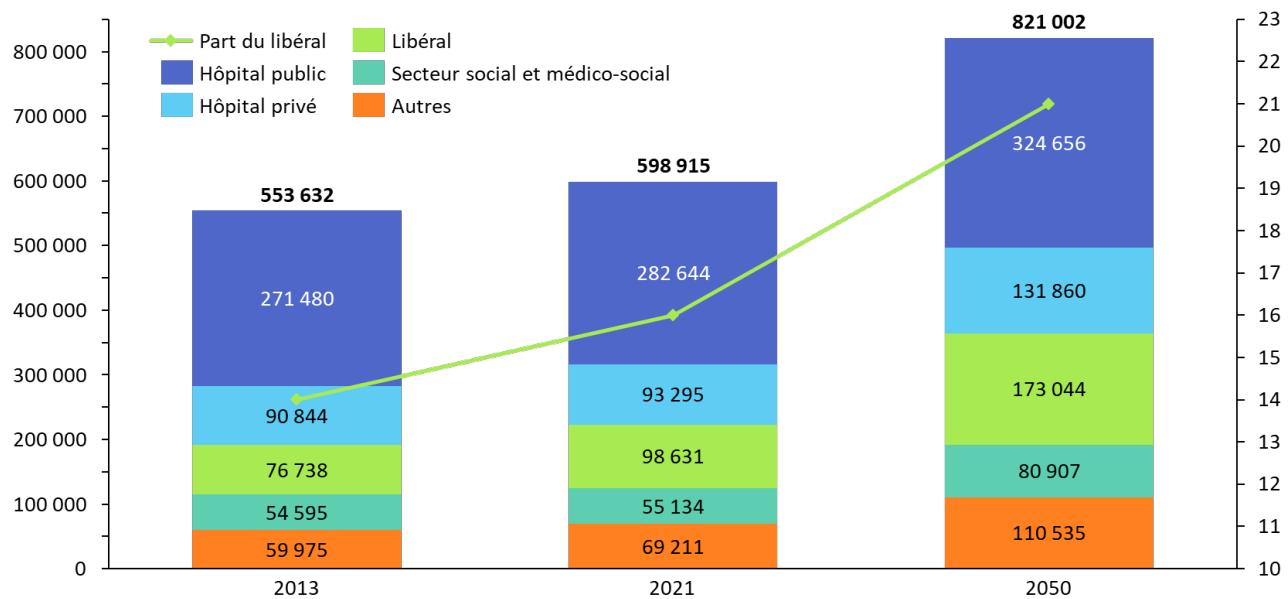
Ce développement de la profession ne suffit pas, toutefois, à répondre à l'**augmentation rapide des besoins**, portée par le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques. Le ministère de la santé estimé que 80 000 infirmiers supplémentaires seraient nécessaires en 2050.

2. Une diversification des modalités d'exercice des infirmiers

La profession infirmière, **autrefois hospitalo-centrée**, s'exerce désormais dans une grande diversité de structures : établissements médico-sociaux, centres de santé, crèches et écoles, services de santé publique, etc. Dans le même temps, l'exercice libéral, en cabinet, à domicile ou en maison de santé, ne cesse de se développer et concerne désormais 16,5 % de la profession.



Répartition des infirmiers par mode d'exercice (2013, 2021, projection en 2050)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données et projections Drees (2024)

Les **conditions d'exercice de la profession se sont également diversifiées**, à côté du « métier socle », avec la création de trois spécialités infirmières (anesthésistes - IADE, de bloc opératoire - Ibode et puériculteurs) et de l'infirmier en pratique avancée (IPA), qui ouvrent droit à des compétences élargies sous réserve du suivi d'une formation complémentaire.

B. DES ENJEUX DE RECONNAISSANCE ET D'ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES

1. Un fort sentiment de manque de reconnaissance traverse la profession

La profession souffre d'un **sentiment répandu de manque de reconnaissance**. Les conditions de travail dégradées dans de nombreux établissements de santé semblent alimenter une forte rotation des effectifs et, parfois des abandons de métier. Les conditions de rémunération des infirmiers sont fréquemment décrites comme insatisfaisantes. En ville, les principaux actes infirmiers n'ont pas fait l'objet d'une revalorisation significative depuis 2009.

La **pratique avancée infirmière**, fondée en 2016, donne accès à une autonomie élargie et à des compétences accrues par rapport au métier socle, notamment en matière de prescription. Pour autant, le coût de la formation et l'absence de modèle économique viable ont entamé l'attractivité du métier d'IPA et induit un déploiement en-dessous des attentes.

