GUIDE PRATIQUE INFIRMIER N°2

# Actes et soins ce qui change pour l'IDE au 26 juin 2026

Décryptage pratique et pédagogique du nouveau régime des actes et soins infirmiers.

- ▸ — Préambule — Règlementaire / Conventionnel
- **I** — Comprendre la bascule : décret 2004 → arrêté 2026
- **II** — La nouvelle architecture des compétences
- **III** — Rôle propre exclusif vs délégable
- **IV** — Ce qui existait déjà (2004 → 2025)
- **V** — Ce qui est vraiment nouveau
- **VI** — Consultation infirmière & autonomie
- **VII** — Repères & points de vigilance

*Arrêté du 26 juin 2026 — JO du 27 juin 2026*
**NOR : SFHH2610764A**

PRÉAMBULE — POUR BIEN LIRE CE GUIDE

# Ce qui est autorisé n'est pas toujours remboursé



L'exercice infirmier repose sur deux univers distincts qu'il faut apprendre à ne jamais confondre. Un acte peut être parfaitement autorisé par la règlementation… et pourtant ne pas être pris en charge par l'Assurance maladie. Inversement, aucun acte ne peut être facturé s'il n'est pas d'abord juridiquement autorisé.

### LES DEUX UNIVERS DE L'EXERCICE INFIRMIER

| ① Le champ règlementaire | ② Le champ conventionnel |
|---|---|
| **Ce que l'IDE a le droit de faire.** | **Ce qui est remboursé par l'Assurance maladie.** |
| Source : Code de la santé publique, arrêtés, décrets, protocoles nationaux. | Source : Convention nationale, NGAP, avenants, décisions UNCAM. |
| Définit le périmètre professionnel : qui peut faire quoi, sous quelle responsabilité. | Définit la solvabilité de l'acte : code, tarif, conditions de facturation, majorations. |
| Sanction : disciplinaire, ordinale, pénale en cas de dépassement. | Sanction : indu, refus de prise en charge, contentieux avec l'Assurance maladie. |

⚠ **Point clé —** Un acte inscrit dans le champ règlementaire n'ouvre pas automatiquement droit à un remboursement. Il faut, en parallèle, qu'un code de facturation existe (NGAP) et que les conditions conventionnelles de sa prise en charge soient réunies. À défaut, l'acte est légal mais non solvable dans le cadre du tiers-payant conventionnel.

### À RETENIR AVANT DE POURSUIVRE

1. **Règlementaire ≠ conventionnel. Deux univers, deux logiques, deux sources de droit.**
2. **Un acte autorisé n'est pas automatiquement remboursé. Il faut un code NGAP et des conditions conventionnelles.**
3. **Un acte non autorisé ne peut jamais être facturé, même s'il est demandé par le patient ou un médecin.**
4. **La FNI défend, dans les deux univers, l'ouverture de nouvelles compétences ET leur juste valorisation économique.**

# Du décret de 2004 à l'arrêté de 2026



Jusqu'au 26 juin 2026, la profession infirmière était définie par un décret d'actes (décret n°2004-802, articles R.4311-1 et suivants du Code de la santé publique). L'arrêté du 26 juin 2026 change de logique : il substitue à ces listes fermées une définition par grandes missions, complétée d'une liste d'actes et de soins.

⚖ **Principe fondamental —** Le décret de 2004 énumérait des actes autorisés. L'arrêté de 2026 raisonne d'abord en compétences et responsabilités : le rôle propre de l'IDE est reconnu plus largement, avec de nouvelles marges d'autonomie encadrées.

*Réf. : Décret n°2004-802 (art. R.4311-1 et s. CSP) — Arrêté du 26 juin 2026, **NOR SFHH2610764A***

| Ancien cadre — Décret 2004-802 (à jour 2025) | Nouveau cadre — Arrêté du 26 juin 2026 |
|---|---|
| Logique de liste fermée : actes limitativement énumérés (R.4311-3 à R.4311-9). | Logique de missions : 9 grands domaines de rôle propre (Art. 1er). |
| Rôle propre restreint ; nombreux actes uniquement « sur prescription ». | Rôle propre élargi et clarifié ; autonomie renforcée sur certains soins. |
| Ajouts successifs par textes épars (vaccination, prescription, TROD…). | Cadre consolidé dans un texte unique + annexes. |
| Pas de consultation infirmière autonome formalisée. | Consultation infirmière reconnue (Art. 3). |

*Renvoi rapide :*


| Art. 1er arrêté | Art. 2 arrêté | Art. 3 arrêté |
|---|---|---|


⚠ **À savoir —** L'arrêté du 26 juin 2026 est d'application au plus tard le 30 juin 2026. Il ne supprime pas les obligations déontologiques : les actes s'exercent « avec tact et mesure », dans la limite des compétences et de la formation de chacun.

