

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

1

1) Ajout d'un article de cadrage sur le fondement clinique de la prescription infirmière

1. Contexte général et évolution du cadre juridique

Avant l'adoption de la loi du 27 juin 2025, la prescription infirmière s'inscrivait dans un cadre juridique fragmenté et restrictif. Elle reposait sur une série d'autorisations ponctuelles, issues de textes successifs, sans cohérence d'ensemble ni reconnaissance explicite d'un pouvoir décisionnel infirmier fondé sur une démarche clinique autonome.

Ces autorisations concernaient principalement :

- la prescription de dispositifs médicaux strictement énumérés par l'arrêté du 20 mars 2012 (pansements, dispositifs de perfusion, matériels de prévention des escarres, etc.) ;
- le renouvellement de certains traitements, tels que les contraceptifs oraux ou les traitements nicotiniques de substitution, dans des cadres législatifs spécifiques ;
- la participation à la politique vaccinale, progressivement élargie jusqu'à la possibilité, dans certains cas, de vacciner sans prescription médicale préalable, sous réserve de formations dédiées.

Dans ce modèle, la prescription infirmière demeurait essentiellement **technique et accessoire**. Elle constituait une extension d'actes précisément délimités, sans reconnaissance formelle d'une capacité de décision clinique globale. Le droit de prescrire ne procédait pas d'une analyse de la situation de santé de la personne, mais d'une autorisation réglementaire ciblée, détachée du raisonnement clinique infirmier.

La loi du 27 juin 2025 marque une rupture nette avec cette approche. Elle institue un **droit de prescription autonome**, dans des domaines de compétences à définir par arrêté, pour les produits de santé et les examens nécessaires à la prise en charge infirmière, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine. Ce droit s'inscrit désormais dans une conception globale de l'exercice infirmier, fondée sur l'évaluation, le suivi, la prévention et la coordination des soins.

Le décret du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession infirmière vient préciser et consolider cette évolution. Il affirme explicitement la place centrale de la **consultation infirmière**, du **raisonnement clinique**, de l'élaboration et de l'évaluation du plan de soins infirmiers, et reconnaît l'expertise clinique infirmière comme un pilier de l'organisation des soins.

2. Une lacune structurelle dans le projet d'arrêté

Le projet d'arrêté « fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire » s'inscrit formellement dans ce nouveau cadre légal. Toutefois, dans sa rédaction actuelle, il ne traduit pas pleinement les évolutions substantielles introduites par la loi et le décret de 2025.



Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire

Avis
04.02.26

Le texte débute directement par l'énumération de situations cliniques, de produits, de dispositifs et d'examens autorisés. En l'absence d'un article de principe introductif, la prescription infirmière apparaît comme un **catalogue d'autorisations successives**, sans fondement clinique explicite commun.

2

Cette approche comporte plusieurs risques :

- une interprétation restrictive de la prescription infirmière comme une simple liste d'actes autorisés, indépendamment de toute démarche clinique ;
- une fragilisation juridique des décisions professionnelles prises par les infirmières ;
- des refus de délivrance ou de prise en charge par les acteurs de la chaîne du soin (pharmacien, laboratoires, organismes payeurs) ;
- une exposition accrue aux contentieux, tant pour les professionnels que pour les personnes soignées.

En l'état, le projet d'arrêté ne donne pas pleine effectivité à ce que le législateur a entendu reconnaître: **la prescription infirmière comme un acte clinique autonome**, inscrit dans une démarche évaluative, raisonnée et responsable.

3. Nécessité d'un article de cadrage : traduire la loi dans l'opérationnel

L'ajout d'un article de cadrage en tête de l'arrêté vise à assurer la cohérence normative entre :

- la loi du 27 juin 2025,
- le décret du 24 décembre 2025,
- et l'arrêté fixant la liste des prescriptions autorisées.

La loi reconnaît désormais explicitement :

- la consultation infirmière ;
- le diagnostic infirmier ;
- la capacité de prescrire certains produits de santé et examens sans prescription médicale préalable.

Le décret précise que l'exercice infirmier s'organise autour :

- du raisonnement clinique ;
- de l'expertise professionnelle ;
- du suivi des personnes ;
- de la prévention et de la coordination des parcours de soins.

Il est donc indispensable que l'arrêté intègre ce **fil conducteur structurant** : la prescription infirmière comme une décision clinique fondée sur une **évaluation globale de la situation de santé de la personne**, et non comme une juxtaposition d'autorisations techniques.

Sans cet ancrage explicite, le droit de prescription infirmière demeure juridiquement fragile et opérationnellement contestable, en contradiction avec l'intention du législateur.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26**4. Sécuriser la décision professionnelle et responsabiliser la démarche clinique**

3

L'article de cadrage proposé vise à poser des balises cliniques communes à l'ensemble des prescriptions prévues par l'arrêté.

Il repose sur trois principes indissociables.

Premièrement, l'évaluation clinique préalable.

La prescription infirmière doit être réalisée à l'issue d'une évaluation clinique complète, prenant en compte l'état de santé général de la personne, ses antécédents, ses facteurs de risque et les objectifs du plan de soins infirmiers. Cette exigence distingue clairement la prescription infirmière d'un acte administratif ou automatique, et fonde sa légitimité professionnelle.

Deuxièmement, la réévaluation systématique.

Toute prescription infirmière doit s'inscrire dans une logique de suivi et d'adaptation continue des soins. La réévaluation clinique, dans un délai adapté à la situation, permet d'ajuster ou d'interrompre la prescription en fonction de l'évolution de l'état de santé, conformément aux principes posés par la réforme de 2025.

Troisièmement, la traçabilité et la coordination.

Les éléments d'évaluation clinique, les motifs de prescription, les critères d'orientation et les résultats de la réévaluation doivent être consignés dans le dossier de la personne et partagés avec les professionnels impliqués dans le parcours de soins. Cette exigence garantit la continuité, la sécurité et la coordination des prises en charge.

5. Portée juridique et opérationnelle de l'article de cadrage

L'introduction de ce premier article de cadrage permet :

- de sécuriser juridiquement l'ensemble des prescriptions infirmières prévues par l'arrêté ;
- d'ancrer la décision professionnelle dans une démarche infirmière explicitement reconnue par la loi ;
- de protéger à la fois les personnes soignées et les infirmières contre les refus de délivrance, les interprétations divergentes et les litiges ;
- de donner toute sa portée opérationnelle au droit de prescription voulu par le législateur.

Cet article ne crée pas de nouvelles compétences. Il ne modifie pas la liste des produits ou examens autorisés. Il assure la **cohérence normative** du dispositif en rappelant que l'infirmière ne prescrit pas parce qu'elle est autorisée à cocher des cases réglementaires, mais parce qu'elle exerce une **démarche clinique autonome, évaluative, raisonnée et coordonnée**, telle que consacrée par la loi et le décret de 2025.