Les **spécialités infirmières**, consacrées dès l'Après-Guerre, aspirent quant à elles à la reconnaissance d'une forme de pratique avancée propre à leur exercice. Si leur activité ne revêt pas l'ensemble des caractéristiques de la pratique avancée, leur formation, de grade master pour les IADE et les Ibode, et leurs compétences élargies les en rapprochent en effet.

2. Un cadre d'exercice obsolète, malgré des extensions de compétences récentes

Essentielle au sein du système de santé, la profession demeure pourtant, dans le code de la santé publique, **définie en référence au monopole médical**. Par dérogation à ce monopole, l'intervention des infirmiers n'est possible que sur un champ circonscrit d'actes limitativement énumérés par un **décret d'actes de 2004**. Ce dernier distingue le « rôle propre » de l'infirmier des actes ne pouvant être réalisés que sur prescription ou sous supervision médicales.

Cet encadrement apparaît **excessivement rigide et inadapté aux évolutions de la profession**, malgré les nombreuses extensions de compétences récemment portées par la loi et la possibilité donnée aux acteurs de conclure, localement, des protocoles de coopération permettant des transferts de compétences. Un phénomène de « glissement de tâches » est fréquemment reporté, conduisant les infirmiers à réaliser des actes en dehors de leur champ de compétences reconnu.

2. UNE RÉFORME INDISPENSABLE DU CADRE LÉGISLATIF APPLICABLE À LA PROFESSION

A. LA MISE EN PLACE D'UN CADRE ADAPTÉ AUX ÉVOLUTIONS DE LA PROFESSION

1. Une refonte du socle législatif applicable à la profession

Tenant compte des limites, désormais bien documentées, du cadre actuel, l'article 1^{er} réforme en profondeur l'**encadrement juridique de la profession**. La loi se bornerait, désormais, à définir les principales missions et conditions d'exercice de la profession, renvoyant au décret le soin de définir les domaines d'activité et de compétence des infirmiers, et à l'arrêté celui de fixer la liste des actes et soins qu'ils réalisent. La commission a adopté sur ces dispositions **trois amendements** visant :

- à préciser que les infirmiers exercent leur activité non pas seulement « **en complémentarité** », mais « **en coordination** » avec **les autres professionnels de santé** ;
- à **renvoyer au décret et à l'arrêté la définition des soins relationnels** ;
- à **consacrer dans la loi la recherche en sciences infirmières** dont le développement, en France, apparaît indispensable.

Ces nouvelles dispositions conduiront à une **reconnaissance bienvenue de la consultation et du diagnostic infirmiers**. Ces notions, anciennes, sont fondées sur le rôle propre de l'infirmier et se distinguent donc sans ambiguïté de la consultation et du diagnostic médicaux.

Le nouveau cadre applicable confère également aux infirmiers un **pouvoir de prescription** de produits de santé et d'examens complémentaires nécessaires à l'exercice de leur profession, listés par arrêté. La commission a souhaité **rétablir la saisine de l'Académie nationale de médecine** sur cet arrêté, supprimée par l'Assemblée nationale : celle-ci apparaît habituelle et souhaitable. Afin que cette consultation ne retarde pas l'entrée en vigueur de cette nouvelle compétence, elle a toutefois prévu que cet avis serait réputé émis en l'absence de réponse au-delà de trois mois.

La commission souligne que ces dispositions devraient donner lieu à une révision rapide des référentiels de compétences et de formation des infirmiers, ainsi qu'à un **réexamen de leurs conditions de rémunération**.

2. L'extension de l'accès direct aux infirmiers et la valorisation de leur rôle en premier recours

L'article 1^{er} ouvre également l'**accès direct aux infirmiers en soins de premier recours**, dans le cadre de leur rôle propre comme de leur rôle prescrit. Dans la mesure où le rôle prescrit désigne, précisément, les actes que l'infirmier ne peut réaliser que sur prescription médicale préalable, la commission a adopté un amendement recentrant cet accès direct sur le seul rôle propre. Elle souhaite que ces dispositions favorisent la mise en place, en ville, de conditions de prise en charge des actes infirmiers cohérentes avec l'autonomie reconnue à la profession dans ce périmètre.

L'article 1^{er} *quater* permet l'**autorisation, à titre expérimental, d'un accès direct aux infirmiers au-delà de leur rôle propre**, dans le cadre d'un exercice coordonné. La commission a soutenu cette expérimentation et adopté **trois amendements pour en sécuriser la mise en œuvre**, en la recentrant, en ville, sur les structures d'exercice coordonné les plus intégrées, en prévoyant une saisine préalable de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine et en précisant que le rapport d'évaluation devrait être remis au Parlement six mois avant l'échéance légale et se prononcer sur l'opportunité d'une généralisation.