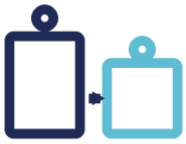
# Comment se lit l'arrêté

L'arrêté s'organise en 8 articles. Le cœur du texte (Art. 1er) structure le rôle propre de l'infirmier en 9 domaines, puis les articles suivants précisent la délégation, la consultation, et l'exercice sur prescription.

| Article | Objet | Ce qu'il faut retenir |
|---|---|---|
| **Art. 1er** | **Rôle propre — 9 domaines** | L'ensemble des soins que l'IDE met en œuvre dans le cadre de son rôle propre (les 9 domaines). |
| **Art. 2** | **Rôle propre délégable** | La part du rôle propre que l'IDE peut confier, sous sa responsabilité, à un AS, un AP ou un AES. |
| **Art. 3** | **Consultation infirmière** | Nouveauté : reconnaissance d'une consultation autonome (évaluation, orientation, suivi). |
| **Art. 4** | **Rôle sur prescription** | Actes réalisés sur prescription médicale (protocoles, thérapeutiques). |
| **Art. 5** | **Actes en présence potentielle du médecin** | Actes réalisables lorsqu'un médecin peut intervenir à tout moment. |
| **Art. 6** | **Participation aux actes médicaux** | Assistance de l'IDE aux gestes réalisés par le médecin. |
| **Art. 7 & 8** | **Entrée en vigueur** | Application au plus tard le 30 juin 2026 ; abrogations coordonnées. |

ℹ **Nouveauté de structure —** Le rôle propre se lit désormais sur deux niveaux : ce que l'IDE réalise lui-même (Art. 1er) et ce qu'il peut déléguer sous sa responsabilité (Art. 2). Cette distinction rôle propre exclusif / délégable est détaillée à la page suivante.

# Rôle propre exclusif ou délégable



C'est l'une des évolutions majeures de l'arrêté : le rôle propre de l'infirmier ne forme plus un bloc unique. Il se distingue désormais en un rôle propre exclusif, réservé à l'IDE, et un rôle propre délégable, dont la réalisation peut être confiée à d'autres professionnels sous la responsabilité de l'infirmier.

### RÔLE PROPRE EXCLUSIF

**Réservé à l'IDE**

Les soins qui, par leur nature, engagent le raisonnement clinique et la responsabilité infirmière et ne peuvent être confiés à un autre professionnel.

- Évaluation clinique et raisonnement infirmier
- Consultation infirmière (Art. 3)
- Décision et conduite du soin complexe (plaies, etc.)
- Surveillance des complications
- Coordination et orientation du parcours

**NON DÉLÉGABLE · RESPONSABILITÉ PLEINE DE L'IDE**

### RÔLE PROPRE DÉLÉGABLE

**Confié sous responsabilité**

Les soins que l'IDE peut confier, sous sa responsabilité, dans les conditions de l'art. R.4311-5, à d'autres professionnels (Art. 2).

**A — Aide-soignant, auxiliaire de puériculture ou AES titulaire du DE**

- Recueil de données, soins d'hygiène et de confort
- Accompagnement relationnel, écoute active
- Surveillance de paramètres non invasifs

**B — Aide-soignant ou auxiliaire de puériculture**

- Aide à la prise de médicaments non injectables
- Aspiration sur trachéo cicatrisée, VNI chronique
- Utilisation d'un DSA

**DÉLÉGABLE · L'IDE RESTE RESPONSABLE**

| Art. 1er arrêté | Art. 2 arrêté |
|---|---|

⚠ **À savoir —** Déléguer n'est pas se dessaisir : l'IDE qui confie un acte de son rôle propre en conserve la responsabilité. La délégation s'apprécie au cas par cas, selon la compétence du professionnel et l'état clinique du patient.