À défaut, l'arrêté resterait en deçà de l'ambition portée par la réforme et n'assurerait qu'une reconnaissance incomplète, voire fragile, du nouveau droit de prescription infirmière.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26**Recommandation proposée : création d'un nouvel article 1^{er}**

4

« La prescription infirmière est réalisée à l'issue d'une évaluation clinique infirmière complète, prenant en compte l'état de santé général de la personne, les antécédents, les facteurs de risque, et les objectifs du plan de soins infirmiers. La prescription infirmière donne lieu à une réévaluation clinique dans un délai adapté, permettant d'ajuster ou d'arrêter la prescription selon l'évolution de la situation. Les éléments d'évaluation clinique, les motifs de prescription, les critères d'orientation et les résultats de réévaluation sont consignés dans le dossier de la personne et partagés avec les professionnels impliqués dans le parcours. »

2) Ajout d'un point « Prévention cardio-vasculaire et repérage des risques métaboliques et respiratoires »**1. Sortir d'une logique thématique restrictive**

Le projet d'arrêté prévoit actuellement certaines prescriptions infirmières dans le cadre spécifique du sevrage tabagique. Si cette orientation répond à un objectif légitime de santé publique, elle ne saurait constituer, à elle seule, le cadre clinique pertinent pour des examens dont la finalité dépasse largement la seule problématique du tabac.

Restreindre la prescription de la radiographie thoracique standard, du bilan lipidique, de la glycémie à jeun ou de la créatininémie à un programme thématique unique revient à enfermer des outils cliniques transversaux dans une logique sectorielle étroite. Une telle approche est en décalage avec la réalité des pratiques cliniques, avec les objectifs de prévention portés par les politiques de santé, et avec la philosophie de la réforme infirmière de 2025.

Ces examens ne sont pas des instruments propres au sevrage tabagique. Ils constituent des outils de repérage, d'évaluation et d'orientation indispensables dans de nombreuses situations cliniques relevant de la prévention et du suivi infirmier.

2. Le tabac : un facteur de risque parmi d'autres, non un cadre clinique

Dans la pratique clinique quotidienne, la décision de prescrire une radiographie thoracique ou un bilan biologique cardio-métabolique ne découle pas de l'intention déclarée d'un patient d'arrêter de fumer. Elle repose sur une évaluation globale de la situation de santé, mettant en évidence notamment : des symptômes respiratoires persistants ou inexpliqués, une altération de l'état général, l'accumulation de facteurs de risque cardiovasculaires, un terrain métabolique à risque (surpoids, diabète, hypertension, sédentarité) ou une suspicion de pathologie silencieuse ou débutante.

Le tabagisme constitue indéniablement un déterminant majeur de santé, mais il n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres. En faire le cadre exclusif de prescription revient à opérer un contresens

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

clinique, en conditionnant l'accès aux outils de prévention et de dépistage à l'adhésion du patient à un programme spécifique.

5

Une telle restriction aboutit, de fait, à une situation paradoxale : une infirmière pourrait identifier des facteurs de risque cardiovasculaires ou respiratoires objectivables, mais ne disposerait des moyens de les documenter que si le patient s'inscrit dans une démarche de sevrage tabagique. Cette logique est incompatible avec les principes de prévention et d'égalité d'accès aux soins.

3. Cohérence avec les missions infirmières reconnues par la réforme de 2025

La loi du 27 juin 2025 et le décret du 24 décembre 2025 ont explicitement reconnu et renforcé les missions de la profession infirmière en matière de prévention primaire et secondaire, repérage et suivi des pathologies chroniques, identification des facteurs de risque et orientation des patients dans leur parcours de soins.

Ces missions ne se déplient pas dans des silos thématiques, mais dans une approche transversale de santé publique, centrée sur l'évaluation clinique, la continuité des soins et l'anticipation des risques. Créer un chapitre dédié à la prévention cardio-vasculaire et au repérage des risques métaboliques et respiratoires constitue la traduction réglementaire fidèle de ces missions. Il permet d'inscrire la prescription infirmière dans une logique cohérente avec les compétences reconnues, plutôt que de la cantonner à un rôle accessoire au sein d'un programme sectoriel.

4. Intérêt clinique et organisationnel d'un cadre élargi

Les maladies cardio-vasculaires et métaboliques demeurent parmi les premières causes de morbidité, de mortalité prématuée et de perte d'autonomie. Leur prévention repose largement sur le repérage précoce des facteurs de risque, souvent avant l'apparition de symptômes sévères.

Les infirmières, par leur présence de proximité, leur suivi longitudinal des personnes et leur rôle dans l'éducation à la santé, sont en première ligne pour identifier ces risques. Leur permettre de prescrire, à l'issue d'une évaluation clinique infirmière : une radiographie thoracique standard lorsqu'une situation respiratoire le justifie, ou un bilan biologique ciblé pour objectiver un risque cardiovasculaire ou métabolique, améliore la réactivité du système de soins, réduit les délais d'orientation et renforce la prévention effective.

Le repérage précoce des facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques ne peut être dissocié de l'évaluation de la fonction hépatique. Les atteintes hépatiques, en particulier la stéatose métabolique, sont fréquemment associées aux déséquilibres lipidiques, au diabète, à l'obésité et à certains traitements chroniques. Le bilan hépatique constitue ainsi un outil pertinent de prévention, permettant d'objectiver des anomalies souvent silencieuses, d'identifier des situations à risque et d'orienter précocement les personnes vers une prise en charge adaptée.

L'intégration de cet examen dans le champ de la prescription infirmière renforce la cohérence clinique du dispositif de prévention, en évitant une approche morcelée des risques et en favorisant une évaluation globale de l'état de santé.

D'un point de vue organisationnel, cette évolution contribue à fluidifier les parcours de soins, éviter des consultations médicales uniquement techniques, renforcer la pertinence des orientations vers le

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

médecin ou l'infirmière en pratique avancée et améliorer l'accès aux soins dans les territoires sous-dotés.

6

5. Sécurité des soins et garanties apportées par le dispositif proposé

La création d'un point dédié n'a pas pour objet d'élargir de manière indifférenciée le champ de prescription infirmière. Elle s'inscrit dans un cadre strictement défini, reposant sur :

- une évaluation clinique infirmière préalable ;
- une prescription justifiée par la situation clinique ;
- une orientation obligatoire vers un médecin ou une infirmière en pratique avancée en cas d'anomalie des résultats, de signe de gravité, d'aggravation ou d'incertitude diagnostique ;
- une traçabilité complète dans le dossier du patient et une intégration dans le parcours de soins.

Ces garanties assurent que la prescription infirmière demeure proportionnée, sécurisée et coordonnée, conformément aux principes posés par la réforme de 2025.

