

Paris, le 27 mars 2026

PROFESSION INFIRMIERE ET PRATIQUE AVANCEE A L'ISSUE DE LA LOI N° 2025-581 DU 27 JUIN 2025 : ANALYSE JURIDIQUE DE LA NOUVELLE ECONOMIE DU DISPOSITIF

SYNTHESE

- *La loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 et le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 modifient sensiblement le cadre applicable à la profession infirmière. Cette réforme conduit, d'une part, à une redéfinition du **métier socle** autour de missions et de compétences plus larges. Elle conduit, d'autre part, à une réorganisation de la **pratique avancée** qui se présente comme un dispositif désormais structuré autour de **deux régimes distincts**.*
- *Le **métier socle** constitue désormais le **cadre commun d'exercice** de la profession infirmière. L'article L. 4311-1 du CSP redéfinit la profession infirmière autour de **missions** et non plus seulement autour d'une énumération d'actes, comprenant notamment les soins infirmiers, la **consultation infirmière**, le **diagnostic infirmier**, la **prescription** de produits de santé et d'exams complémentaires nécessaires à l'exercice de la profession, la **coordination** du parcours de santé, la participation aux soins de premier recours dans le cadre du rôle propre, en accès direct, ainsi que la prévention, la formation et la recherche. Le décret du 24 décembre 2025 décline cette évolution en précisant les activités et compétences correspondantes. Il en résulte que le métier socle peut être regardé comme un **socle professionnel substantiellement enrichi**, appelé à bénéficier à l'ensemble des infirmiers, y compris à ceux exerçant en pratique avancée, que ce soit celle « dite de plein exercice » ou celle « dite dérogatoire ».*
- *La réforme définit parallèlement **deux régimes distincts de pratique avancée infirmière**. Le premier, dit « de plein exercice », correspondant au régime en vigueur dès avant la loi de 2025, demeure organisé autour de l'article L. 4301-1 du CSP et du I de l'article L. 4301-2 du même code. Il repose sur un **cadre normatif complet**, structuré autour d'un diplôme d'État spécifique, de domaines d'intervention identifiés, de compétences cliniques élargies, de facultés de prescription, de renouvellement et d'adaptation de prescriptions, ainsi que d'un **accès direct** propre à la pratique avancée dans certains cadres d'exercice. Ce régime constitue ainsi, par rapport au métier socle, un **niveau d'exercice approfondi**, notamment caractérisé par une autonomie clinique plus importante.*
- *Le second régime, dit « dérogatoire », consacré par le III de l'article L. 4301-2 du CSP, procède d'une logique différente. Il ouvre la possibilité d'un exercice en pratique avancée pour les **infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs**, mais selon des **modalités propres à leur spécialité**. Il ne s'agit donc pas d'une extension du régime applicable aux infirmiers en pratique avancée relevant du titre Ier, mais d'une **pratique avancée relevant d'un second régime**, dit « dérogatoire », adossée à des spécialités préexistantes. Les travaux préparatoires montrent, à cet égard, que le législateur a entendu reconnaître et valoriser juridiquement un niveau d'exercice déjà regardé comme, au moins pour partie, avancé, sans pour autant dissoudre les spécialités dans le pratique avancée du premier régime visé à l'article L. 4301-1 du CSP et du I de l'article L. 4301-2 du même code.*

- *La différence entre ces deux régimes tient non seulement à l'étendue des compétences reconnues, mais aussi à leur **mode de construction normative**. Le premier régime bénéficie d'un bloc de compétences, de prescriptions et d'accès direct propre à la pratique avancée, visée au I de l'article L. 4301-2 du CSP, elle-même. Le second, en revanche, ne paraît pas disposer, en l'état des textes publiés, d'un cadre aussi autonome et complet. En matière d'**accès direct**, le premier régime bénéficie d'un accès direct propre à la pratique avancée, organisé par l'article L. 4301-2, II du CSP et précisé par le décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025. Le second régime ne paraît pas disposer, à ce stade, d'un mécanisme équivalent propre à la pratique avancée des spécialités. Les infirmiers qui en relèvent peuvent, en revanche, se prévaloir, comme infirmiers, de l'accès direct de droit commun attaché au métier socle. La même observation vaut en matière de **prescription**. Le premier régime comprend un cadre de prescription propre, autonome et détaillé. Le second ne bénéficie pas, en l'état, d'un bloc autonome de prescriptions propre à la pratique avancée visé au III de l'article L. 4301-2 du CSP, mais seulement des prérogatives attachées au métier socle, auxquelles s'ajoutent, le cas échéant, les compétences propres de la spécialité concernée.*
- *L'**exercice en spécialité** doit, pour sa part, être distingué tant du métier socle que de la pratique avancée du premier régime. Il constitue une **modalité particulière d'exercice** de la profession infirmière, reposant sur une formation complémentaire, un diplôme propre et des compétences spécialisées correspondant à un champ d'intervention déterminé. Par exemple, s'agissant des **infirmiers anesthésistes**, là où le métier socle repose sur des compétences générales communes à l'ensemble de la profession, la spécialité comporte des attributions particulières liées à la technicité de l'activité et aux exigences propres de sécurité des soins, telles que l'anesthésie générale, certaines anesthésies loco-régionales, la réanimation per-opératoire, la prise en charge de la douleur postopératoire par certaines techniques ou certains transports interhospitaliers. La spécialité vient donc **s'ajouter** au métier socle en conférant à l'infirmier un champ d'intervention plus spécialisé.*
- *L'articulation entre **spécialité infirmière** et **pratique avancée reconnue aux spécialités** demeure, à ce stade, partiellement inachevée. Sur le plan législatif, une distinction subsiste entre la spécialité elle-même et l'exercice en pratique avancée qui peut lui être reconnu. Sur le plan réglementaire, cette distinction apparaît toutefois d'ores et déjà très atténuée pour les **infirmiers anesthésistes**, qui constituent à ce jour la seule spécialité ayant fait l'objet d'une mise en œuvre spécifique. Le décret du 24 décembre 2025 a, dans cette perspective et pour l'essentiel, pour effet, s'agissant de ces derniers, de rattacher à la pratique avancée des compétences qui existaient déjà avant la réforme et qui étaient jusqu'alors attachées à la spécialité d'infirmier anesthésiste. Pour cette seule spécialité, la réforme paraît donc emporter davantage une **qualification juridique nouvelle** d'attributions préexistantes qu'une transformation matérielle immédiate des compétences. Il demeure toutefois difficile de se prononcer de manière définitive sur la portée concrète de cette distinction, dès lors que la mise en œuvre réglementaire reste, à ce jour, **partielle**.*
- *Enfin, l'introduction, à l'article L. 4301-1 du CSP, de la possibilité de définir certains domaines d'intervention selon une **approche populationnelle** doit être appréhendée comme une **habilitation législative ouverte pour l'avenir**. Cette évolution n'a pas, par elle-même, modifié les domaines d'intervention existants ni les mentions du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Elle ouvre, en revanche, au pouvoir réglementaire la faculté de faire évoluer ultérieurement l'architecture de la pratique avancée, en redéfinissant, le cas échéant, certains domaines d'intervention selon une logique populationnelle. À notre connaissance, le pouvoir réglementaire ne s'est pas encore saisi de cette faculté.*

* *

*

Vous nous avez interrogés dans le contexte de la réforme récente de la profession infirmière, issue de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier¹ et du décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier², et plus particulièrement dans la perspective des travaux annoncés relatifs à la **réingénierie du diplôme de la profession d'infirmier en pratique avancée**.

Cette loi procède à une **refonte du cadre juridique de la profession infirmière**, en redéfinissant notamment le **métier socle à partir de ses missions**, en réorganisant les **niveaux d'exercice infirmier** et en modifiant, à plusieurs égards, l'**architecture de la pratique avancée**. Elle ouvre, en particulier, la possibilité d'un exercice en pratique avancée pour les **infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs**, l'article L. 4301-2, III du code de la santé publique (ci-après « CSP ») prévoyant que ces derniers « *peuvent exercer en pratique avancée selon des modalités propres à leur spécialité définies par décret en Conseil d'État* ». Les travaux préparatoires laissent, à cet égard, apparaître que cette évolution répond, pour une part importante, à une volonté de **mieux reconnaître et valoriser juridiquement** un niveau d'exercice déjà regardé comme, au moins pour partie, avancé, afin de mettre davantage en cohérence le droit positif avec un **niveau d'expertise déjà identifié dans les spécialités infirmières**³. Dans le prolongement de cette réforme, le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier, est venu en préciser la traduction réglementaire. Selon sa notice, il « *précise les domaines d'activité et de compétence de l'infirmier diplômé d'État* » et « *définit notamment l'exercice infirmier ainsi que les modalités de la consultation infirmière* », afin de mettre en œuvre le **nouveau cadre juridique** issu de la loi du 27 juin 2025.