*Réf. : Art. 1er & 2 de l'arrêté du 26 juin 2026 — Art. R.4311-4 et R.4311-5 CSP*

# Les acquis 2004 → 2025

Attention à ne pas confondre : plusieurs prérogatives présentées comme « nouvelles » existaient déjà avant le 26 juin 2026. Elles avaient été ajoutées au fil des années au décret de 2004. L'arrêté les consolide sans les créer.

| Année | Prérogative acquise | Texte de référence |
|---|---|---|
| 2008 | Vaccination antigrippale sans prescription médicale. | Arrêté / décret vaccination grippe. |
| 2009 | Renouvellement de la contraception orale (6 mois) ; consécration de l'ETP. | Loi HPST du 21 juillet 2009. |
| 2012 | Prescription de certains dispositifs médicaux. | Arrêté du 20 mars 2012. |
| 2020 | Réalisation des TROD et tests antigéniques (contexte Covid-19). | Décrets / arrêtés d'urgence sanitaire 2020. |
| 2023 | Administration de l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal aux ≥ 11 ans. | Décret n°2023-736 (art. R.4311-5-1 CSP). |

⚠ **Point de vigilance —** Ces compétences restent en vigueur et sont désormais intégrées à l'architecture de l'arrêté. Communiquer sur elles comme des « nouveautés 2026 » serait inexact : ce sont des acquis consolidés.

ℹ **Rappel —** La liste de prescription proprement dite (vaccins, plaies, santé sexuelle, sevrage tabagique, DM, examens biologiques) relève d'un second arrêté du 26 juin 2026 (NOR SFHH2617311A), traité dans le Guide de référence FNI N°1.

# Les nouveaux actes et soins

Voici les évolutions réellement introduites (ou considérablement renforcées) par l'arrêté du 26 juin 2026 relatif aux actes et soins.

- **Consultation infirmière autonome**

  Reconnaissance d'un temps d'évaluation, d'orientation et de suivi conduit par l'IDE (Art. 3).

  | NOUVEAU | Rôle propre |
  |---|---|

- **Certificats de décès**

  L'IDE peut établir le certificat de décès, prérogative issue de l'expérimentation menée depuis 2023 et désormais pérennisée. Conditionnée à une formation certifiante obligatoire : l'attestation de formation doit être enregistrée auprès de l'Ordre national des infirmiers pour pouvoir exercer cet acte.

  | NOUVEAU | Formation certifiante |
  |---|---|

- **Sédation profonde et continue**

  Participation encadrée à la mise en œuvre, en fin de vie, selon protocole.

  | NOUVEAU | Sur protocole |
  |---|---|

- **Prise en charge autonome des plaies**

  Évaluation, mesure de l'index de pression systolique, pose de compression, décision de soins.

  | RENFORCÉ | Rôle propre |
  |---|---|

- **Évaluation clinique structurée**

  L'IDE conduit une évaluation clinique formalisée servant de base à l'orientation du patient.

  | RENFORCÉ |
  |---|

- **Transports paramédicalisés**

  Intervention au sein des UMH-P (SMUR) et auprès des services d'incendie et de secours.

  | NOUVEAU | Sur protocole |
  |---|---|

ℹ **Lecture —** NOUVEAU = prérogative introduite par l'arrêté de 2026. RENFORCÉ = compétence préexistante dont l'autonomie ou le périmètre est significativement élargi.

# La consultation infirmière

L'article 3 de l'arrêté formalise la consultation infirmière. C'est l'évolution structurelle la plus emblématique : elle reconnaît l'IDE comme acteur de premier recours dans un cadre précis.

| Ce que permet la consultation | Cadre & limites |
|---|---|
| Recueillir et analyser des données cliniques. | Dans le champ des compétences infirmières. |
| Poser une évaluation infirmière et orienter le patient. | Ne se substitue pas au diagnostic médical. |
| Assurer un suivi (plaies, chronicité, prévention). | Traçabilité au dossier patient / DMP. |
| Décider de certains soins relevant du rôle propre. | Orientation vers le médecin si nécessaire. |

| Art. 3 arrêté | DMP |
|---|---|

⚠ **À savoir —** La consultation infirmière s'inscrit dans une logique de coordination et non de substitution. Elle renforce l'accès aux soins tout en préservant l'articulation avec le médecin traitant.

### LES 9 DOMAINES DU RÔLE PROPRE (ART. 1ER)

- Évaluation de l'état de santé
- Recueil des données de santé
- Mise en œuvre des soins
- Vaccination
- Prévention & soins des plaies
- Orientation & collaboration
- Surveillance des complications
- Éducation à la santé & ETP
- Contribution à la recherche

# Ce qu'il faut retenir

### LÉGENDE DU DOCUMENT

| | |
|---|---|
| NOUVEAU | Acte ou soin introduit par l'arrêté du 26 juin 2026. |
| RENFORCÉ | Compétence préexistante, dont l'autonomie ou le périmètre est élargi. |
| Sur protocole | S'exerce dans le cadre d'un protocole ou d'une organisation dédiée. |
| Rôle propre | Relève de l'initiative et de la responsabilité propres de l'IDE. |

### 3 RÉFLEXES POUR BIEN LIRE LE NOUVEAU CADRE

**1. Vérifier la source**

Deux arrêtés distincts du 26 juin 2026 : les actes et soins (NOR SFHH2610764A, ce guide) et les prescriptions (NOR SFHH2617311A, Guide N°1).