Maintenir ces prescriptions dans le seul chapitre du sevrage tabagique reviendrait à réduire la prescription infirmière à un instrument annexe d'une politique sectorielle, en contradiction avec la logique clinique de la réforme de 2025. Cet amendement participe ainsi à la construction d'un droit de prescription infirmière cohérent, opérationnel et pleinement inscrit dans une approche globale de santé publique.

Recommandation proposée : créer un point « Prévention cardio-vasculaire et repérage des risques métaboliques et respiratoires »

« Dans le cadre de la prévention, du dépistage et du suivi infirmier des facteurs de risque cardiovasculaires, métaboliques et respiratoires, l'infirmière est autorisée à prescrire :

- une radiographie thoracique standard lorsqu'elle est nécessaire à l'évaluation clinique d'une situation respiratoire ou à l'orientation du patient ;*
- un bilan biologique comprenant un bilan lipidique, une glycémie à jeun et une créatininémie, et un bilan hépatique (notamment ASAT, ALAT, gamma-GT), lorsqu'il est nécessaire au repérage ou au suivi de facteurs de risque cardiovasculaires ou métaboliques.*

Ces prescriptions sont réalisées à l'issue d'une évaluation clinique infirmière. L'infirmière oriente la personne vers un médecin ou une infirmière en pratique avancée en cas d'anomalie des résultats, de signe de gravité, d'aggravation clinique ou d'incertitude diagnostique. Les éléments d'évaluation, la justification de la prescription et les résultats sont tracés dans le dossier du patient et intégrés à son parcours de soins. »

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

7

3) Ajout d'un point « Adaptation des traitements à risque vital et prévention iatrogène »

Le projet d'arrêté est muet sur l'adaptation infirmière de deux traitements à enjeu vital immédiat, l'insuline et les antivitamines K (AVK).

Cette omission crée une incohérence majeure avec : la loi du 27 juin 2025, l'article L.4311-1 du Code de la santé publique et le décret du 3 février 2021.

Elle entretient une situation cliniquement dangereuse : des patients chroniques connus, suivis, stabilisés, attendent des ajustements simples fondés sur des données biologiques objectivables (glycémies, INR), pendant que les délais médicaux s'allongent.

Le décret de 2021 sur l'adaptation posologique reposait sur une logique ancienne :

- l'infirmière comme professionnelle délégataire ;
- la décision médicale comme seule source de légitimité ;
- le protocole comme garantie principale de sécurité.

La réforme infirmière de 2025 a changé la nature juridique de la profession. Elle a reconnu : la consultation infirmière, le diagnostic infirmier, le raisonnement clinique infirmier, et la capacité à prescrire des produits et examens adaptés à la situation clinique. La décision infirmière devient juridiquement une décision clinique autonome, et non plus une simple exécution encadrée.

Dans ce nouveau cadre, continuer à conditionner l'adaptation posologique de traitements à risque vital (insuline, AVK) à un exercice coordonné formalisé et à un protocole médical écrit devient incohérent, anachronique et contre-productif.

Une incohérence juridique manifeste en 2026

Aujourd'hui, l'arrêté en projet reconnaît déjà que l'IDE généraliste peut :

- prescrire des vaccins ;
- prescrire des antalgiques ;
- prescrire des examens biologiques ;
- prescrire des dispositifs médicaux lourds ;
- prescrire dans le cadre de la consultation infirmière.

Mais on lui refuserait la capacité d'ajuster une dose d'insuline à partir de glycémies connues, ou une dose d'AVK à partir d'une INR connue. C'est un contresens clinique et une rupture de logique réglementaire.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

8

L'analyse clinique infirmière est un cadre plus sûr que le protocole

Un protocole :

- ne couvre jamais toutes les situations réelles ;
- vieillit mal ;
- devient vite inadapté à des patients complexes ;
- favorise l'application mécanique.

À l'inverse, l'analyse clinique infirmière repose sur :

- l'évaluation globale de la personne ;
- la prise en compte du contexte ;
- la hiérarchisation des risques ;
- la réévaluation dynamique.

C'est exactement ce que la réforme 2025 a voulu reconnaître.

Un protocole est rigide, tandis que l'analyse clinique est adaptative. La sécurité des soins n'est pas garantie par un document signé une fois pour toutes. Elle est garantie par la compétence clinique, la traçabilité, la réévaluation, l'orientation en cas de doute ou de gravité.

Pour l'insuline, dans la vraie vie :

- l'infirmière lit les glycémies ;
- identifie hypoglycémies et hyperglycémies ;
- évalue les apports alimentaires, l'activité, l'observance ;
- sait reconnaître une situation dangereuse.

L'empêcher d'ajuster une dose minimale, c'est maintenir une fiction administrative et augmenter le risque réel pour le patient.

Pour les AVK, dans la vraie vie :

- l'infirmière lit l'INR ;
- sait reconnaître une valeur critique ;
- connaît la cible thérapeutique ;
- alerte déjà en cas de danger.

L'empêcher d'adapter une dose simple, c'est créer un délai iatrogène, et augmenter le risque hémorragique ou thrombotique.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

9

Recommandation proposée

« *L'infirmier généraliste est autorisé, à l'issue d'une évaluation clinique infirmière, à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée, lorsque cette adaptation est fondée sur des données cliniques et biologiques objectivables, et qu'elle relève de ses domaines de compétences. Cette adaptation est réalisée dans l'intérêt de la continuité et de la sécurité des soins.*

L'infirmier assure la traçabilité de sa décision, la réévaluation de la situation et l'orientation vers un médecin ou une infirmière en pratique avancée en cas de signe de gravité, d'instabilité clinique, de valeur biologique critique ou de doute sur la conduite à tenir.

Dans ce cadre :

- L'infirmier est autorisé à adapter la posologie de l'insuline pour un traitement déjà instauré, à partir des glycémies capillaires, des mesures interstitielles et, le cas échéant, des résultats de biologie médicale, lorsqu'il juge cette adaptation nécessaire à l'issue d'une évaluation clinique infirmière.

- L'infirmier est autorisé à prescrire l'INR, à adapter la posologie des antivitamines K pour un traitement déjà instauré, et à renouveler temporairement le traitement afin d'assurer la continuité thérapeutique, lorsque ces décisions sont fondées sur l'INR et sur une évaluation clinique infirmière. »

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

10

4) L'ajout du dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), CRP et albuminémie dans le cadre de la prévention et du traitement du pied diabétique**1. Enjeu clinique majeur du pied diabétique**

Le pied diabétique constitue l'une des complications les plus graves et les plus coûteuses du diabète. Il est à l'origine d'une morbidité élevée, d'une altération majeure de la qualité de vie et demeure la première cause d'amputation non traumatique. Sa prise en charge repose sur une approche globale, associant prévention, dépistage précoce, soins locaux, surveillance infectieuse, évaluation vasculaire et optimisation de l'équilibre glycémique.