Dans ce contexte, nous comprenons que votre demande porte, d'une part, sur l'articulation juridique entre le régime de pratique avancée applicable aux infirmiers relevant du titre Ier du livre III de la quatrième partie du CSP et celui désormais ouvert, à la suite de la réforme susmentionnée, aux infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire et puériculteurs mentionnés au III de l'article L. 4301-2 du même code. Elle porte, d'autre part, sur un autre point structurant de la réforme, à savoir, selon vous, la gradation des soins infirmiers telle qu'elle semble ressortir de la loi et des débats parlementaires, entre les infirmiers relevant du **métier socle**, les **spécialités infirmières** ne bénéficiant pas d'une pratique avancée, les **spécialités infirmières** pouvant exercer en pratique avancée selon des modalités propres à leur spécialité, et les infirmiers exerçant en pratique avancée dans le cadre général prévu par les textes. Elle porte, enfin, sur la portée de l'évolution introduite à l'article L. 4301-1 du CSP relative à la possibilité de définir certains domaines d'intervention selon une **approche populationnelle**.

Vous souhaitez ainsi disposer d'une **analyse juridique** portant, en premier lieu, sur la **distinction normative** entre les deux formes d'exercice en pratique avancée désormais prévues par le CSP, en deuxième lieu, sur les **différences de compétences et de prérogatives** qui en résultent, en troisième lieu, sur les **spécificités juridiques** attachées à la pratique avancée reconnue aux infirmiers

¹ A ce sujet, G. Caumes, « La réforme de la profession infirmière : une révolution de l'organisation de notre système de santé », Revue de droit sanitaire et social (RDSS), juill.-août 2025, p. 680 et s.

² A ce sujet, J. Moret-Bailly et G. Caumes, « La déclinaison de la réforme de la profession infirmière dans le « décret socle » », Revue de droit sanitaire et social (RDSS), janv.-févr. 2026, p. 73 et s.

³ Dans son [rapport](#) au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Mme Nicole Dubré-Chirat indiquait que l'article 2 tend notamment à « *valoriser, dans le cadre d'une reconnaissance de pratique avancée, les compétences des infirmiers spécialisés que sont les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers puériculteurs* ». Cette lecture est également confortée par le [rapport](#) de la commission des affaires sociales du Sénat, qui se déclare « *favorable à toutes les mesures qui concourent à mettre en adéquation les compétences attribuées par les textes et les réalités observées sur le terrain* » et indique soutenir « *la demande des infirmiers de spécialité de se voir reconnaître une forme de pratique avancée, propre à chaque exercice, dès lors qu'une partie de leur activité présente certaines caractéristiques de la pratique avancée* », ajoutant que « *la reconnaissance d'une forme d'exercice en pratique avancée pour les spécialités infirmières constituerait une juste reconnaissance des compétences poussées des infirmiers de spécialité, acquises au cours d'une formation exigeante* ». En séance au Sénat, M. Yannick Neuder a, dans le même sens, indiqué que la rédaction initiale de l'article 2 « *ne permet[ait] pas, à ce stade, de reconnaître suffisamment l'exercice en pratique avancée pour les infirmiers spécialisés* » et qu'il convenait, pour ce motif, de retenir « *une solution qui permette une juste reconnaissance de ces professions, dont l'activité est essentielle dans les blocs opératoires ou pour les soins invasifs* ».

de spécialité, en quatrième lieu, sur les **différences juridiques et fonctionnelles** entre les différents niveaux d'exercice infirmier issus ou confortés par la réforme et, en dernier lieu, sur la **portée potentielle de l'approche populationnelle** introduite par le législateur dans l'organisation future de la pratique avancée.

À cet égard, l'analyse ci-dessous repose, pour partie, sur la recherche de l'**intention du législateur**, au travers notamment de l'examen des **travaux préparatoires** de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025, afin d'éclairer l'interprétation du nouvel ensemble normatif qui en est issu. Si une telle démarche d'interprétation est régulièrement mobilisée par l'administration ou par le juge, en particulier à l'égard de textes récents, il est fondamental de souligner que si elle constitue un élément important de conviction, elle ne lie toutefois aucunement ce dernier, qui demeure libre de retenir, le cas échéant, une lecture différente du dispositif au regard de la lettre des textes et de son propre office d'interprétation.

En l'état, si l'analyse ci-dessous peut d'ores et déjà s'appuyer sur un **socle législatif et réglementaire** étoffé pour permettre, selon nous, d'en dégager plusieurs enseignements, la chaîne normative n'apparaît pas encore entièrement achevée, plusieurs textes d'application demeurant attendus. Il en résulte que certains développements doivent encore être formulés sous réserve des **compléments réglementaires** à venir⁴.

Dans ces conditions, vous trouverez ci-dessous notre analyse intégrant les éléments suivants :

- la distinction normative entre les deux régimes de pratique avancée infirmière **(1.)** ;
- les différences de compétences et de prérogatives entre ces deux régimes **(2.)** ;
- les spécificités juridiques attachées au régime de pratique avancée applicable aux spécialités infirmières **(3.)** ;
- les différences juridiques et fonctionnelles entre les différents types d'exercice infirmier à l'issue de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 **(4.)** ;
- la portée de l'approche populationnelle introduite à l'article L. 4301-1 du CSP **(5.)**.

N.B : Notre analyse des dispositions visées dans le cadre de votre saisine nous ont amené à opérer une distinction entre, d'une part, le régime « historique » de pratique avancée infirmière (premier régime), antérieur à la réforme de 2025, issu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et aujourd'hui visé au I de l'article L. 4301-2 du CSP, et, d'autre part, le régime de pratique avancée désormais reconnu aux spécialités infirmières par la réforme de 2025 (deuxième régime), visé au III du même article. Ce choix terminologique nous paraît correspondre à la logique de construction du système de droit et, dans l'absolu, préférable à une opposition, largement usitée dans le monde infirmier, entre un régime dit « de droit commun » / « de plein exercice » et un régime dit « dérogatoire », dès lors que la réforme du 27 juin 2025 semble plutôt consacrer, deux régimes distincts de pratique avancée infirmière au sein d'un même ensemble normatif (cf. partie **1.1.** de la présente consultation).

Cependant, pour des raisons d'intelligibilité et de réception de la présente analyse dans le monde infirmier, nous utiliserons, dans la suite de la note, la réposition « dite », ainsi que des guillemets dans les expressions « pratique avancée dite de plein exercice » et « pratique avancée dite dérogatoire ».

⁴ À titre d'état des lieux, l'échéancier [Légifrance](#) de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 fait apparaître, à ce jour, la publication de plusieurs **mesures d'application**, au premier rang desquelles figurent le décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025 relatif aux EHPAD, l'arrêté du 5 septembre 2025 fixant la liste des diplômes permettant l'exercice en pratique avancée des infirmiers de spécialité, ainsi que le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier. En revanche, plusieurs textes demeurent encore attendus, notamment l'arrêté prévu à l'article L. 4311-1 du CSP fixant, pour chacun des domaines d'activité, la liste des actes et soins réalisés par les infirmiers, les textes relatifs aux **produits de santé** et aux **examens complémentaires**, ceux relatifs à l'**interruption** et à la **reprise d'activité**, le décret relatif à l'**expérimentation d'accès direct hors rôle propre**, ainsi que, à ce stade, d'éventuels textes complémentaires concernant les **infirmiers de bloc opératoire** et les **puériculteurs** au titre de la pratique avancée.

1. LA REFORME DU 27 JUIN 2025 CONSACRE DEUX REGIMES DISTINCTS DE PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE

Votre interrogation n° 1 porte sur la distinction normative entre ces deux formes d'exercice.

Les deux formes d'exercice en pratique avancée sont rattachées à un cadre général de la pratique avancée, sans pour autant relever d'un régime unique **(1.1)**. Néanmoins, ces régimes distincts de pratique avancée infirmière s'inscrivent dans la notion plus générale de pratique avancée telle qu'issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé **(1.2)**.