**2. Distinguer acquis et nouveautés**

Vaccination, prescription de DM, TROD, contraception existaient déjà. La consultation infirmière et les certificats de décès sont réellement nouveaux.

**3. Rester dans son périmètre**

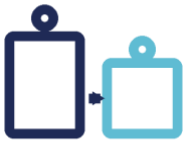
Chaque acte s'exerce selon la formation, le cadre déontologique et la traçabilité au dossier / DMP.

⚖ **En synthèse —** L'arrêté du 26 juin 2026 ne fait pas qu'ajouter des actes : il change de logique, en reconnaissant la compétence et la responsabilité infirmières autour de grandes missions. **C'est une reconnaissance structurelle du métier.**

**Sources —** Arrêté du 26 juin 2026, NOR SFHH2610764A (JO 27/06/2026) · Décret n°2004-802 et art. R.4311-1 et s. CSP · Décret n°2023-736 · Loi HPST 2009 · Arrêté du 20 mars 2012 · Ordre National des Infirmiers · Analyse FNI. Version en ligne : legifrance.gouv.fr.

ANNEXE — TABLEAU COMPARATIF

# Rôle propre exclusif vs délégable



Lecture : l'article 1er énumère les soins que l'infirmier met en œuvre au titre de son rôle propre — ils lui sont exclusifs. L'article 2 énumère limitativement la part qu'il peut confier, sous sa responsabilité, à un aide-soignant (AS), un auxiliaire de puériculture (AP) ou un accompagnant éducatif et social (AES). Tout ce qui ne figure pas à l'article 2 demeure exclusif à l'IDE.

| Domaine | Rôle propre EXCLUSIF — réservé à l'IDE (Art. 1er) | Rôle propre DÉLÉGABLE — confié sous responsabilité (Art. 2) |
|---|---|---|
| **Évaluation & recueil de données** | Examen clinique infirmier, évaluation des besoins par échelles standardisées, du risque suicidaire, de la douleur, de l'état nutritionnel, TROD et lecture, ECG, mini-spiromètre, dépistage IST. | Recueil de paramètres non invasifs, observation et repérage de troubles du comportement, repérage de maltraitance, recueil d'échantillons (hors prélèvement invasif), glycémie capillaire, entretien d'accueil. |
| **Mise en œuvre des soins** | Projet de soins, soins en assistance nutritive, dialyse, milieu stérile, oncologie, psychiatrie, personne intubée/trachéotomisée, maintien des fonctions vitales, sédation profonde et continue. | Toilette, hygiène, alimentation, mobilisation et aide à la marche, aide/vérification de la prise de médicaments non injectables, lavage oculaire, VNI chronique, aspiration sur trachéo cicatrisée, DSA. |
| **Prévention & surveillance** | Décision et pilotage du plan de prévention, surveillance clinique engageant le raisonnement infirmier, évaluation de la douleur et des complications. | Prévention des thromboses (bas de contention), prévention du risque d'escarres, suivi de l'élimination, surveillance des fonctions vitales par moyens non invasifs, repérage d'anomalies (cathéters, sondes). |
| **Vaccination** | Prescription et administration des vaccins (calendrier vaccinal, grippe, Covid-19) — acte infirmier. | Non délégable — ne figure pas à l'article 2. |
| **Plaies** | Évaluation de la plaie, index de pression systolique, décision et conduite du soin, pose de compression. | Non délégable — relève du raisonnement clinique infirmier. |
| **Consultation & orientation** | Consultation infirmière autonome (Art. 3), diagnostic éducatif, orientation du parcours, ETP. | Non délégable — acte propre et autonome de l'IDE. |

| Art. 1er arrêté | Art. 2 arrêté |
| --- | --- |

⚠ **Règle de lecture —** La liste de l'article 2 est limitative : un acte du rôle propre non expressément mentionné à l'article 2 ne peut pas être délégué. Déléguer un acte listé n'exonère jamais l'IDE de sa responsabilité.