Limiter la prescription infirmière, dans ce contexte, à une numération formule sanguine (NFS) et à un ionogramme sanguin revient à réduire la prise en charge biologique à une logique de complications aiguës (infection, déséquilibre hydro-électrolytique), sans agir sur les déterminants fondamentaux de l'évolution de la pathologie.

Une telle approche est aujourd'hui cliniquement insuffisante et scientifiquement dépassée au regard des connaissances actuelles sur le diabète et ses complications.

2. Le contrôle glycémique : déterminant central de la cicatrisation et du pronostic

Le pied diabétique n'est pas seulement une plaie chronique : il est l'expression d'un déséquilibre métabolique prolongé, associant hyperglycémie chronique, neuropathie et atteintes vasculaires. Le niveau de contrôle glycémique conditionne directement : la capacité de cicatrisation des tissus, le risque et la gravité des infections, la récidive des plaies, la progression vers des complications sévères, dont l'amputation.

Dans ce cadre, la mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) constitue l'indicateur de référence du contrôle glycémique. Elle reflète l'exposition moyenne au glucose sur plusieurs semaines et permet d'évaluer l'efficacité du traitement, d'anticiper les complications et d'adapter la stratégie thérapeutique.

À l'inverse, ni la NFS ni l'ionogramme ne permettent d'apprécier l'équilibre glycémique chronique. Leur utilité est réelle mais partielle, limitée à l'identification de situations intercurrentes ou de complications immédiates. Elles ne peuvent, à elles seules, fonder une stratégie de prévention et de suivi du pied diabétique.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26**3. Une incohérence avec les pratiques de terrain et les parcours de soins**

11

Dans les parcours de soins dédiés au pied diabétique, le dosage de l'HbA1c est aujourd'hui systématiquement réalisé. Il constitue un critère central de décision, tant pour l'ajustement des traitements que pour l'évaluation du pronostic et la coordination des soins entre les différents acteurs (médecins, infirmières, équipes spécialisées, structures hospitalières).

Exclure l'HbA1c du champ de prescription infirmière crée une rupture artificielle dans la continuité des prises en charge : l'infirmière assure le suivi clinique, la surveillance de la plaie, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient, elle identifie les signes de non-cicatrisation ou d'aggravation, mais elle ne disposerait pas de l'outil biologique essentiel pour objectiver le déséquilibre métabolique sous-jacent.

Cette situation génère des délais supplémentaires, multiplie les recours intermédiaires et nuit à la réactivité clinique, au détriment de la sécurité et de l'efficacité des soins.

4. Cohérence avec la réforme infirmière de 2025

La loi du 27 juin 2025 et le décret du 24 décembre 2025 ont profondément renouvelé le cadre de l'exercice infirmier. Dans ce nouveau cadre juridique, la prescription infirmière ne se limite plus à des actes techniques isolés. Elle est conçue comme une décision clinique fondée sur une évaluation globale de la situation de santé de la personne.

Appliquée au pied diabétique, cette logique conduit nécessairement à considérer que l'examen biologique « adapté à la situation clinique » n'est pas uniquement la NFS ou l'ionogramme, mais bien le dosage de l'HbA1c, qui permet d'agir sur la cause principale de la complication.

Ne pas intégrer l'HbA1c dans la liste des examens prescriptibles par l'infirmière revient à contredire l'esprit même de la réforme, en maintenant une vision restrictive et fragmentée de la prescription infirmière. Il ne s'agit pas d'élargir indûment le champ de compétences, mais de mettre en cohérence les outils de prescription avec les responsabilités cliniques déjà exercées par les infirmières auprès des patients diabétiques.

Recommandation proposée Compléter le point II. - Prévention et traitement de la plaie

« Prescription d'examens biologiques nécessaires à la prise en charge de la prévention et du traitement du pied diabétique, comprenant une numération formule sanguine (NFS), un ionogramme sanguin et le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) pour l'évaluation et le suivi de l'équilibre glycémique.

En cas de suspicion d'infection, d'examen clinique équivoque, de non-amélioration ou d'aggravation clinique, l'infirmière peut prescrire une CRP afin d'appuyer l'évaluation et l'orientation.

En cas de suspicion de dénutrition ou de fragilité (perte pondérale, dégradation de l'état général, plaie chronique non cicatrisante), l'infirmière peut prescrire une albuminémie dans le cadre du repérage et de l'orientation nutritionnelle. »

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

12

5) L'ajout d'un point : prescription du Glucagon

L'hypoglycémie sévère constitue une complication aiguë potentiellement mortelle du traitement du diabète, en particulier chez les personnes traitées par insuline. Elle se définit par l'incapacité de la personne à se traiter elle-même (altération de la conscience, troubles neurologiques, convulsions, coma), et impose une prise en charge immédiate. Dans ces situations, la fenêtre d'intervention est courte : le délai d'accès à un traitement de secours conditionne le pronostic.

Le glucagon est le médicament spécifiquement indiqué lorsque la personne ne peut pas ingérer de glucides par voie orale. L'enjeu principal est l'anticipation d'un risque vital connu, par la mise à disposition d'un médicament de secours simple d'utilisation, intégré au plan de soins.

La réforme de 2025 a consacré la consultation infirmière, le raisonnement clinique infirmier, la prévention et le suivi des personnes vivant avec une maladie chronique. Dans ce cadre, la prescription infirmière vise précisément les produits et examens nécessaires à la prise en charge infirmière, à la prévention et à la continuité des soins.

La prescription d'un glucagon de secours s'inscrit pleinement dans cette logique :

1. Prévention du risque vital : l'hypoglycémie sévère est une complication anticipable chez certaines personnes sous insuline (antécédents d'hypoglycémie sévère, hypoglycémies répétées, difficulté à reconnaître les signes, isolement, troubles cognitifs, etc.).
2. Continuité et sécurité : l'absence de glucagon disponible expose à une perte de chance évitable, en attendant l'intervention médicale.
3. Rôle infirmier central : l'infirmière est déjà en première ligne pour l'éducation thérapeutique, l'évaluation des risques, l'organisation du plan d'action en cas d'urgence et la coordination du parcours.

L'accès au glucagon est considéré comme un enjeu de santé publique et de sécurité, justifiant des mécanismes permettant de contourner les délais et obstacles d'obtention d'une prescription médicale, dès lors que le cadre est balisé et la formation assurée.

Autoriser l'infirmière à prescrire du glucagon comme médicament de secours pour les personnes sous insuline est une mesure alignée sur les pratiques de sécurité observées à l'international, et répond à un objectif prioritaire : réduire une perte de chance évitable liée aux hypoglycémies sévères, en garantissant l'accès à un traitement recommandé, et utilisable en urgence.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

13

Recommandation proposée

« Prescription du traitement de secours destiné à la prise en charge d'une hypoglycémie sévère (Glucagon) chez les personnes traitées par insuline, lorsqu'il est nécessaire à la sécurité du patient et à la continuité des soins.