1.1. Un cadre général

Les deux formes d'exercice relèvent d'un **même cadre juridique général**, celui de l'**exercice en pratique avancée**, en ce qu'elles trouvent toutes deux leur ancrage dans le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du CSP, intitulé « Exercice en pratique avancée ». L'article L. 4301-1 du CSP prévoit le cadre général de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux et prévoit, pour chaque profession concernée, des domaines d'intervention pouvant être définis selon une **approche populationnelle** et comporter des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique (la réforme du 29 juin 2025 a quant à elle consacré le diagnostic infirmier), ainsi que des prescriptions, renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. L'article L. 4301-2 du CSP décline ensuite ce cadre pour la profession infirmière. À cet égard, le I de l'article L. 4301-2 du CSP prévoit que les infirmiers relevant du titre Ier peuvent exercer en pratique avancée. Le III du même article prévoit, quant à lui, que les infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs peuvent eux aussi exercer en pratique avancée. Il existe donc bien, selon nous, une **communauté de rattachement** à la pratique avancée.

Si les deux formes d'exercice relèvent d'un **même ensemble normatif**, elles ne sont pas, pour autant, organisées de manière identique. Le I de l'article L. 4301-2 du CSP dispose en effet que « *les infirmiers relevant du titre Ier du présent livre peuvent exercer en pratique avancée, à l'exception de ceux mentionnés au III du présent article, dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1* ». Par cette **exclusion expresse**, le législateur a, selon nous, clairement souhaité que les infirmiers de spécialité n'entrent pas dans le champ du régime de pratique avancée organisé autour de l'article L. 4301-1 du CSP. Le premier régime demeure ainsi rattaché au cadre préexistant de la pratique avancée, avec son **architecture propre** et son **corpus réglementaire déjà structuré**, tandis que le III de l'article L. 4301-2 du CSP institue, « *par dérogation à l'article L. 4301-1 et au I du présent article* », une pratique avancée régie par des « *modalités propres à leur spécialité définies par décret en Conseil d'État* ». En effet, le I de l'article L. 4301-2 du CSP renvoie expressément aux conditions prévues à l'article L. 4301-1 du CSP et s'inscrit ainsi dans le cadre général de la pratique avancée des auxiliaires de santé, préexistant à la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier, avec son économie propre, son diplôme universitaire dédié et un déploiement réglementaire déjà largement structuré. À l'inverse, le nouveau III de l'article L. 4301-2 du CSP prévoit un exercice en pratique avancée « *par dérogation à l'article L. 4301-1 et au I du présent article* », selon « *des modalités propres à leur spécialité définies par décret en Conseil d'État* ». Autrement dit, l'appartenance commune de ces deux formes d'exercice à la pratique avancée n'efface pas la **distinction de régime** expressément prévue par le législateur. L'intention de celui-ci ne paraît donc pas avoir été, selon nous, d'unifier ces deux formes d'exercice sous un modèle unique, mais plutôt de consacrer, aux côtés de la pratique avancée infirmière préexistante à la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025, une **forme de pratique avancée infirmière propre aux infirmiers de spécialité**. Ainsi, plus qu'une simple opposition entre un régime qui serait « dérogatoire » et un régime qualifié de « droit commun », la réforme paraît consacrer, selon nous, **deux régimes distincts de pratique avancée infirmière** au sein d'un même ensemble normatif.

Cette lecture textuelle est, selon nous, confortée par les **travaux préparatoires** de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier. L'amendement gouvernemental n° 64 rectifié précise en effet que la réforme ouvre la voie à l'exercice en pratique avancée aux infirmiers spécialisés « **tout en**

conservant leur spécialité, les spécificités de leurs conditions d'exercice, ainsi que leur formation et l'organisation de leur métier ». Dans le même sens, M. Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins, a indiqué en [séance](#) au Sénat, le 5 mai 2025, qu'il ne fallait pas opposer **infirmier spécialisé** et **infirmier en pratique avancée**. De même, [l'amendement](#) identique n° 97, présenté par Mme Anne-Sophie Romagny, rapporteure au Sénat, et adopté lors de cette même séance, précise que la demande des infirmiers de spécialité n'a jamais été d'exercer le métier d'infirmier en pratique avancée « *sous une mention ad hoc* », mais de se voir reconnaître « *une forme de pratique avancée spécifique à leur spécialité* ». Cette même lecture a ensuite été reprise au stade de la commission mixte paritaire, Mme Anne-Sophie Romagny indiquant que l'article 2 « *fixe le cadre législatif nécessaire à la reconnaissance d'une forme de pratique avancée* » dans l'exercice des infirmiers de spécialité, avant de préciser que chaque spécialité pourrait être reconnue « *comme une forme de pratique avancée spécifique, sans qu'il n'y ait de recoupement avec les infirmiers en pratique avancée (IPA)* » dans le [rapport](#) de la commission mixte paritaire.

1.2. Deux régimes

Cette lecture, qui consiste à voir dans la réforme de 2025 la consécration d'une **nouvelle forme de pratique avancée infirmière**, nous paraît cohérente avec la volonté plus générale exprimée lors de l'introduction, par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de la notion même de « pratique avancée » dans le CSP. À cet égard, l'exposé des motifs du [projet de loi](#) indiquait que l'article concerné « *définit la notion de pratique avancée* » et précisait qu'« *il s'agit, à partir du métier socle, de permettre, dans des conditions qui seront définies par voie réglementaire, un élargissement du champ des compétences vers, par exemple, la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activités d'orientation ou de prévention* ». Le même exposé des motifs rattachait cette évolution aux transformations structurelles du système de santé, tenant notamment à « *la baisse de la démographie médicale, l'explosion des besoins des patients chroniques, l'exigence croissante de qualité, de sécurité, mais aussi d'information et d'accompagnement, [et] le défi de l'accès aux soins* ». Les travaux préparatoires de 2016 montrent ainsi que la pratique avancée a été pensée comme une **notion englobante**, définie de manière fonctionnelle, autour d'un exercice reposant sur un **métier socle**, assorti de **compétences élargies** et organisée dans un cadre coordonné afin de faciliter l'accès aux soins des patients. Dans le même sens, le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat soulignait la nécessité d'insérer dans la chaîne des compétences « *le maillon manquant* » que constituent les professions intermédiaires, rattachant ainsi la pratique avancée à une logique d'**intermédiation professionnelle** et de réorganisation du système de santé⁵.

À notre sens, il en résulte que les deux formes de pratique avancée infirmière telles que définies par la réforme du 27 juin 2025 **participent, l'une et l'autre, de cette notion générale de pratique avancée, en ce qu'elles procèdent toutes deux d'un élargissement du champ de compétences du métier socle afin de faciliter l'accès aux soins des patients**. Pour autant, cette appartenance commune à la notion générale de pratique avancée n'exclut pas que le législateur ait désormais entendu organiser, au sein de ce cadre commun, **deux régimes distincts de pratique avancée infirmière**. Autrement dit, l'unité de la notion générale n'exclut pas, selon nous, la pluralité des régimes particuliers.

⁵ [Rapport](#) n° 653 (2014-2015) de M. Alain Milon, Mmes Catherine Deroche et Elisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales, Projet de loi de modernisation de notre système de santé, déposé le 22 juillet 2015 « *Il existe un **vide dans la chaîne des compétences en matière de soins**, qui conduit les médecins à endosser des compétences qui ne nécessiteraient pas un niveau de formation aussi élevé, tandis qu'il engendre chez les professions paramédicales à la fois une forme de frustration professionnelle – rares sont en effet les possibilités d'évolution autres que managériales – et une **déperdition de compétences**. Ce vide résulte de l'organisation de la formation initiale des différentes professions de santé. Les qualifications intermédiaires se trouvent pratiquement absentes de son organisation, ce qui se retrouve ensuite dans celle des métiers de la santé.* ».

Dans ces conditions, si les deux formes d'exercice relèvent l'une et l'autre du champ plus général de la pratique avancée, au sens du titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du CSP, **elles ne relèvent pas pour autant d'un régime juridique identique**. Le I de l'article L. 4301-2 du CSP s'inscrit, selon nous, dans le cadre préexistant de l'exercice en pratique avancée, tel qu'organisé par l'article L. 4301-1 du CSP et ses textes d'application. Le III du même article consacre, quant à lui, une forme de pratique avancée infirmière propre aux infirmiers de spécialité, organisée selon des modalités spécifiques définies par décret en Conseil d'État. Ainsi, la distinction normative entre ces deux formes d'exercice ne réside pas dans le point de savoir si l'une relèverait de la pratique avancée et l'autre non, mais dans le fait que le législateur a entendu, selon nous, les **inscrire dans une même notion générale de pratique avancée tout en leur assignant deux régimes distincts**.