*Réf. : Art. 1er & 2 de l'arrêté du 26 juin 2026 — Art. R.4311-4 et R.4311-5 CSP*

ANNEXE

# Texte officiel de l'arrêté

**Arrêté du 26 juin 2026** fixant la liste des actes et soins pouvant être réalisés par les infirmiers diplômés d'État.

NOR : SFHH2610764A — *JORF du 27 juin 2026, texte n° 25* — Consulter la version officielle sur Légifrance

**Ministère de la Santé — Publié au JORF le 27 juin 2026.** La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4311-1 et R. 4311-1 et suivants ; vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 10 mars 2026 ; vu la saisine de la commission AT-MP du 13 mars 2026 ; vu la saisine du conseil de l'UNCAM du 13 mars 2026 ; vu l'avis du conseil de la CNAM du 24 mars 2026 ; vu l'avis de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole du 26 mars 2026,

***Arrête :***

## Article 1er

Dans le cadre de son rôle propre défini à l'article R. 4311-4 et des données acquises de la science, l'infirmier met en œuvre les interventions et dispense les soins listés au présent article :

### I. – Évaluation

– repérage et évaluation des besoins de la personne et de sa réponse clinique par l'utilisation d'outils et d'échelles standardisées ;
– repérage et évaluation de la souffrance psychique, du risque suicidaire, de la fragilité et des vulnérabilités psychosociales et mise en place de stratégies de prévention ;
– repérage des troubles de la sexualité et évaluation des besoins en santé sexuelle, adaptés selon l'âge, les vulnérabilités ou les handicaps de la personne ;
– repérage des troubles alimentaires de la dénutrition et de la malnutrition ;
– identification de toute modification de l'état de santé physique et psychique de la personne, incluant la lecture et le repérage d'anomalies des résultats des examens biologiques pour information ou alerte du médecin et adaptation du plan de soins infirmier ;
– évaluation des fonctions cognitives, psychiques et de communication de la personne ;
– évaluation de la fonction urinaire à l'aide d'un appareil de mesure vésical ;
– évaluation de l'état nutritionnel et de l'hydratation, éducation et accompagnement selon les besoins ;
– évaluation de l'autonomie, de la dépendance physique, mobilité, marche, risques de chutes et d'escarres ;
– prévention du risque ou de la récidive de chute ;
– évaluation de l'observance et de la tolérance des traitements ;
– évaluation initiale en matière d'accompagnement au sevrage tabagique et des autres addictions (dépendance, leviers de motivation, freins, bénéfices attendus) ;

– évaluation des douleurs et participation à l'élaboration des plans de prévention et de gestion correspondants.

### II. – Recherche, collecte et traitement de données

– recueil des liquides biologiques (sang, sécrétions nasales, urines, salive) pour réalisation de TROD à lecture instantanée, rapide et précoce ;

– recueil des données en matière de prévention, dépistage, surveillance et prise en charge de l'obésité (mesures de base, IMC ; recherche, identification et évaluation des besoins) ;

– réalisation et lecture de tests standardisés de dépistage des IST (VIH, hépatites, syphilis, chlamydia, gonocoque) ;

– lecture de l'intradermo-réaction pour le test tuberculinique ;

– réalisation d'électrocardiogrammes standards de 12 dérivations dans le cadre d'une prise en charge en équipe pluriprofessionnelle et transmission systématique au médecin ;

– réalisation et lecture fonctionnelle d'un examen exploratoire à l'aide d'un mini-spiromètre ;

– participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles (hors article 6) et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels.

### III. – Mise en œuvre de soins

– réalisation d'un examen clinique infirmier ;

– réalisation d'entretiens infirmiers ;

– élaboration d'un projet de soins individuel ou populationnel ;

– élaboration de programmes de soins d'hygiène et de confort, incluant le contexte palliatif ;

– soins d'une personne en hypothermie ou en hyperthermie ;

– soins de la personne en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

– soins de la personne sous dialyse rénale ou péritonéale ;

– soins de la personne placée en milieu stérile ;

– soins de support en oncologie et en psychiatrie ;

– soins d'une personne intubée, trachéotomisée ou trachéostomisée et aspirations des sécrétions ;

– maintien des fonctions vitales par des moyens non-invasifs sans recours à des médicaments ;

– changement et retrait de sondes à oxygène, gastriques, vésicales, rectales et dispositif non-invasif d'administration d'oxygène (hors sonde d'intubation) ;

– changement de dispositif médical à ballonnet, hors 1ers remplacements de sonde jéjunale, canule à ballonnet et sonde d'intubation ;

– pose et changement de support et de poche de colostomie ;