Cette prescription est réalisée à l'issue d'une évaluation clinique infirmière, comprend l'information du patient et de son entourage sur les modalités d'utilisation, et donne lieu à traçabilité dans le dossier.

En cas d'hypoglycémie sévère, l'infirmier ou l'infirmière déclenche une orientation vers une prise en charge médicale urgente selon les procédures en vigueur. »

6) L'ajout d'un point : Renouvellement à l'identique de certaines prescriptions

1. Un contexte démographique qui fragilise la continuité des soins

Le système de santé français est confronté à une dégradation durable de la démographie médicale. La baisse du nombre de médecins disponibles, conjuguée à un vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et à la complexification des parcours, entraîne une tension croissante sur l'accès aux soins.

Dans de nombreux territoires, les délais d'obtention d'un rendez-vous médical se comptent désormais en semaines, voire en mois. Cette situation concerne tout particulièrement les zones sous-dotées, mais elle s'observe également dans des territoires jusqu'alors considérés comme attractifs. Elle est accentuée par des indisponibilités ponctuelles mais fréquentes des praticiens (congés, arrêts maladie, départs non remplacés), qui désorganisent la continuité du suivi des patients.

Dans ce contexte, des prescriptions pourtant stables, nécessaires et déjà instaurées se trouvent interrompues non pas pour des raisons cliniques, mais pour des raisons organisationnelles. Cette rupture du traitement constitue une perte de chance évitable pour les patients et un facteur de désorganisation supplémentaire pour le système de soins.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26**2. Une rupture de soins souvent administrative, sans justification clinique**

14

Dans la majorité des situations concernées, le renouvellement demandé porte sur des traitements :

- connus du patient ;
- déjà évalués et stabilisés ;
- ne nécessitant pas de réévaluation médicale immédiate ;
- intégrés dans un plan de soins suivi.

L'impossibilité de renouveler ces prescriptions à l'identique ne repose pas sur un risque clinique identifié, mais sur l'absence temporaire ou durable du prescripteur initial. Cette situation conduit à des conséquences bien documentées :

- interruptions de traitement chez des patients chroniques ;
- recours inadapté aux urgences ou aux soins non programmés ;
- aggravation de l'état de santé par défaut de continuité thérapeutique ;
- surcharge de consultations médicales dédiées à des actes purement administratifs.

Dans un système sous tension, maintenir une exigence de renouvellement exclusivement médical pour des prescriptions stables revient à mobiliser une ressource rare sur des tâches à faible valeur ajoutée clinique.

3. Une réponse proportionnée : le renouvellement à l'identique, strictement encadré

L'autorisation du renouvellement à l'identique de certaines prescriptions ne constitue ni une extension indifférenciée des compétences, ni un transfert de responsabilité thérapeutique. Il s'agit d'une mesure de continuité, ciblée et proportionnée, répondant à un besoin clairement identifié.

Le dispositif envisagé repose sur plusieurs principes structurants :

- Absence de modification thérapeutique : le renouvellement est strictement à l'identique, sans changement de molécule, de dosage ou de schéma.
- Cadre limité : il s'applique lorsque la continuité des soins est compromise par l'indisponibilité du praticien prescripteur, notamment en zones sous-dotées, en cas d'absence temporaire (congés, arrêt), ou de délai excessif d'accès à un médecin.
- Temporalité bornée : le renouvellement vise à couvrir une période limitée à un mois, permettant d'assurer la transition jusqu'à une réévaluation médicale.
- Traçabilité et information : toute décision est consignée dans le dossier du patient et portée à la connaissance du prescripteur habituel ou du médecin traitant lorsque cela est possible.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

Ce cadre garantit que le renouvellement à l'identique demeure un outil de sécurisation du parcours, et non un mode autonome de prescription.

15

4. Cohérence avec les évolutions récentes du cadre infirmier

La réforme de 2025 a profondément réaffirmé le rôle de la profession infirmière dans la continuité des soins, le suivi des patients et la coordination des parcours. Elle reconnaît explicitement :

- la consultation infirmière ;
- l'évaluation clinique infirmière ;
- la capacité à adapter certaines prises en charge dans un cadre défini ;
- la responsabilité professionnelle dans la prévention des ruptures de soins.

Dans ce cadre, permettre le renouvellement à l'identique de prescriptions déjà instaurées s'inscrit pleinement dans les missions reconnues à la profession infirmière. Il ne s'agit pas de poser un diagnostic médical, ni de modifier une stratégie thérapeutique, mais de prévenir une interruption de traitement dont les conséquences peuvent être cliniquement significatives.

Cette évolution est cohérente avec l'objectif poursuivi par le législateur : renforcer l'efficience du système de soins en s'appuyant sur les compétences existantes, au plus près des patients.

5. Un levier d'efficience et de sécurité pour le système de santé

Sur le plan organisationnel, l'autorisation encadrée du renouvellement à l'identique présente plusieurs bénéfices majeurs :

- Diminution des passages aux urgences ou aux soins non programmés liés à des ruptures de traitement évitables ;
- Amélioration de l'observance thérapeutique, facteur déterminant dans la prise en charge des maladies chroniques ;
- Sécurisation des parcours de soins, notamment pour les patients les plus vulnérables ou isolés.

Il s'agit d'une mesure pragmatique, immédiatement opérationnelle, qui répond à un enjeu de santé publique sans créer de risque nouveau lorsqu'elle est strictement encadrée.

6. Une approche fondée sur la responsabilité et la traçabilité

Loin de diminuer les exigences de sécurité, le dispositif proposé les renforce. En conditionnant le renouvellement à l'identique à des critères explicites, à une évaluation clinique préalable et à une traçabilité systématique, il responsabilise pleinement les professionnels impliqués.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

Il permet également de mieux documenter les situations de tension d'accès aux soins, en objectivant les recours au renouvellement à l'identique comme indicateur de dysfonctionnement organisationnel du territoire.

16

Face aux enjeux actuels de démographie médicale, ne pas envisager de mécanismes de continuité adaptés reviendrait à accepter des ruptures de soins évitables, au détriment des patients et de l'efficience du système.

L'autorisation encadrée du renouvellement à l'identique de certaines prescriptions constitue une réponse pragmatique, proportionnée et sécurisée. Elle ne modifie pas l'équilibre des responsabilités cliniques, mais permet d'assurer la continuité du parcours de soins dans des situations où l'obstacle est organisationnel et non médical.

Cette évolution s'inscrit pleinement dans l'esprit des réformes récentes : mieux utiliser les compétences existantes, sécuriser les parcours, et garantir l'accès effectif aux soins, y compris dans les contextes de tension durable sur la ressource médicale.

Recommandation proposée :

« Afin de garantir la continuité du parcours de soins, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé(e) à renouveler à l'identique, pour une durée maximale d'un mois, une prescription médicale en cours, lorsque celle-ci a été préalablement établie par un médecin et que son interruption expose la personne à un risque pour sa santé.