2. LES DIFFERENCES DE COMPETENCES ET DE PREROGATIVES RESULTENT DE CHACUN DES DEUX REGIMES

Votre interrogation n° 2 porte sur les **différences de compétences et de prérogatives** entre les deux régimes de pratique avancée infirmière.

Au moment de la rédaction de cette note, le **premier régime** de pratique avancée bénéficie d'un **encadrement normatif complet**, tandis que le **second régime** repose, en l'état des textes publiés, sur des **modalités propres à chaque spécialité**, sans reprendre globalement le bloc de compétences et de prérogatives du premier (**2.1 et 2.2**). Il en résulte, à notre sens, plusieurs différences significatives, notamment s'agissant de l'**accès direct**, des **prérogatives de prescription** et, plus largement, de la **logique de construction** de chacun des deux régimes (**2.3**).

2.1. Le régime « historique » de la « pratique avancée dite de plein exercice »

Le premier régime trouve son ancrage dans l'article L. 4301-1 du CSP, auquel renvoie expressément le I de l'article L. 4301-2 du CSP. Cet article définit le cadre général de l'exercice en pratique avancée pour les auxiliaires médicaux et prévoit notamment que les domaines d'intervention peuvent être définis selon une **approche populationnelle** et comporter notamment des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, ainsi que des prescriptions, renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. Il définit ainsi le **socle législatif** des compétences susceptibles d'être exercées dans le cadre du premier régime.

Dans le prolongement de ce cadre législatif, le régime applicable aux infirmiers exerçant en pratique avancée est aujourd'hui précisé par voie réglementaire. L'article R. 4301-1 du CSP prévoit que l'infirmier exerçant en pratique avancée « **dispose de compétences élargies** » par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État et qu'il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ou qui s'adressent directement à lui. L'article D. 4301-8 du CSP subordonne, pour sa part, l'exercice de ce régime à l'obtention du **diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée**, dans la mention correspondant au domaine d'intervention, ainsi qu'à une durée minimale d'exercice professionnel. Le premier régime se distingue ainsi par un **niveau de formation** et un **niveau de spécialisation** propres.

Ce premier régime se caractérise ensuite par l'existence de **domaines d'intervention expressément identifiés**, correspondant aux mentions du diplôme visés à l'article R. 4301-2 du CSP, ainsi que par un **bloc de compétences cliniques étendu**. Les articles R. 4301-2 et R. 4301-3 du CSP organisent en effet un cadre qui comprend notamment l'entretien clinique, l'anamnèse, l'examen clinique, les activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, les actes d'évaluation et de conclusion clinique, certains actes techniques, ainsi que des facultés de prescription, de renouvellement et

d'adaptation de prescriptions. Le premier régime bénéficie donc d'un **ensemble normatif largement structuré**⁶.

2.2. Le régime des spécialités

À l'inverse du premier régime, le second ne repose pas sur un renvoi global au cadre défini par l'article L. 4301-1 du CSP et par les articles R. 4301-1 et suivants du même code. L'article L. 4301-2, III du CSP prévoit seulement que les infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs peuvent exercer en pratique avancée « *selon des modalités propres à leur spécialité définies par décret en Conseil d'État* ». Dans le prolongement des développements qui précèdent, cette rédaction signifie que les compétences et prérogatives attachées au premier régime ne sont pas applicables *ipso facto*, au second, lequel doit être appréhendé à partir de **textes propres à chaque spécialité**.

Cette lecture est confirmée par le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025, qui crée, au sein du titre préliminaire du CSP, un chapitre II intitulé « Spécialités infirmières en pratique avancée » et, à ce stade, une **seule section** consacrée à l'« Infirmier anesthésiste diplômé d'État ». Ce décret prévoit en outre une **entrée en vigueur différée**, au lendemain de la publication de l'arrêté pris en application de l'article L. 4311-1 du CSP et, au plus tard, le 30 juin 2026. À notre sens, cette architecture textuelle confirme que le second régime est conçu comme un **cadre distinct**, appelé à être décliné **par spécialité**, et non comme une simple extension du régime de la « *pratique avancée dite de plein exercice* » applicable aux infirmiers exerçant en pratique avancée dans les conditions du I de l'article L. 4301-2 du CSP. Autrement dit, là où le premier régime se présente comme un régime autonome de pratique avancée, structuré selon les actes possibles en pratique avancée (notamment en termes de diplômes) assorti d'un bloc normatif complet, **le second régime se présente, en l'état, comme un régime spécialisé dont le contenu doit être recherché spécialité par spécialité**.

2.3. Deux différences significatives : accès direct et prescription

La comparaison des textes fait apparaître, au-delà de la différence plus générale de **construction normative** des deux régimes, deux différences significatives tenant, d'une part, à l'**accès direct**, le second régime ne bénéficiant pas, en l'état, d'un accès direct propre à la pratique avancée (**2.3.1**), et, d'autre part, aux **prescriptions**, le second régime ne disposant pas davantage, à ce stade, d'un régime de prescription autonome de pratique avancée comparable à celui du premier régime (**2.3.2**).

2.3.1. Le second régime ne bénéficie pas, en l'état, d'un accès direct propre à sa pratique avancée

Pour la pratique avancée du premier régime, l'accès direct est expressément organisé par l'article L. 4301-2, II du CSP, qui l'ouvre dans des cadres limitativement énumérés, à savoir les **établissements de santé**, certains **établissements et services médico-sociaux** et les **structures d'exercice coordonné** qu'il mentionne. Le décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 a précisément été pris pour fixer les « *modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée* ». Sur le plan réglementaire, l'article R. 4301-1 du CSP précise que l'infirmier exerçant en pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ou « *s'adressant directement à lui* », et l'article R. 4301-3-1 du CSP permet même, dans le domaine des urgences, d'« *établir des conclusions cliniques* » pour certains patients pris directement

⁶ Conformément à l'article R. 4301-3 du CSP, les listes des actes techniques, des actes de suivi et de prévention, des dispositifs médicaux, des examens de biologie médicale, ainsi que des prescriptions que l'infirmier en pratique avancée est autorisé à renouveler, adapter ou prescrire, sont fixées par l'[arrêté](#) du 18 juillet 2018 pris pour l'application de l'article R. 4301-3 du CSP, dans sa rédaction issue de l'[arrêté](#) du 25 avril 2025. Cet arrêté renvoie aux annexes I à V pour les actes, examens et renouvellements ou adaptations de prescriptions, à l'annexe VI pour les produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire que l'ensemble des infirmiers en pratique avancée est autorisé à prescrire, et à l'annexe VII pour ceux que les infirmiers en pratique avancée relevant du régime de l'article L.4301-1 du CSP peuvent prescrire selon leur domaine d'intervention.

en charge, sous réserve de l'intervention d'un médecin de la structure. Le premier régime bénéficie ainsi d'un **accès direct propre à la pratique avancée**, adossé à un **diplôme spécifique**, à des **domaines d'intervention déterminés** et à des **compétences cliniques élargies**.

S'agissant du second régime, il n'existe pas, à ce jour, de **mécanisme d'accès direct propre à la** « pratique avancée dite dérogatoire » comparable à celui organisé pour le premier régime. Au contraire, les travaux préparatoires de la loi du 27 juin 2025 montrent clairement que la pratique avancée propre aux spécialités devait, selon l'amendement n° 97, « *exclu[re] l'accès direct* », et Mme Anne-Sophie Romagny a indiqué en séance que la rédaction retenue « *tend à exclure l'accès direct à la forme de pratique avancée propre à chaque spécialité* », en raison notamment des inquiétudes exprimées par les médecins anesthésistes-réanimateurs. En revanche, les infirmiers relevant du second régime demeurent aussi, en tant qu'infirmiers, susceptibles de bénéficier de l'**accès direct du métier socle**, prévu à l'article L. 4311-1, II, 3° du CSP pour les soins de premier recours « dans le cadre de son rôle propre, en accès direct » et décliné par la future rédaction de l'article R. 4311-4 du CSP, qui prévoit que, « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier peut* » notamment « *prendre en charge directement les patients* » et « *initier, accomplir et évaluer les actes et les soins qu'il estime nécessaires* » lorsqu'ils figurent sur une liste fixée par arrêté. Il nous semble **cependant que cette possibilité ne devrait pas se présenter en pratique compte tenu des modalités d'intervention des infirmiers spécialisés**.