3. Un renforcement de l'accompagnement à la reprise d'exercice des infirmiers

Alors que la profession infirmière est particulièrement touchée par les interruptions d'activité – l'Ordre recense 7 000 radiations par an, les dispositifs existants n'apparaissent pas suffisants pour assurer l'**accompagnement nécessaire aux professionnels souhaitant reprendre leur exercice**, ni pour garantir la qualité et la sécurité des soins. La commission a donc approuvé les dispositions de l'article 1^{er} *ter*, qui envisagent de soumettre les infirmiers en reprise d'activité à une évaluation de leur compétence et, le cas échéant, de les orienter vers une formation ou un stage.

L'adoption d'un amendement de ses rapporteurs a permis de **préciser ce dispositif**, en encadrant entre trois et six ans la durée minimale d'interruption d'activité au-delà de laquelle les infirmiers seront soumis à l'évaluation de compétences et en rendant obligatoire la réalisation d'une formation ou d'un stage en cas d'inadéquation entre les compétences et les standards.

B. UNE MEILLEURE VALORISATION DE LA PRATIQUE AVANCÉE ET DES SPÉCIALITÉS INFIRMIÈRES

Souhaitant répondre à la demande des spécialités infirmières, l'article 2 **ouvre la pratique avancée à d'autres diplômes que celui d'IPA**. La commission, qui plaide pour cette valorisation des compétences des infirmiers spécialisés depuis la loi dite « Rist 2 », émet toutefois de fortes réserves sur la rédaction retenue, qui semble fondre toutes les spécialités dans le métier d'IPA et suscite une vive inquiétude pour la sécurité et la pérennité de l'exercice spécialisé parmi les professionnels.

Limités dans leur initiative par l'irrecevabilité financière, les rapporteurs espèrent aboutir, avec l'appui du Gouvernement, à une rédaction qui satisfasse les attentes légitimes de reconnaissance des infirmiers de spécialité sans diluer leurs caractéristiques, en consacrant une forme de **pratique avancée spécifique qui exclue, notamment, l'accès direct**. Si cette évolution est envisageable à court terme pour les IADE et les Ibode, les rapporteurs estiment qu'elle doit être subordonnée, pour les puériculteurs, à une réingénierie et une universitarisation de leur formation.

La rédaction retenue devra **éviter d'engendrer des scissions au sein des spécialités**, en réservant l'accès à la pratique avancée aux diplômés les plus récents, titulaires du grade de master. Les rapporteurs appelleront donc le Gouvernement à prévoir des dispositifs de formation complémentaire ou de validation des acquis de l'expérience pour que l'accès à la pratique avancée puisse être ouvert, au sein d'une même spécialité, à tous les professionnels volontaires.

La commission **se félicite de l'élargissement des lieux d'exercice en pratique avancée** aux services de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance, ainsi qu'aux crèches et aux établissements scolaires, pertinent et utile à l'accès aux soins. Elle a souhaité sécuriser le dispositif, en spécifiant par amendement que l'exercice en établissement scolaire doit se faire en lien avec un médecin, comme le prévoit la loi pour l'ensemble des autres lieux d'exercice.

Bien qu'elle juge nécessaire une réflexion sur l'évolution des mentions du diplôme d'IPA, la commission a supprimé la demande de rapport sur le sujet, conformément à sa position habituelle.

Après l'article 2, la commission a, enfin, adopté un amendement de Patricia Demas visant à **harmoniser à l'échelle nationale** la définition de l'agglomération retenue pour le **calcul des indemnités kilométriques**, considérant qu'il s'agissait là d'une mesure d'équité pertinente entre les professionnels en exercice sur le territoire.

Réunie le mardi 29 avril sous la présidence de Philippe Mouiller, la **commission des affaires sociales a adopté cette proposition de loi, modifiée par 19 amendements**.



EN SÉANCE

Le Sénat a adopté **quinze amendements** sur le texte de la commission.

À l'article 1^{er}, le Sénat a souhaité préciser que le décret fixant les domaines d'activités et de compétences des infirmiers **serait soumis à avis préalable des représentants de la profession**. Il a également prévu que les **négociations sur la rémunération des infirmiers** faisant suite à la publication des textes réglementaires sur leurs compétences devront tenir compte de la **pénibilité du métier**.