Ce renouvellement est réalisé sans modification de la molécule, du dosage, de la posologie ou des modalités d'administration.

Il est conditionné à l'indisponibilité temporaire du prescripteur habituel ou à des délais d'accès incompatibles avec la continuité des soins, notamment dans les zones caractérisées par une offre médicale insuffisante.

Les médicaments soumis à ordonnance sécurisée sont exclus de ce dispositif.

La décision de renouvellement donne lieu à une traçabilité dans le dossier de la personne et à l'information du médecin traitant ou du prescripteur initial, lorsqu'il est identifiable. »

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

17

**7) L'ajout d'un point à la liste du « III. santé sexuelle »
prescription du dosage plasmatique de la bêta-HCG**

« Prescription de test de grossesse sanguin, comprenant le dosage plasmatique de la bêta-HCG, à des fins de confirmation et de datation de grossesse. »

Exposé des motifs

La proposition de loi relative à la profession infirmière vise à renforcer l'accès aux soins, à simplifier les parcours de santé et à reconnaître pleinement le rôle des infirmières et infirmiers dans les domaines de la prévention, de la santé sexuelle et reproductive et de l'accompagnement des personnes.

La confirmation et la datation précoce d'une grossesse constituent une étape essentielle du parcours de soins des femmes. Elles conditionnent l'accès rapide à un suivi médical adapté, à l'information sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à la mise en œuvre des choix éclairés concernant la poursuite ou non de la grossesse.

Aujourd'hui, l'accès au dosage plasmatique de la bêta-HCG nécessite systématiquement une prescription médicale, ce qui peut entraîner des délais supplémentaires, notamment dans un contexte de difficultés d'accès aux soins et de démographie médicale tendue. Ces délais peuvent retarder l'entrée dans le parcours de suivi de grossesse ou l'orientation vers un professionnel spécialisé.

Les infirmières et infirmiers, notamment dans le cadre de consultations de santé sexuelle, de prévention et d'éducation à la santé, sont des interlocuteurs de premier recours pour de nombreuses femmes. Ils sont en mesure d'évaluer la situation, d'accompagner la demande, d'apporter une information claire et de sécuriser les premières étapes du parcours de soins.

Le présent amendement vise à permettre la prescription par l'infirmière ou l'infirmier du test de grossesse sanguin par dosage de la bêta-HCG, à des fins de confirmation et de datation de grossesse. Cette mesure contribue à la simplification des parcours de santé et permet aux femmes de se présenter chez leur médecin ou auprès d'un spécialiste avec l'assurance de la grossesse et une première datation, facilitant ainsi une prise en charge plus rapide et plus efficiente.

Cette évolution s'inscrit pleinement dans les objectifs de la loi « profession infirmière », en renforçant l'accès aux soins, l'autonomie des femmes, la fluidité des parcours en santé sexuelle et reproductive et la complémentarité entre les professionnels de santé, sans se substituer au suivi médical indispensable tout au long de la grossesse.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

18

8) L'ajout du point « Prévention des complications médicales et promotion de l'activité physique »

« Dans le cadre d'une consultation infirmière à visée préventive et en l'absence de pathologie diagnostiquée, l'infirmière ou l'infirmier est autorisé à prescrire de l'activité physique adaptée afin de favoriser la reprise ou le maintien d'une activité physique chez :

- les personnes identifiées comme sédentaires ;
- les personnes les plus à risque de complications médicales ;
- les personnes en surcharge pondérale ou en situation d'obésité ;
- les personnes en situation d'isolement social et/ou de mal-être ;
- les personnes en perte d'autonomie ;
- les personnes engagées dans une démarche de sevrage.

L'infirmière ou l'infirmier peut également prescrire une orientation vers les maisons sport-santé ou en favoriser l'accès.

Pour les personnes atteintes d'une pathologie, sauf avis médical contraire et après une nouvelle évaluation clinique, l'infirmière ou l'infirmier peut renouveler et/ou adapter une prescription médicale d'aide à la pratique d'une activité physique ou sportive »

Exposé des motifs

La proposition de loi relative à la profession infirmière vise à reconnaître pleinement le rôle propre des infirmières et infirmiers, à renforcer leurs compétences en matière de prévention et de promotion de la santé, et à améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Dans ce cadre, la lutte contre la sédentarité et la promotion de l'activité physique constituent un enjeu majeur de santé publique, directement en lien avec les objectifs portés par ce texte.

La sédentarité est aujourd'hui identifiée comme un facteur déterminant de nombreuses pathologies chroniques, de la perte d'autonomie, de l'isolement social et de la dégradation de la santé mentale. La prévention de ces situations repose notamment sur des actions précoces, régulières et de proximité, au plus près des personnes et de leurs conditions de vie. Les infirmières et infirmiers, par leur formation, leur expertise clinique, leur rôle d'éducation à la santé et leur suivi global des personnes, sont des acteurs essentiels de cette prévention.

Le présent amendement s'inscrit pleinement dans l'esprit de la proposition de loi « profession infirmière » en reconnaissant la capacité des infirmières et infirmiers à prescrire de l'activité physique adaptée dans le cadre d'une consultation infirmière à visée préventive, en l'absence de pathologie diagnostiquée. Cette compétence relève du rôle propre infirmier et contribue à la prévention des

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

complications médicales, à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, ainsi qu'au maintien de l'autonomie des personnes.

19

Il permet également aux infirmières et infirmiers de prescrire ou de favoriser l'orientation vers les maisons sport-santé, renforçant ainsi l'articulation entre le système de soins, les dispositifs de prévention et les acteurs du sport-santé, conformément aux objectifs de décloisonnement et de coordination des parcours portés par la loi.

Par ailleurs, pour les personnes atteintes d'une pathologie, cet amendement autorise, sauf avis médical contraire et après une nouvelle évaluation clinique, le renouvellement ou l'adaptation par l'infirmière ou l'infirmier d'une prescription médicale d'activité physique. Cette disposition garantit la continuité des soins, sécurise les parcours, et optimise le temps médical, dans une logique de coopération interprofessionnelle et de complémentarité avec le médecin.

En reconnaissant et en encadrant cette compétence, la proposition contribue à une meilleure utilisation des compétences infirmières, à une organisation plus efficiente du système de santé, et à la mise en œuvre concrète des ambitions de la loi « profession infirmière » en matière de prévention, de proximité et d'accès aux soins pour toutes et tous.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26**9) L'ajout du point « Prescription de médicaments d'usage courant dans le cadre de la consultation infirmière »**

20

« Dans le cadre d'une consultation infirmière à visée préventive, thérapeutique ou d'éducation à la santé, et pour la prévention ou la prise en charge de troubles fonctionnels ne relevant pas d'une pathologie diagnostiquée, l'infirmière ou l'infirmier diplômé d'État est autorisé à prescrire les médicaments d'usage courant/non listés accessibles sans ordonnance en pharmacie.