La différence entre les deux régimes ne tient donc pas à ce que l'un connaîtrait tout accès direct et l'autre aucun, mais au fait que le premier bénéficie d'un **accès direct propre à la pratique avancée**, alors que le second ne paraît, en l'état, pouvoir se prévaloir que de l'**accès direct de droit commun attaché au métier socle**, et non d'un accès direct spécifique à la pratique avancée de la spécialité

2.3.2. Le second régime ne bénéficie pas, en l'état, d'un pouvoir de prescription propre à sa pratique avancée

En matière de **prescription**, la distinction entre les deux régimes ne tient pas à l'existence ou non de toute faculté de prescription, mais au fait que seul la « pratique avancée dite de plein exercice » bénéficie, à ce jour, d'un **cadre propre, autonome et déjà largement détaillé** de prescriptions, de renouvellements et d'adaptations de prescriptions.

Le régime de la « pratique avancée dite de plein exercice » comporte en effet un **ensemble qui lui est propre de prescriptions, de renouvellements et d'adaptations de prescriptions**. L'article L. 4301-1 du CSP vise ainsi expressément « *des prescriptions de produits de santé et de prestations soumis ou non à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales* ». L'article R. 4301-3 du CSP décline ce cadre en autorisant l'infirmier en pratique avancée, dans son ou ses domaines d'intervention, à prescrire certains produits de santé ou prestations soumis ou non à prescription médicale obligatoire et à « *renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales* ». Ce dispositif est détaillé par l'arrêté du 18 juillet 2018, modifié notamment par l'arrêté du 25 avril 2025, qui distingue, aux annexes VI et VII, les produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire que l'ensemble des infirmiers en pratique avancée, ou certains d'entre eux selon leur domaine d'intervention, sont autorisés à prescrire. Le premier régime bénéficie donc d'un **cadre relatif aux prescriptions spécifique et détaillé**.

Pour la « pratique avancée dite dérogatoire », il n'existe pas, à ce jour, de **bloc autonome de prescriptions propres à la pratique avancée de la spécialité** comparable à celui du premier régime. Cela ne signifie toutefois pas absence de toute faculté de prescription. En effet, les infirmiers spécialisés exerçant en « pratique avancée dite dérogatoire » ont vocation à bénéficier, comme tout infirmier, des **prérogatives du métier socle**. L'article L. 4311-1 du CSP prévoit ainsi désormais que l'infirmier « *prescrit les produits de santé et les examens complémentaires nécessaires à l'exercice de sa profession* », et la future rédaction de l'article R. 4311-2, 6° du CSP précise qu'il peut « *prescrire des produits de santé et des examens complémentaires adaptés à la situation clinique et dans ses domaines de compétences* », tandis que la future rédaction de l'article R. 4311-3 du CSP mentionne, dans le cadre

de la consultation infirmière, « *l'établissement de prescriptions infirmières de produits de santé et d'examens complémentaires* ».

La différence entre la « pratique avancée dite de plein exercice » et la « pratique avancée dite dérogatoire » donc à ce que la seconde ne bénéficie pas, en l'état, d'un **régime de prescription de pratique avancée propre et structuré**, mais seulement des **prérogatives de prescription attachées au métier socle**, auxquelles s'ajoutent et pourront, le cas échéant, s'ajouter les compétences propres de la spécialité déjà reconnues par les textes, ou qui pourront l'être.

Dans ces conditions, les différences entre la pratique avancée du premier régime et celle reconnue aux spécialités infirmières tiennent, en l'état, non à l'existence de principe de toute faculté d'accès direct ou de prescription dans le second régime, mais à l'absence, pour celui-ci, d'un **cadre propre de pratique avancée** aussi autonome et complet que celui dont bénéficie le premier régime. En l'état des textes publiés, le second régime paraît ainsi s'appuyer, pour ces deux aspects, principalement sur les **prérogatives de droit commun attachées au métier socle**, éventuellement combinées avec les **compétences propres de la spécialité concernée**, plutôt que sur un **bloc spécifique de pratique avancée** comparable à celui organisé pour les infirmiers relevant du premier régime.

3. LES SPÉCIFICITÉS ATTACHÉES À LA PRATIQUE AVANCÉE RELEVANT DU SECOND RÉGIME DE L'ARTICLE L. 4301-2, III DU CSP

Votre interrogation n° 3 porte sur les **spécificités juridiques** attachées à la pratique avancée relevant du second régime.

Selon nous, le régime prévu au III de l'article L. 4301-2 du CSP se distingue tout d'abord, par son **adossement à des spécialités infirmières préexistantes** et non au seul schéma général de l'infirmier exerçant en pratique avancée (**3.1**). Il se singularise, ensuite, par une **mise en œuvre normative par spécialité**, partiellement inachevée à ce jour (**3.2**).

3.1. Un régime adossé à une spécialité infirmière préexistante

La première spécificité du régime prévu au III de l'article L. 4301-2 du CSP tient, selon nous, à son **support professionnel**. Là où le premier régime est construit autour de l'infirmier relevant du titre Ier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1 du CSP, le III vise expressément les « *infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs* » et subordonne leur exercice en pratique avancée à la détention d'« *un diplôme figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé* ». Le législateur n'a donc pas entendu substituer à ces spécialités un métier uniforme d'infirmier en pratique avancée. Il a, selon nous, entendu reconnaître, dans le prolongement de chacune d'elles, une **modalité propre d'exercice en pratique avancée**. Cette lecture semble confortée par les **travaux préparatoires**. L'amendement gouvernemental n° 64 rectifié indiquait en effet que la réforme ouvrait la voie à la reconnaissance, pour les infirmiers de spécialité, de la possibilité d'exercer en pratique avancée « *tout en conservant leur spécialité, les spécificités de leurs conditions d'exercice, ainsi que leur formation et l'organisation de leur métier* ». L'amendement n° 97 susmentionné précisait, pour sa part, que « *la demande des infirmiers de spécialité n'a jamais été d'exercer le métier d'IPA sous une mention ad hoc* », mais bien de « *se voir reconnaître, dans leur exercice, une forme de pratique avancée spécifique à leur spécialité* ».

3.2. Un régime dont le contenu dépend d'une mise en œuvre réglementaire par spécialité

La deuxième spécificité tient à la **méthode normative retenue**. Le III de l'article L. 4301-2 du CSP ne définit pas lui-même un bloc complet et uniforme de compétences. Il renvoie à des « modalités propres à leur spécialité définies par décret en Conseil d'État ». Il en résulte que le contenu effectif de

ce régime dépend, pour chaque spécialité, de **textes réglementaires propres**, et ne peut être déduit par analogie du seul régime prévu au I du même article

Le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 confirme cette logique. Il a créé, dans le titre préliminaire du CSP, un chapitre II intitulé « Spécialités infirmières en pratique avancée », mais ce chapitre ne comporte, à ce stade, qu'une **section unique** consacrée à l'« Infirmier anesthésiste diplômé d'État », avec les seuls articles R. 4301-10-1 et R. 4301-10-2 du CSP. Aucune section équivalente n'apparaît encore, à ce jour, pour les infirmiers de bloc opératoire ou pour les puériculteurs. À notre sens, cela confirme que le régime attaché aux spécialités infirmières n'est pas un bloc immédiatement homogène, mais un cadre appelé à se **déployer progressivement**. Le décret prévoit en outre que ses dispositions entrent en vigueur le lendemain de la publication de l'arrêté pris en application du I de l'article L. 4311-1 du CSP et, au plus tard, le 30 juin 2026.