Le Sénat a adopté, à l'article 1^{er} *ter*, un amendement du Gouvernement qui **fixe à six ans** la durée à compter de laquelle les infirmiers seront soumis à une obligation de déclaration de leur interruption d'activité et, en cas de reprise d'activité, à une **évaluation de leurs compétences**. Il rend également **obligatoire la réalisation de mesures d'accompagnement préalables à la reprise d'activité en cas d'insuffisance professionnelle**, tout en supprimant la possibilité de subordonner la reprise d'activité à une épreuve d'aptitude validante.

À l'article 2, le Sénat a adopté cinq amendements identiques, **dont un de la commission**, visant à reconnaître, dans l'exercice des infirmiers de spécialité, une forme de pratique avancée spécifique à chaque spécialité, qui exclut notamment l'accès direct. Cet amendement permet de clarifier la rédaction de l'article 2, qui laissait craindre que les spécialités puissent être dissoutes dans le métier d'IPA.

Il a également adopté un amendement afin **d'orienter les domaines d'intervention des IPA vers une approche populationnelle**.

Enfin, le Sénat a adopté deux amendements à l'article 2 *bis*, visant à **clarifier et alléger la rédaction retenue**.

Le Sénat a, par ailleurs, adopté **deux amendements portant articles additionnels** :

- le premier confère aux **infirmiers de l'éducation nationale** et de l'enseignement supérieur un **statut de spécialité**, assorti de **missions spécifiques définies par voie réglementaire** ;
- le second vise à reconnaître, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), un statut d'**infirmier coordonnateur**, chargé d'assurer l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement. Ces dispositions, qui répondent à une **recommandation d'une mission d'information sur les Ehpad menée par la commission**, avaient déjà été adoptées par le Sénat lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En première lecture, le Sénat a adopté la proposition de loi ainsi modifiée.



EN COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Réunie le 4 juin 2025, la commission mixte paritaire (CMP) est **parvenue à élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion**. Celui-ci reprend largement les apports du Sénat, en maintenant notamment :

- la **reconnaissance comme spécialité des infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur**, pouvant être sanctionnées par un diplôme de niveau 7 ;
- la **reconnaissance, dans l'exercice des infirmiers de spécialité, d'une forme de pratique avancée spécifique à chaque spécialité** ;
- la **reconnaissance de la pénibilité du métier d'infirmier**, dont devront tenir compte les prochaines négociations relatives à leur rémunération.

Outre des modifications rédactionnelles, la CMP a apporté des évolutions de fond sur trois articles :

- à l'**article 1^{er}**, elle a substitué des dispositions prévoyant le **lancement de négociations lors de la promulgation de la présente loi** à celles qui, jusque-là, visaient à contraindre le Gouvernement à lancer une négociation à chaque arrêté relatif aux actes infirmiers. La CMP a jugé qu'une telle systématicité était susceptible de décourager le Gouvernement de mettre à jour la liste des actes et risquait, ce faisant, de prolonger le phénomène de glissement de tâches contre lequel l'article vise précisément à lutter ;

- à l'**article 1^{er} bis A**, la CMP a précisé, en cohérence avec le principe d'autonomie professionnelle qui leur est applicable, que les infirmiers coordonnateurs des Ehpad travaillent **en collaboration avec le médecin coordonnateur, sans être placés sous son autorité hiérarchique**, et en lien avec l'encadrement administratif et soignant de l'établissement ;
- la CMP a inscrit l'**article 1^{er} ter dans une logique d'accompagnement plutôt que de contrainte**, en réservant la procédure d'évaluation et, le cas échéant, la réalisation de stages ou de formations complémentaires **aux infirmiers volontaires afin d'aborder avec sérénité leur reprise d'activité**. Elle a également renvoyé au décret, **dans la limite de trois ans**, la durée à compter de laquelle la **déclaration d'interruption d'activité à l'ordre devient obligatoire** : le seuil de six ans, retenu par le Gouvernement, ne permettant en effet pas à l'ordre d'assurer un **suivi suffisant de la démographie de la profession**.

En séance publique, le 19 juin 2025, le Sénat a définitivement adopté la proposition de loi ainsi modifiée, à l'unanimité des scrutins exprimés.



Philippe Mouiller
Sénateur (LR) des Deux-Sèvres
Président



Jean Sol
Sénateur (LR) des Pyrénées-Orientales Rapporteur



Anne-Sophie Romagny
Sénatrice (UC) de la Marne
Rapporteure

Consulter le dossier législatif
<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl24-420.html>