– administration de l'alimentation par sonde ; administration d'antalgiques de palier 1 ;

– séances ou programmes de soutien ou thérapie individuelle ou de groupe ;

– proposition, mise en œuvre et adaptation d'un plan de prévention ;

– participation aux engagements thérapeutiques et aux prises en charge psychosociales ;

– entretiens individuels et médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

### IV. – Vaccination

– administration de l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal aux personnes âgées de onze ans et plus (exception vaccins vivants atténués chez les immunodéprimés) ;

– administration des vaccins contre la grippe saisonnière (≥ 11 ans, ciblées ou non) ;

– administration des vaccins contre la covid-19 (≥ 5 ans, ciblées ou non) ;

– inscription des données de vaccination (nom, prénom d'exercice, vaccin, date, lot) au carnet de santé, au carnet de vaccination et au DMP, ou au dossier infirmier avec délivrance d'une attestation.

### V. – Prévention, évaluation et traitement de la plaie

L'infirmier prend en charge la prévention, l'évaluation et le traitement de :

1° La plaie chronique, à l'exclusion :

– du pied diabétique ;

– spécifique aux soins oncologiques et à la radiothérapie ;

– présentant une aggravation et une absence de cicatrisation malgré les soins prodigués.

2° La plaie aigüe, à l'exclusion :

– par brûlure sur terrain à risque (plaies sur enfants de moins de 3 ans) ;

– post-chirurgicale, pénétrante à proximité d'un orifice, balistique, du visage, de la main (sauf dermabrasion superficielle sans perte de sensibilité ou motricité).

Les soins de plaies comprennent notamment : identification des exclusions et situations d'urgence, observation et caractérisation du lit de la plaie, analyse étayée (HbA1c, infection, dénutrition, thérapeutiques), vérification du statut vasculaire, administration d'antalgiques de palier 1 (hors AINS/aspirine), soins de nettoyage et détersion mécanique, renouvellement et retrait des pansements, mesure de l'index de pression systolique, pose et changement (sans modification de la force de compression) de dispositifs de compression sur la base de l'IPS, surveillance des effets.

### VI. – Orientation et collaboration interprofessionnelle

– orientation dans le parcours de soins, triage infirmier, évaluation du niveau de recours ;

– élaboration de notes cliniques et de fiches de liaison ;

– transmission et évaluation du projet de soins infirmiers ;

– constat et rédaction de certificats de décès (D. 2213-1-1-4 et suivants CGCT) ;

– concertation pluridisciplinaire, entretien d'accueil, coordination des soins (dont retour à domicile) ;

– collaboration avec médiateurs en santé, patients experts, pair-aidants ;

– participation à des activités de médiation thérapeutique ou psychothérapeutique.

### VII. – Surveillance et identification des complications

– surveillance des perfusions, scarifications et injections ;

– repérage de la iatrogénie ;

– surveillance des paramètres biologiques et cliniques de coagulation ;

– surveillance des cathéters, sondes et drains, dont montages implantables ;

– surveillance des plaies, pansements et bandages ;

– suivi post-chirurgical immédiat et RAAC ;

– surveillance du retentissement somatique et psychologique (obésité, post-chirurgie bariatrique, oncologie) ;

– surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques (équipe, personne, entourage).

### VIII. – Éducation pour la santé et éducation thérapeutique

– actions d'éducation pour la santé, prévention et dépistage ;

– ateliers individuels ou de groupe à visée socio-éducative ;

– prévention, dépistage, information et conseils IST, PrEP et Doxy-PeP ;

– délivrance de contraceptifs d'urgence uniquement dans des lieux limitativement énumérés (établissements scolaires, services universitaires, centres de santé sexuelle et de médiation, CeGIDD, PASS) ;

– entretien motivationnel, notamment sevrage tabagique, addictions, obésité ;

– démarche d'éducation thérapeutique (diagnostic éducatif, programme personnalisé, séances individuelles/collectives, évaluation) ;

– accompagnement et soutien motivationnel : adhésion aux plans de soins, observance, auto-soins, bon usage des DM ;

– information et aide à la rédaction des directives anticipées et à la désignation de la personne de confiance.

### IX. – Recherche

– rédaction de protocoles de soins infirmiers et contribution à des programmes de recherche scientifique ;

– réalisation d'une évaluation de situation dans le champ de la santé publique.