Cette **dimension progressive** avait d'ailleurs été explicitement assumée dans les travaux sénatoriaux. En séance au Sénat, Mme Anne-Sophie Romagny indiquait que « *la commission appelle le Gouvernement à une mise en œuvre graduée de la reconnaissance de la pratique avancée pour chaque spécialité, toutes n'ayant pas le même degré de maturité sur le sujet* », ajoutant que « *pour les puériculteurs, par exemple, cet accès doit certainement être conditionné à une refonte de leur référentiel de formation* ». Au stade de la commission mixte paritaire, elle a également indiqué que chaque spécialité pourrait être reconnue, « *en temps voulu* », comme « *une forme de pratique avancée spécifique, sans qu'il n'y ait de recoupement avec les infirmiers en pratique avancée (IPA)* ». À notre sens, ces éléments confirment que le second régime constitue une forme de pratique avancée appelée à se **déployer progressivement**, en considération des caractéristiques, du degré de maturité et, le cas échéant, des évolutions de formation propres à chaque spécialité.

4. LES DIFFERENCES JURIDIQUES ET FONCTIONNELLES ENTRE LES DIFFERENTS TYPES D'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIER

Votre interrogation n° 4 porte sur la **gradation des soins infirmiers** telle qu'elle semble ressortir de la loi et des débats parlementaires, entre les **infirmiers relevant du métier socle**, les **spécialités infirmières** ne bénéficiant pas d'une pratique avancée, les **spécialités infirmières pouvant exercer en « pratique avancée dite dérogatoire » selon des modalités propres à leur spécialité** et les **infirmiers exerçant en « pratique avancée dite de plein exercice » dans le cadre général prévu par les textes**. Vous souhaitez, plus particulièrement, que soient précisées les **différences juridiques et fonctionnelles** entre ces différents niveaux d'exercice

L'analyse de ces différences suppose, selon nous, de partir du **métier socle**, qui constitue désormais le **cadre commun d'exercice** de la profession (**4.1.**), avant d'examiner successivement les articulations avec les pratiques avancées du premier régime et second régime visés à l'article L. 4301-1 du CSP (**4.2. et 4.3.**) et, enfin, l'**articulation entre la spécialité infirmière et la pratique avancée reconnue à certaines spécialités**. Pour ce qui concerne plus spécifiquement les différences entre la pratique avancée du premier régime et celle du second régime, il sera renvoyé, pour l'essentiel, aux développements figurant au **point 2.3** de la présente consultation

4.1. Le métier socle constitue le cadre commun d'exercice de la profession infirmière

L'article L. 4311-1 du CSP redéfinit la profession infirmière autour de **grandes missions** et non plus seulement autour d'une énumération d'actes. Il prévoit que l'infirmier exerce son activité « *dans le cadre de son rôle propre ou sur prescription* », qu'il « *effectue des consultations infirmières et pose un diagnostic infirmier* » et qu'il « *prescrit les produits de santé et les examens complémentaires nécessaires à l'exercice de sa profession* ». Le même article énumère ensuite les missions de l'infirmier, parmi lesquelles figurent notamment la dispensation de soins infirmiers, la coordination du parcours de santé, la participation aux soins de premier recours « *dans le cadre de son rôle propre, en accès direct* », ainsi que la prévention, la formation et la recherche. Ce **cadre commun bénéficie à l'ensemble des**

infirmiers, y compris à ceux exerçant en pratique avancée, comme le souligne expressément le rapport de l'Assemblée nationale⁷.

Cette orientation est précisée sur le plan réglementaire par le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025, qui réécrit les articles R. 4311-1 à R. 4311-7 du CSP. Ce décret n'entrera toutefois en vigueur que le lendemain de la publication de l'arrêté pris en application du I de l'article L. 4311-1 du CSP et, au plus tard, le 30 juin 2026

La future rédaction de l'article R. 4311-1 du CSP présente l'exercice infirmier comme comprenant « **l'initiation, l'analyse, la réalisation, l'organisation et l'évaluation des actes et soins infirmiers** », tout en insistant sur leur inscription dans une logique de coordination et de collaboration avec les autres professionnels du parcours de santé. Le futur article R. 4311-2 du CSP précise, pour sa part, les domaines d'activité et de compétence de l'infirmier, parmi lesquels figurent notamment l'élaboration de diagnostics infirmiers, l'initiation, la mise en œuvre et l'évaluation des soins infirmiers, la participation à la prévention, à la prise en charge de la douleur, à la coordination des parcours, ainsi que la possibilité de prescrire des produits de santé et des examens complémentaires dans ses domaines de compétence.

La future rédaction de l'article R. 4311-3 du CSP traite de la **consultation infirmière** et du **diagnostic infirmier**. Elle prévoit que la consultation comprend notamment l'entretien clinique, le recueil et l'analyse des données nécessaires à l'évaluation de l'état de santé, la définition d'objectifs de soins, la réalisation ou l'adaptation de soins infirmiers et, si nécessaire, l'établissement de prescriptions infirmières de produits de santé et d'examens complémentaires dans les conditions prévues par les textes. La future rédaction de l'article R. 4311-4 du CSP ajoute, quant à lui, que « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier peut prendre en charge directement les patients* » et initier les actes et soins qu'il estime nécessaires lorsqu'ils figurent sur la liste fixée par arrêté. Il précise également que l'infirmier peut, dans le cadre de son raisonnement clinique, identifier les besoins de la personne, formuler des diagnostics infirmiers, fixer des objectifs de soins, définir, planifier, réaliser et adapter les interventions appropriées, ainsi qu'élaborer des protocoles de soins relevant de son initiative.

Les futures rédactions des articles R. 4311-5 à R. 4311-7 du CSP complètent ce cadre en organisant, d'une part, **les conditions dans lesquelles l'infirmier peut confier certains actes ou soins**, sous sa responsabilité, à d'autres professionnels ou personnels et, d'autre part, l'exercice infirmier sur prescription ainsi que l'intervention en situation d'urgence, y compris par la mise en œuvre de gestes et mesures conservatoires en l'absence immédiate d'un médecin

Il en résulte que le **métier socle**, tel qu'il ressort de l'article L. 4311-1 du CSP et des futures rédactions des articles R. 4311-1 à R. 4311-7 du CSP, ne se limite dorénavant plus à une énumération d'actes

⁷ Mme **Nicole Dubré-Chirat** indique en effet, dans le rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, que « *les évolutions du métier socle infirmier figurant à l'article 1er bénéficieront à l'ensemble des infirmiers, c'est-à-dire également aux infirmiers en pratique avancée et aux infirmiers spécialisés dont il est question à l'article 2 de la proposition de loi* ». Le bénéfice de ce **cadre commun** à l'ensemble des infirmiers se déduit également, selon nous, de l'économie même des textes. D'abord, l'article L. 4311-1 du CSP définit de manière générale l'exercice de « l'infirmier », sans distinguer, à ce stade, selon qu'il s'agit d'un infirmier relevant du **métier socle**, d'un infirmier exerçant en **pratique avancée** ou d'un infirmier exerçant en **spécialité**. Ensuite, l'article L. 4301-2, I du CSP prévoit que « *les infirmiers relevant du titre 1er du présent livre peuvent exercer en pratique avancée* », ce qui confirme que les infirmiers en pratique avancée du premier régime demeurent, selon nous, des infirmiers relevant du même titre du code et ne se situent donc pas en dehors du cadre général défini par l'article L. 4311-1 du CSP. De même, l'article L. 4301-1, IV du CSP dispose que « *les règles professionnelles et éthiques de chaque profession (...) demeurent applicables* » aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée, ce qui confirme que la pratique avancée ne se substitue pas à la profession d'origine, mais s'y ajoute. S'agissant des spécialités infirmières, le raisonnement est analogue. L'article L. 4301-2, III du CSP prévoit en effet que les infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs « *peuvent exercer en pratique avancée selon des modalités propres à leur spécialité* », de sorte que la pratique avancée reconnue aux spécialités apparaît, là encore, comme une **modalité particulière d'exercice** venant s'ajouter à une qualité première d'infirmier spécialisé, et non comme une catégorie qui ferait sortir ces professionnels du cadre commun de la profession. Le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 va dans le même sens. Sa notice vise, parmi les « *publics concernés* », les « *infirmiers diplômés d'État, infirmiers anesthésistes diplômés d'État, infirmiers de pratique avancée* ». Autrement dit, le texte réglementaire pris pour l'application de l'article L. 4311-1 du CSP se présente lui-même comme intéressant l'ensemble des infirmiers.

de l'exercice infirmier (tel était bien l'objet annoncé de la réforme). Il constitue désormais, selon nous, un **cadre commun d'exercice étoffé**, intégrant des compétences de consultation, de diagnostic, de prescription, de coordination, d'accès direct, de délégation et d'intervention en urgence, sur lequel viennent ensuite se greffer les formes renforcées que constituent la pratique avancée du premier régime et la pratique avancée reconnue à certaines spécialités.