Cette prescription s'inscrit dans le champ des compétences infirmières, sans préjudice d'une orientation vers un médecin lorsque la situation clinique le nécessite. »

Exposé des motifs

L'automédication constitue en France une pratique largement répandue, qui, si elle peut répondre à des besoins ponctuels, soulève également des enjeux majeurs de santé publique. Mésusage des médicaments, interactions médicamenteuses, surdosages, retards de prise en charge médicale ou banalisation de symptômes pouvant relever d'une pathologie sont autant de risques identifiés par les autorités sanitaires.

Dans ce contexte, la loi relative à la profession infirmière est venue renforcer les compétences des infirmières et infirmiers en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'accompagnement des patients, afin de sécuriser les parcours de soins et de promouvoir un usage approprié des produits de santé. Les infirmières, par leur formation, leur expertise clinique et leur proximité avec les populations, jouent un rôle déterminant dans l'accompagnement des personnes confrontées à des troubles fonctionnels ne relevant pas d'une pathologie diagnostiquée, tels que douleurs bénignes, troubles digestifs, troubles du sommeil, manifestations transitoires ou inconforts fonctionnels. Ces situations conduisent fréquemment à une automédication non encadrée, parfois inadaptée ou à risque.

Le présent amendement vise à reconnaître et à encadrer la capacité des infirmières et infirmiers à prescrire, dans le cadre d'une consultation infirmière à visée préventive, thérapeutique ou d'éducation à la santé, les médicaments d'usage courant accessibles sans ordonnance en pharmacie. Cette possibilité permet de substituer à une automédication non accompagnée une démarche sécurisée, fondée sur une évaluation infirmière, des conseils adaptés et une information éclairée du patient.

En intégrant la prescription de ces médicaments dans la consultation infirmière, l'arrêté reconnaît le rôle éducatif et préventif des infirmières et infirmiers, tout en contribuant à la réduction des risques liés au mésusage des médicaments. Elle favorise également un meilleur accès à des conseils de santé de qualité, notamment dans les territoires confrontés à des difficultés d'accès aux soins médicaux.

Cette mesure s'inscrit dans une logique de santé publique, de prévention et de responsabilité, en valorisant l'accompagnement infirmier comme alternative sécurisée à l'automédication, et en affirmant la place de la profession infirmière comme un acteur de la promotion du bon usage du médicament.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

21

10) Suppression de la mention « à l'identique » dans la prescription et le renouvellement du matériel de surveillance glycémique**1. Une rédaction actuelle devenue inadaptée aux réalités cliniques et technologiques**

Le projet d'arrêté prévoit la « *prescription et le renouvellement à l'identique du matériel pour la surveillance glycémique et accessoires pour lecteur de glycémie* ».

Si cette formulation a pu répondre, dans un cadre antérieur, à un objectif de sécurité et de limitation du périmètre de prescription, elle apparaît aujourd'hui inadaptée aux évolutions rapides des technologies de suivi glycémique et aux principes mêmes de la réforme infirmière de 2025.

La surveillance glycémique n'est plus un champ figé. Elle connaît des innovations constantes : lecteurs plus performants, capteurs de mesure en continu, systèmes hybrides, dispositifs simplifiés pour les personnes âgées ou en situation de handicap, interfaces numériques facilitant l'éducation thérapeutique et l'autonomie. Enfermer la prescription infirmière dans un strict « renouvellement à l'identique » revient à figer des choix techniques qui devraient, au contraire, pouvoir évoluer au rythme des besoins cliniques et des progrès technologiques.

2. Le matériel de surveillance glycémique : un outil clinique, pas un consommable neutre

Le matériel de surveillance glycémique ne constitue pas un simple accessoire interchangeable. Il est un outil clinique à part entière, qui conditionne la qualité des mesures, l'adhésion du patient au suivi, la capacité d'autogestion du traitement pour la prévention des hypoglycémies et des déséquilibres prolongés.

Un dispositif inadapté à la personne (difficultés visuelles, troubles cognitifs, dextérité limitée, isolement social, faible littératie en santé) peut entraîner des erreurs de mesure, une baisse de l'observance, voire un abandon du suivi glycémique. À l'inverse, l'accès à un matériel plus ergonomique ou mieux adapté peut transformer la qualité du suivi sans modifier le traitement lui-même. Limiter l'infirmière à un renouvellement « à l'identique » empêche toute réévaluation clinique du matériel, pourtant indissociable du suivi infirmier.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

22

3. Une contradiction avec la démarche clinique infirmière reconnue par la réforme de 2025

Avec la loi du 27 juin 2025 et le décret du 24 décembre 2025, la prescription infirmière n'est plus conçue comme un acte technique isolé, mais comme une décision clinique intégrée, fondée sur l'évaluation des besoins, des capacités et des préférences de la personne.

Maintenir la mention « à l'identique » dans la prescription du matériel de surveillance glycémique revient à nier cette démarche clinique. Cela revient à considérer que le choix du dispositif est figé une fois pour toutes, indépendamment de l'évolution de la situation clinique, des capacités de la personne ou des innovations disponibles.

4. Intégrer les évolutions technologiques : un enjeu de qualité et de sécurité des soins

L'innovation technologique dans le domaine de la surveillance glycémique est rapide et continue. De nouveaux dispositifs permettent une réduction des gestes invasifs, une meilleure détection des hypoglycémies, une amélioration de l'adhésion au suivi et une diminution des erreurs de mesure.

Empêcher l'infirmière d'intégrer ces évolutions dans le cadre de la prescription revient à retarder l'accès des patients à des outils plus performants, sans justification clinique ou scientifique.

Cette évolution ne concerne pas le choix du traitement médicamenteux, mais l'outil de suivi, domaine dans lequel l'infirmière dispose d'une expertise reconnue.

5. La coconstruction avec la personne : un principe central du suivi des maladies chroniques

La prise en charge du diabète repose largement sur l'implication active de la personne. Le choix du matériel de surveillance glycémique doit donc s'inscrire dans une démarche de coconstruction, prenant en compte les capacités de la personne, ses préférences, son mode de vie et son environnement social et familial.

L'infirmière joue un rôle central dans cette coconstruction, à travers l'éducation thérapeutique, l'accompagnement au long cours et l'ajustement des outils de suivi. La mention « à l'identique » constitue un obstacle réglementaire à cette approche partenariale, pourtant au cœur des politiques de santé actuelles.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

23

11) L'ajout du sous-point h) au « VII dispositifs médicaux génériques » pour le matériel de levage et d'aide à la déambulation**« h) matériel de levage et d'aide à la déambulation »**

Les troubles de la mobilité, les limitations fonctionnelles et les risques de chute constituent aujourd’hui des enjeux majeurs de santé publique, en particulier chez les personnes âgées, les personnes vivant avec une maladie chronique, un handicap ou une perte d’autonomie transitoire ou durable.