## Article 2

Dans le cadre de son rôle propre et des données acquises de la science, l'infirmier met en œuvre les interventions et dispense les soins listés au présent article ou en confie leur réalisation sous sa responsabilité, dans les conditions prévues par l'article R. 4311-5, à :

A. – Un aide-soignant, un auxiliaire de puériculture ou un accompagnant éducatif et social titulaire du diplôme d'État :

### I. – Recherche et collecte de données

– recueil des paramètres observables par tout moyen non-invasif (hors moyens paracliniques) ;
– observation et repérage de troubles du comportement ;
– repérage et évaluation des risques et signes de maltraitance, violences sexuelles et sexistes ;
– recherche des signes d'alerte chez une personne porteuse d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
– recueil d'échantillons biologiques (hors prélèvement invasif d'urine, salive, selles).

### II. – Mise en œuvre de soins

– aide à la toilette, hygiène bucco-dentaire, alimentation, hydratation, habillage ;
– soins de bouche avec produits non médicamenteux ;
– lever ou mobilisation et aide à la marche (hors techniques de rééducation) ;
– installation de la personne selon sa pathologie, son handicap ou son niveau de dépendance ;
– activités sociothérapeutiques ou socioéducatives, accompagnement relationnel et écoute active non psychothérapeutique ;
– vérification de la prise des médicaments sous forme non injectable ;
– administration en sprays de produits non médicamenteux.

### III. – Participation à la prévention, au repérage et à la surveillance

– prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses (bas de contention) ;
– participation à la prévention et surveillance du risque d'escarres ;
– surveillance et recommandations sur l'hygiène et l'équilibre alimentaire ;
– suivi de l'élimination intestinale et urinaire ;
– préparation et surveillance du repos et du sommeil.

B. – Un aide-soignant ou un auxiliaire de puériculture :

### I. – Recherche et collecte de données

– entretien d'accueil de la personne et de son entourage ;
– recueil de tout paramètre susceptible de concourir à l'évaluation de l'état de santé et de conscience ;
– recueil de sang par captation capillaire pour glycémie ;
– recueil aseptique d'urines en situation d'urgence (hors sonde microbiologique) ;
– participation aux tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales.

### II. – Mise en œuvre de soins

– entretien de l'environnement, prévention des infections associées aux soins ;
– aide à la prise des médicaments sous forme non injectable ;
– lavage et irrigation oculaire, instillation de collyres ;
– aspirations des sécrétions endotrachéales sur orifice de trachéotomie cicatrisé ;
– pose et changement de masque VNI chronique (hors dispositif d'insufflation ou d'exsufflation) ;
– ventilation manuelle instrumentale par masque ;

– vidange de dispositif de recueil ;
– préparation en vue d'un examen ou d'une intervention chirurgicale (soins cutanés préopératoires) ;
– participation à la désinfection et à la stérilisation des DM réutilisables ;
– utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance associée ;
– administration en aérosols de produits non médicamenteux.

**III. – Prévention, repérage et surveillance**

– prévention du risque d'escarres ; parasitoses externes ; anomalies liées aux scarifications, injections, perfusions, cathéters, sondes, drains ;
– surveillance des fonctions vitales par moyens non-invasifs sans recours à des médicaments ;
– surveillance de l'élimination, ponction diagnostique/thérapeutique, assistance nutritive, dialyse, milieu stérile, chambre d'isolement, personne intubée/trachéotomisée ;
– surveillance des effets secondaires des médicaments ; prévention et participation à l'évaluation de la douleur ;
– suivi de programme individualisé de prévention.

## Article 3

L'infirmier est habilité à conduire, en autonomie, des consultations infirmières définies à l'article R. 4311-3 et dans les domaines d'activité et de compétence prévus à l'article R. 4311-2.

La consultation infirmière est reportée par l'infirmier dans le dossier du patient.

Ces consultations peuvent être réalisées en établissement de santé, en établissement médico-social, en cabinet libéral, au domicile du patient ou dans toute autre structure autorisée à dispenser des soins infirmiers.

Pour l'exercice libéral, le périmètre et les conditions de remboursement des consultations infirmières sont fixés par la convention prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale.

## Article 4

Dans le cadre de son rôle sur prescription défini à l'article R. 4311-6, l'infirmier met en œuvre les interventions et dispense les soins listés au présent article :

**I. – Recueil de données cliniques**

– prélèvements non sanglants sur la peau ou muqueuses accessibles ;
– prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
– recueil aseptique d'urines ;
– prélèvements de sang par ponction veineuse, capillaire, cathéter ou artérielle pour gazométrie ;
– transmission des indications techniques pour les analyses de biologie médicale ;
– mesure de la pression veineuse centrale ;
– enregistrement d'ECG > 12 dérivations, EEG et potentiels évoqués.