4.2. La pratique avancée du premier régime visée aux articles L. 4301-1 et L. 4301-2, I et II du CSP comme niveau d'exercice approfondi du métier socle

La pratique avancée du premier régime, visée aux articles L. 4301-1 et L. 4301-2, I et II du CSP, se distingue, selon nous, du métier socle par un **niveau d'autonomie clinique supérieur**, adossé à une **formation spécifique** et à un **champ réglementaire de compétences plus étendu**. Contrairement à la pratique infirmière spécialisée, elle ne se définit pas par des compétences techniques propres à une spécialité donnée, mais par un **des compétences supplémentaires** de l'infirmier dans son exercice, dans des domaines d'intervention identifiés, dans le cadre d'une prise en charge clinique plus autonome et plus large que celle relevant du seul métier socle.

La différence avec le métier socle tient, tout d'abord, au **niveau de qualification**. L'article R. 4301-1 du CSP prévoit à ce titre que l'infirmier exerçant en pratique avancée « dispose de compétences élargies » par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, compétences validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. L'article D. 4301-8 du CSP subordonne, dans cette perspective, l'exercice à l'obtention de ce diplôme, dans la mention correspondant au domaine d'intervention, ainsi qu'à trois années minimum d'exercice professionnel. La pratique avancée du premier régime se distingue donc du métier socle par un **niveau de formation et de spécialisation propre**.

La différence tient, ensuite, à l'**étendue des prérogatives cliniques**. Le métier socle permet désormais la consultation infirmière, le diagnostic infirmier, certaines prescriptions et l'accès direct dans le cadre du rôle propre. En revanche, la pratique avancée du premier régime repose **sur un bloc plus spécifique de prérogatives**, organisé par les articles R. 4301-2 et R. 4301-3 du CSP, **dans des domaines d'intervention déterminés correspondant aux mentions du diplôme (et au-delà du rôle propre)**. L'infirmier en pratique avancée est notamment compétent pour conduire un entretien, effectuer une anamnèse, procéder à un examen clinique, conduire des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, effectuer des actes d'évaluation et de conclusion clinique et prescrire certains produits ou examens dans les conditions prévues par les textes.

La différence tient, enfin, au **cadre de l'accès direct**. Pour le métier socle, l'accès direct apparaît lié aux soins de premier recours « dans le cadre de son rôle propre ». Pour la pratique avancée du premier régime, l'accès direct est organisé par l'article L. 4301-2, II du CSP dans certaines structures précisément énumérées et s'inscrit dans un cadre de prise en charge beaucoup plus spécifique. Les deux accès directs ne se situent donc pas au même niveau. Le premier relève d'un **accès direct infirmier de premier recours**, dans le cadre du rôle propre, pour des actes et soins définis par arrêté⁸. Le second relève d'un **accès direct propre à la pratique avancée**, dans des structures limitativement prévues par la loi, au sein de domaines d'intervention correspondant au diplôme détenu et avec des compétences cliniques et prescriptives plus étendues⁹.

⁸ S'agissant du **métier socle**, l'article L. 4311-1, II, 3° du CSP prévoit que l'infirmier participe aux soins de premier recours « dans le cadre de son rôle propre, en accès direct ». Cette faculté est précisée, sous réserve de son entrée en vigueur, par la future rédaction de l'article R. 4311-4 du CSP, aux termes de laquelle « dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier peut » notamment « prendre en charge directement les patients » et « initier, accomplir et évaluer les actes et les soins qu'il estime nécessaires et qui figurent dans une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ». L'accès direct du métier socle apparaît ainsi, selon nous, comme un **accès direct de premier recours**, rattaché au rôle propre infirmier et matériellement borné par la liste des actes et soins relevant de ce cadre.

⁹ Pour la **pratique avancée du premier régime**, l'article L. 4301-2, II du CSP ouvre l'accès direct dans des cadres limitativement énumérés, à savoir « dans les établissements de santé », dans certains établissements et services médico-sociaux, ainsi que « dans le cadre des structures d'exercice coordonné » mentionnées par le texte. Le décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 a précisément été pris pour fixer les « modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers ».

4.3. L'exercice infirmier en spécialité restreint par rapport au métier socle mais avec des compétences supplémentaires

À notre sens, la différence entre l'infirmier relevant du métier socle et l'infirmier exerçant en spécialité tient d'abord à la **place occupée par chacun dans l'architecture de la profession**. Le métier socle, défini à l'article L. 4311-1 du CSP, constitue le **cadre commun** de l'exercice infirmier. Il fixe les missions générales de la profession, ainsi que les compétences transversales attachées à la qualité d'infirmier, notamment en matière de soins infirmiers, de consultation infirmière, de diagnostic infirmier, de prescriptions infirmières, de coordination des parcours et, dans certaines conditions, d'accès direct.

L'exercice en spécialité procède d'une logique différente. Il ne constitue pas une profession autonome distincte de celle d'infirmier, mais une **modalité particulière d'exercice de cette même profession**, adossée à une formation complémentaire, à un diplôme propre et à des compétences spécialisées correspondant à un champ d'intervention déterminé. La future rédaction de l'article R. 4311-1 du CSP le rappelle d'ailleurs expressément en prévoyant que « la pratique infirmière peut s'exercer dans le cadre de spécialités ». Il en résulte que l'infirmier de spécialité demeure un infirmier au sens du métier socle, mais qu'il exerce en outre dans un cadre plus spécialisé, régi par des textes propres à sa spécialité.

La différence tient, ensuite, à la **nature des compétences mobilisées**. Le métier socle repose sur des compétences générales, communes à l'ensemble de la profession, tandis que la spécialité ajoute des compétences techniques, cliniques ou organisationnelles propres à un secteur d'activité déterminé. Par exemple, s'agissant des **infirmiers anesthésistes**, là où l'infirmier relevant du métier socle exerce, dans le cadre défini par l'article L. 4311-1 du CSP et les futures rédactions des articles R. 4311-1 à R. 4311-7 du CSP, des compétences de soins, de consultation, de diagnostic infirmier, de prescription et de coordination, l'infirmier anesthésiste se voit reconnaître, au titre de sa spécialité, des attributions particulières historiquement prévues à l'article R. 4311-12 du CSP, et appelées, à la suite du décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025, à figurer aux articles R. 4301-10-1 et R. 4301-10-2 du CSP. Ces attributions comprennent notamment, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, la pratique de l'anesthésie générale, de certaines anesthésies loco-régionales, de la réanimation per-opératoire, la prise en charge de la douleur postopératoire par certaines techniques, ainsi que certains transports interhospitaliers de patients stables ventilés, intubés ou sédatisés. Ces compétences particulières se justifient par la nature même de l'activité concernée, par son niveau de technicité et par les exigences propres de sécurité des soins qui s'y attachent

4.4. L'articulation entre spécialité infirmière et pratique avancée reconnue aux spécialités

S'agissant plus particulièrement de l'articulation entre les infirmiers de spécialité et les infirmiers de spécialité exerçant en pratique avancée, il nous paraît nécessaire de distinguer le **plan des catégories juridiques retenues par la loi** de celui de leur **traduction réglementaire effective**.

Sur le plan législatif, l'article L. 4301-2, III du CSP prévoit que les infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puériculteurs « *peuvent exercer en pratique avancée selon des modalités propres à leur spécialité définies par décret en Conseil d'État* », de sorte qu'il peut être raisonnablement considéré que la loi ouvre la possibilité d'un exercice en pratique avancée pour ces spécialités, **sans pour autant établir par elle-même une assimilation entre la spécialité infirmière et la pratique avancée**

en pratique avancée ». Sur le plan réglementaire, l'article R. 4301-1 du CSP précise que l'infirmier exerçant en pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ou « s'adressant directement à lui » et ajoute que, lorsqu'il n'exerce pas dans les conditions prévues au II de l'article L. 4301-2 du CSP, « la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin lui ayant confié le suivi du patient ». En outre, dans le domaine des urgences, l'article R. 4301-3-1 du CSP permet, pour certains patients pris directement en charge, d'« établir des conclusions cliniques », sous réserve de l'intervention d'un médecin de la structure des urgences au cours de la prise en charge.

qui peut lui être reconnue¹⁰. Les travaux préparatoires vont, à notre sens, dans le même sens. En effet, l'amendement gouvernemental n° 64 rectifié indiquait que les infirmiers spécialisés pourraient exercer en pratique avancée « *tout en conservant leur spécialité, les spécificités de leurs conditions d'exercice, ainsi que leur formation et l'organisation de leur métier* ». L'amendement n° 97 précisait, pour sa part, que « *la demande des infirmiers de spécialité n'a jamais été d'exercer le métier d'IPA sous une mention ad hoc* », mais de se voir reconnaître « **une forme de pratique avancée spécifique à leur spécialité** ». Enfin, le rapport de la commission mixte paritaire indiquait que chaque spécialité pourrait être reconnue « *comme une forme de pratique avancée spécifique, sans qu'il n'y ait de recoupement avec les infirmiers en pratique avancée (IPA)* ». Il en résulte que, dans l'économie de la loi, la spécialité infirmière et l'exercice en pratique avancée reconnu à certaines spécialités demeurerait, selon nous, **juridiquement distincts**.