La prévention des chutes, la sécurisation des transferts et le maintien de la mobilité conditionnent directement : la sécurité des personnes soignées, la prévention des complications (fractures, escarres, perte d’autonomie accélérée), la qualité de vie et le maintien à domicile.

Le matériel de levage (lève-malade, verticalisateur) et les aides à la marche, en particulier le déambulateur, constituent des outils essentiels de cette prévention. Leur mise en place relève d’une évaluation clinique fine des capacités fonctionnelles, de l’environnement et des risques, au cœur des compétences infirmières.

L’absence ou le retard de mise en place de matériel de levage n’affecte pas uniquement les personnes soignées. Il expose également les soignants à des risques professionnels majeurs, notamment les troubles musculo-squelettiques liés aux manutentions manuelles.

Le choix d’un déambulateur ou d’un dispositif de levage ne peut être standardisé. Il doit être coconstruit avec la personne soignée et, le cas échéant, avec ses aidants, en tenant compte des capacités réelles, de l’acceptabilité du dispositif, de l’environnement de vie, et de l’évolution prévisible de la situation.

L’infirmière, par sa proximité et son suivi longitudinal, est la professionnelle la mieux placée pour ajuster ces dispositifs dans le temps, en lien avec les autres acteurs du parcours (médecin, ergothérapeute, kinésithérapeute).

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

24

12) L'ajout du point : pose d'un dispositif de rapprochement cutané

« Pose de dispositifs de rapprochement cutané de type Steri-Strip® ou équivalents, pour la prise en charge de plaies superficielles simples, non compliquées, après évaluation clinique infirmière.

Cette prise en charge concerne les plaies propres, peu profondes, non hémorragiques, sans signe d'infection, ne nécessitant ni suture chirurgicale ni anesthésie locale.

L'infirmier ou l'infirmière oriente la personne vers un médecin en cas de doute sur la profondeur de la plaie, de plaie complexe, de signe d'infection, de saignement persistant ou de risque fonctionnel ou esthétique.

L'acte est tracé dans le dossier de la personne et intégré à son parcours de soins. »

Exposé des motifs

La prise en charge des plaies superficielles simples fait partie des situations cliniques les plus fréquentes en soins de premier recours. Les dispositifs de rapprochement cutané de type Steri-Strip® constituent une alternative reconnue, sûre et efficace aux sutures pour des plaies peu profondes, propres et non compliquées, lorsqu'elles sont correctement indiquées.

Dans la pratique quotidienne, les infirmières évaluent déjà ces plaies, assurent leur nettoyage, leur protection et leur surveillance. La pose de dispositifs de rapprochement cutané relève d'un geste technique simple, fondé sur une appréciation clinique de la plaie, et ne nécessite ni acte médical invasif ni anesthésie. Ne pas reconnaître explicitement cette possibilité conduit à des orientations médicales inutiles, à des délais de prise en charge et à une surcharge évitable des consultations et des services d'urgence.

L'autorisation explicite de la pose de Steri-Strip® par l'infirmière s'inscrit pleinement dans la réforme de 2025, qui reconnaît la consultation infirmière, le raisonnement clinique et le rôle de premier recours de la profession. Elle permet une prise en charge rapide, sécurisée et proportionnée, tout en garantissant une orientation médicale dès lors que la situation dépasse le cadre des plaies simples.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

25

13) L'ajout du point : « X. Soins de premier recours »**« a) Dépistage des maladies infectieuses**

Dans le cadre de son exercice à visée de dépistage ou de surveillance clinique, l'infirmière ou l'infirmier diplômé d'État est autorisé à prescrire et à réaliser des prestations de dépistage des maladies infectieuses par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou par dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

Ces prestations de dépistage concernent notamment :

- *les infections urinaires de type cystite ;*
- *les angines ;*
- *les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.*

b) Prescription thérapeutique à l'issue d'un dépistage

À l'issue des résultats des tests mentionnés au précédent alinéa, et lorsque ceux-ci sont concluants, l'infirmière ou l'infirmier diplômé d'État est autorisé à prescrire les thérapeutiques adaptées à ces situations, dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues, notamment :

- *une antibiothérapie, lorsque la situation clinique le justifie ;*
- *une prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP).*

Cette prescription s'inscrit dans une prise en charge de premier recours et ne fait pas obstacle à une orientation médicale lorsque la situation clinique le nécessite. »

Exposé des motifs

Les tests rapides d'orientation diagnostique sont, par nature législative, des outils de dépistage et d'orientation exclus du champ des examens de biologie médicale. Leur utilisation par des professionnels de santé non médecins est déjà reconnue par le code de la santé publique dans une logique de prévention et d'accès aux soins. L'ouverture de ces compétences aux infirmières et infirmiers s'inscrit donc dans une continuité juridique (et non dans une rupture).

La proposition de loi relative à la profession infirmière vise à renforcer les soins de premier recours et à améliorer l'accès effectif aux soins.

**Avis du CNPI sur l'Arrêté fixant la liste des produits de santé et examens complémentaires que les infirmiers diplômés d'Etat sont autorisés à prescrire**Avis
04.02.26

26

Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), en tant que dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, permettent une orientation rapide de la prise en charge sans constituer un diagnostic médical. Ils sont déjà largement mobilisés dans des stratégies de prévention et de dépistage, notamment auprès de populations éloignées du système de soins.

Les infirmières et infirmiers interviennent quotidiennement au plus près des personnes, en particulier au domicile des patients, auprès de personnes âgées ou à mobilité réduite, ainsi qu'au sein de structures associatives de prévention. Pour ces publics, comme par exemple pour les personnes âgées à domicile, l'accès à une pharmacie ou à un médecin afin de réaliser un dépistage ou d'obtenir rapidement un traitement, notamment en cas de cystite ou d'angine, peut s'avérer matériellement ou physiquement impossible, entraînant des retards de prise en charge et des ruptures de soins alors qu'une infirmière ou un infirmier se rend régulièrement à leur domicile.

Le présent amendement permet aux infirmières et infirmiers, dans le cadre des soins de premier recours, de prescrire et de réaliser des TROD ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, puis, à l'issue des résultats, d'assurer la prescription des thérapeutiques adaptées, notamment une antibiothérapie ou une prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP).

Cette évolution vise à simplifier les parcours, à réduire les inégalités d'accès aux soins et à sécuriser la prise en charge de situations cliniques courantes. Elle s'inscrit dans une logique de complémentarité interprofessionnelle, en cohérence avec les compétences déjà reconnues aux pharmaciens d'officine pour des actes comparables.

Cette proposition renforce l'efficience des soins de premier recours et le rôle des infirmières et infirmiers comme acteurs de proximité de la prévention et de la santé publique.