**II. – Mise en œuvre de soins**

– injections, perfusions, scarifications, saignées, instillations et pulvérisations ;
– scarifications et injections destinées aux vaccinations ne relevant pas de l'article 1er ;
– injections et perfusions dans cathéters et montages (hors article 5) ;
– pose et retrait d'un cathéter court (périphérique veineux ou intra-osseux), aiguille ou trocart, éventuellement sous échographie ;
– retrait de cathéters veineux périphériques longs et cathéters périnerveux ;
– pose, changement et retrait de dispositifs transcutanés et surveillance ;

– ablation de DM de réparation cutanée ; pose de contention physique ou mécanique ponctuelle ;
– changement de canule de trachéotomie (1er changement par un médecin) ;
– renouvellement et ablation des systèmes de tamponnement ;
– pose de sondes vésicales, à oxygène, gastriques, rectales, lavements ;
– instillation intra-urétrale, irrigation vaginale, bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
– soins de bouche avec produits médicamenteux et aide instrumentale ;
– aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
– administration médicamenteuse (préparation et dilution le cas échéant), sans préjudice des articles 1er et 2 ;
– adaptation de traitements antalgiques dans le cadre de protocoles préétablis écrits, datés et signés par un médecin ;
– application d'anesthésiques locaux ; participation aux techniques TENS et à l'analgésie intrathécale ;
– mise en œuvre des engagements thérapeutiques et protocoles d'isolement ;
– cures de sevrage.

### III. – Traitement de la plaie

– participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
– appareillage et irrigation d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
– surveillance et soins de plaies post-opératoires, incluant les plasties ;
– pose, renouvellement, surveillance et retrait d'un Traitement par Pression Négative (TPN) ;
– pose de bande de contention ou modification thérapeutique du traitement compressif en situation à risque ou complexe ;
– adaptation des soins, hors protocoles standards, pour prioriser les souhaits et le confort de la personne.

### IV. – Surveillance

– vérification des appareils de ventilation assistée (hors matériel d'anesthésie) ou du monitorage, et surveillance de la personne ;
– branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
– installation et surveillance sous oxygénothérapie normobare et en caisson hyperbare ;
– suivi des patients diabétiques sous pompe à insuline ;
– soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires (transports programmés inter-établissements et transports paramédicalisés d'urgence : UMH-P d'un SMUR, SSSM des sapeurs-pompiers, ambulance autorisée par l'ARS) ;
– mise en œuvre, surveillance et évaluation des modalités de sédation profonde et continue.

## Article 5

L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

– injections et perfusions de produits d'origine humaine, avec contrôle d'identité et de compatibilité effectué par l'infirmier lorsque le produit l'exige ;
– injections analgésiques dans cathéters périduraux et intrathécaux ou à proximité d'un tronc/plexus nerveux, posés par un médecin après première injection médicale ;
– préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
– retrait de cathéters centraux et intrathécaux ;
– application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
– pose de dispositifs d'immobilisation ;

– utilisation d'un défibrillateur manuel ;
– soins et surveillance en post-opératoire immédiat (sous réserve de l'article R. 4301-10-1).

## Article 6

L'infirmier participe à la mise en œuvre par le médecin, dans des contextes organisationnels pluriprofessionnels spécifiques, des techniques suivantes :

– première injection d'une série d'allergènes ;
– enregistrement d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou médicaments modificateurs ;
– prise et recueil de pression hémodynamique à caractère vulnérant (hors article 4) ;
– actions face à des situations d'urgence vitale ;
– explorations fonctionnelles avec épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou tests de provocation ;
– contrôle en télésurveillance de dispositifs implantables rythmologiques ;
– adaptation des réglages de stimulation cérébrale profonde ;
– ablation de drains pleuraux ou médiastinaux ;
– réalisation de ponction thérapeutique ;
– pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
– transplantation d'organes et greffe de tissus en équipe pluridisciplinaire ;
– activités à visée psychiatrique (électroconvulsivothérapie, stimulation magnétique transcrânienne).

## Article 7

Le présent arrêté entre en vigueur le lendemain de la publication de l'arrêté pris en application du I de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique et au plus tard le 30 juin 2026.

## Article 8

Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

*Fait le 26 juin 2026.*

*La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,*

**STÉPHANIE RIST**

**Source officielle —** Arrêté du 26 juin 2026, NOR SFHH2610764A, publié au *JORF du 27 juin 2026, texte n° 25*. Version en ligne : legifrance.gouv.fr.