Sur le plan **de la mise en œuvre réglementaire** cependant, cette distinction semble revêtir une portée plus limitée, à tout le moins pour les infirmiers anesthésistes, qui constituent à ce jour la seule spécialité infirmière ayant fait l'objet d'un décret d'application à la suite de la réforme de 2025. En effet, le décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 a créé un chapitre II intitulé « Spécialités infirmières en pratique avancée », puis a prévu que les articles R. 4311-12 et R. 4311-12-1 du CSP relatifs à la spécialité infirmière d'anesthésie deviendront les articles R. 4301-10-1 et R. 4301-10-2 du CSP, en ajoutant, au début du nouvel article R. 4301-10-1 du CSP, la formule suivante : « *L'infirmier anesthésiste **exerce en pratique avancée** selon les modalités et dans les conditions prévues aux II à VI* ». En l'état, cette recodification ne **s'accompagne pas d'une modification substantielle des compétences reconnues** avant la réforme de 2025 aux infirmiers anesthésistes, dès lors que le nouvel article R. 4301-10-1 du CSP reprend l'ensemble des attributions déjà prévues à l'article R. 4311-12 du CSP. Il en résulte que la traduction réglementaire actuellement donnée à l'article L. 4301-2, III du CSP tend, à tout le moins pour les infirmiers anesthésistes et en l'absence, à ce jour, d'autres textes d'application, **à faire largement correspondre l'exercice en pratique avancée désormais reconnu à cette spécialité à la spécialité infirmière d'anesthésie antérieure à la réforme**. Autrement dit, pour cette seule spécialité à ce jour effectivement recodifiée, les infirmiers anesthésistes de spécialité ont été transformés, d'un point de vue réglementaire, en **infirmiers anesthésistes exerçant en pratique avancée** au sens des futurs articles R. 4301-10-1 et R. 4301-10-2 du CSP.

Si les textes réglementaires relatifs aux autres spécialités suivent le même chemin, il n'y aura sans doute pas à distinguer, comme le prévoyait la loi, entre infirmiers spécialisés et infirmiers spécialisés en pratique avancée, la première catégorie ayant, en quelques sortes, été absorbée par la seconde.

5. L'HABILITATION DU POUVOIR REGLEMENTAIRE A INTEGRER L'APPROCHE POPULATIONNELLE A LA COMPETENCE DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE INTRODUITE A L'ARTICLE L. 4301-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Votre **interrogation n° 5** porte sur la portée de l'amendement adopté au Sénat à l'initiative de Mme **Brigitte Micouleau**, qui a introduit, à l'article L. 4301-1 du CSP, la possibilité de définir certains domaines d'intervention en pratique avancée selon une **approche populationnelle**, ainsi que sur les conséquences juridiques potentielles de cette disposition dans l'organisation future de la pratique avancée.

À notre sens, l'introduction, à l'article L. 4301-1 du CSP, de la précision selon laquelle les domaines d'intervention en pratique avancée « **peuvent être définis selon une approche populationnelle** » emporte une **portée normative réelle, mais limitée**. Elle n'a pas, par elle-même, redéfini les

¹⁰ On peut également relever que l'arrêté du 5 septembre 2025 fixant la liste des diplômes et certificats d'infirmier anesthésiste permettant l'exercice en pratique avancée reprend la logique du III de l'article L. 4301-2 du code de la santé publique, en prévoyant qu'« *en application du III de l'article L. 4301-2 du code de la santé publique, peuvent exercer en pratique avancée les infirmiers anesthésistes titulaires de certains titres* ». Cette rédaction laisse ainsi entendre que les textes continuent, dans leur lettre, de distinguer la spécialité d'infirmier anesthésiste et l'exercice en pratique avancée qui peut lui être attaché, même si cette distinction apparaît, en pratique, nettement atténuée avec la recodification projetée par le décret du 24 décembre 2025.

domaines d'intervention des infirmiers en pratique avancée ni modifié les mentions du diplôme, lesquelles demeurent, en l'état, celles correspondant aux domaines d'intervention énumérés à l'article R. 4301-2 du CSP. Elle a, en revanche, ouvert au **pouvoir réglementaire** une faculté nouvelle de structuration de ces domaines.

Cette lecture ressort, d'abord, de la **lettre même du texte**. Le choix du verbe « **peuvent** » semble traduire, une simple **faculté** laissée au pouvoir réglementaire, et non une obligation de réorganisation. Les travaux préparatoires semblent également confirmer cette analyse. L'amendement n° 22 présenté par Mme Brigitte Micouveau indiquait que l'amendement « **vise à recentrer les domaines d'intervention en pratique avancée sur une approche populationnelle, notamment les soins primaires et de première ligne** ». En séance publique du 5 mai 2025, son auteure a déclaré que « **Cet amendement vise à réformer les domaines d'intervention des IPA, en les recentrant selon une approche populationnelle** ». Dans le même débat, Mme Anne-Sophie Romagny, rapporteure, a indiqué que la commission était attentive « **au risque de surspécialisation des IPA** » et qu'elle croyait « **aux vertus d'une approche populationnelle à large spectre pour certaines mentions** ». A noter que cette dimension populationnelle de la pratique avancée a été adoptée en séance publique du Sénat après avoir été écartée en commission des affaires sociales, la rapporteure relevant qu'il s'agissait d'« **une réforme d'ampleur** » susceptible de conduire à des « **évolutions, voire des suppressions de mentions du diplôme d'IPA dont les effets sont mal anticipés** ». Le passage en séance publique à une rédaction se bornent à introduire une **simple possibilité, au lieu d'une obligation**.

Il en résulte que la portée juridique de cette disposition doit, selon nous, être **appréhendée comme principalement une habilitation offerte au pouvoir réglementaire**. Le législateur a ainsi ménagé la **possibilité d'une recomposition future de la pratique avancée**, sans que cette faculté ait, à ce stade et à notre connaissance, été investie par le pouvoir réglementaire.

La conséquence juridique potentielle de cette disposition réside donc, à notre sens, moins dans l'apparition immédiate de **nouvelles compétences** que dans l'ouverture d'un **fondement législatif** permettant, à l'avenir, une redéfinition de certains domaines d'intervention des infirmiers en pratique avancée. Une telle redéfinition pourrait affecter les **référentiels de formation** et le **régime des études**, en ce qu'elle supposerait d'adapter le contenu pédagogique, les compétences attendues, les terrains de stage et, plus largement, l'économie du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, aujourd'hui structurée par référence aux mentions correspondantes. Enfin, elle pourrait avoir une incidence sur l'organisation même de la pratique avancée, dès lors que les compétences, actes, prescriptions et modalités d'exercice demeurent, pour partie, articulés autour des domaines d'intervention en vigueur, notamment à l'article R. 4301-3 du CSP et dans l'arrêté du 18 juillet 2018 modifié, pris pour son application.

Dans ces conditions, l'amendement adopté au Sénat a introduit dans la loi une **faculté** pour le pouvoir réglementaire de définir les domaines d'intervention en pratique avancée selon une **approche populationnelle**. Si cette faculté présente une **portée juridique certaine**, le pouvoir réglementaire ne s'en est pas encore saisi. La disposition doit donc, selon nous, être regardée, à ce stade, comme une **habilitation législative ouverte pour l'avenir**, plutôt que comme le support d'une transformation déjà réalisée du droit positif de la pratique avancée.

* *
 *

Joël Moret-Bailly
Avocat associé
Professeur agrégé des facultés de droit

Julien Ballet
Avocat collaborateur