

N° 8714³
CHAMBRE DES DÉPUTÉS

PROJET DE LOI

**portant modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur
l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé
en vue de remplacer l'annexe 1**

* * *

**AVIS DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU LUXEMBOURG (ANIL)**
(12.5.2026)

Madame la Ministre,

L'ANIL tient à exprimer ses réserves majeures concernant le projet de loi (PDL) 8714. Après notre analyse nous constatons que le texte, bien que plus volumineux (passant de 5 à 9 pages), n'élargit l'autonomie professionnelle des infirmières que de manière ponctuelle. Les modifications apportées semblent concerner principalement la forme du texte, telles que les intitulés et la répartition, plutôt que le contenu substantiel de celles-ci. Les modifications du contenu renforcent principalement la responsabilité d'exécution (A2), sans reconnaître pleinement la responsabilité décisionnelle (A1) qui caractérise l'exercice infirmier en 2026. Comme déjà mentionné dans notre lettre du 25 juin 2025 adressée à la Ministre de la Santé, dans ces conditions, nous ne pouvons envisager un transfert de compétences vers d'autres professions dont le champ d'action, les missions spécifiques, ainsi que les complémentarités et les éventuelles lacunes à combler ne sont pas encore connus.

Le processus ayant mené à ce texte soulève également des interrogations sur le plan méthodologique. L'absence de validation formelle, les modifications non tracées et les tableaux comparatifs d'attributions manquants ont conduit à des incohérences notables, telles que des actes manquants (ex. : administration d'oxygène), doublons (ex. : mesure de la diurèse en A1 et A2) et une hétérogénéité dans le niveau de précision des attributions. Certaines dispositions introduisent par ailleurs des restrictions supplémentaires qui ne semblent pas refléter la réalité du terrain ni les défis futurs de la profession infirmière. Compte tenu de ces limites nous considérons que ce document n'est pas prêt à entrer dans le processus législatif avant une révision complète et structurée.

Par ailleurs, l'absence d'une définition normative de la notion de prescription (médicale, sage-femme, infirmière,...) a constitué un frein majeur à l'adaptation du rôle propre infirmier à la situation d'aujourd'hui. Au regard des éléments exposés et compte tenu du risque que ce texte ne soit à nouveau pas révisé pendant plusieurs décennies, nous exigeons le maintien du texte actuellement en vigueur, dans l'attente d'une définition claire de la notion de prescription et d'une révision complète et structurée. À cet égard, la démarche suivie par l'Observatoire de la santé lors de la définition des indicateurs pour l'évaluation de la performance du système de santé (HSPA) constitue un exemple de démarche structurée et efficace. Une approche similaire pourrait servir de modèle, en s'appuyant sur un texte existant tel que le modèle français, d'autant plus que la majorité des infirmières exerçant au Luxembourg ont été formées en France et sont donc déjà familiarisées avec les attributions qui y sont définies.

*

COMMENTAIRES SUR LE CONTENU DU TEXTE PROPOSÉE

Dans le texte proposé, les missions valorisantes attribuées aux infirmiers ne sont pas couvertes par les attributions listées au point 6. Cette dissociation entre missions et attributions crée une insécurité juridique et expose les infirmières à un risque d'exercice illégal de la médecine, tel que défini dans l'article 7 de la loi du 29 avril 1983. Même si certaines professions de santé sont aujourd'hui formées à un niveau académique supérieur à celui des infirmiers, elles ne disposent pas automatiquement des compétences propres à la profession infirmière, sur le modèle de la loi du 29 avril 1983 relative à l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, qui définit clairement les conditions d'un exercice illégal de la médecine, nous demandons qu'une définition de l'exercice illégal des soins infirmiers soit également intégrée dans le projet de loi.

Nous insistons pour que la consultation infirmière soit reconnue comme une attribution propre, applicable non seulement dans le cadre de parcours prédéfinis, mais aussi en réponse aux problèmes de soins réels ou potentiels liés à la dépendance (ex. : risque de chute), qui relèvent clairement de notre champ de compétences.

Concernant les actes classés en A3: il est inacceptable que l'infirmier soit tenu de garantir que le médecin soit « en mesure d'intervenir ». Soit ces actes soient redéfinis comme actes médicaux, soit ils sont classifiés comme acte A2 avec l'infirmier qui doit pouvoir agir immédiatement (ex. : administration d'adrénaline) en cas d'urgence.

Nous demandons également le reclassement de certains actes actuellement listés en A2 vers A1, notamment ceux qui relèvent clairement du champ de compétence infirmière, tels que:

- les soins de consultation infirmière et coordination,
- les soins de bouche,
- les soins de peau,
- les soins de plaies non-infectées,
- les soins en cas de constipation.

Nous exigeons également que notre activité réservée à la profession infirmière, à savoir l'établissement d'un diagnostic infirmier et soins des réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité ainsi que l'aspect que le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière à la responsabilité soient intégrés dans les attributions au point 6. De plus, la participation au raisonnement diagnostique différentiel, la formulation d'hypothèses, ainsi que la contribution au processus d'information et au consentement éclairé, en favorisant une prise de décision partagée, ainsi que les aspects éthiques devraient également être représentées dans les attributions au point 6.

Ces interventions font partie intégrante de la formation des infirmières, aujourd'hui dispensée notamment au niveau bachelier à l'université et correspondent à des soins infirmiers incluant l'évaluation clinique et la mise en œuvre, le cas échéant, des interventions médicamenteuses accessibles à la population en vente libre. En plus, le maintien de ces actes en A2 (soumis à prescription médicale) retarde l'intervention dans des situations à faible risque où une réponse rapide est essentielle (ex. : application de Zovirax pour un herpès connu). Il déresponsabilise l'infirmier, alors même que celui-ci est formé pour reconnaître et prendre en charge ces situations de manière autonome. Il alourdit inutilement les parcours de soins, en mobilisant des ressources médicales pour des actes qui ne relèvent pas de leur champ d'expertise. Par ailleurs, dans les cas où le diagnostic médical est déjà établi (infection herpétique récurrente) et que le traitement habituel (application topique d'aciclovir) est connu, il nous semble légitime de s'interroger sur la nécessité d'exiger un nouveau diagnostic médical. Cela va à l'encontre du principe de proportionnalité et de continuité des soins.

Nous souhaitons souligner que le Collège médical, lors de notre entrevue, s'est prononcé en faveur de l'introduction d'une prescription infirmière pour les produits de santé nécessaires à l'exercice de la profession et accessibles en vente libre à la population. À l'instar de la France, la liste de ces produits pourrait être fixée par un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale et être mise à jour au moins tous les trois ans. Nous souhaitons également souligner que ces revendications ne relèvent en aucun cas de la pratique avancée. Celle-ci est définie par le Conseil International des Infirmières et Infirmiers (CII) comme suit : « Une infirmière généraliste ou spécialisée ayant acquis, grâce à des études supérieures approfondies (au minimum un master), les connaissances théoriques, les capacités de prise de décision complexe ainsi que les compétences cliniques indispensables à

l'exercice en pratique avancée, laquelle dépend du contexte dans lequel elle est autorisée à exercer. » (ICN, 2020). Il nous semble dès lors évident que des actes tels que la mise en place et le retrait de bas antithrombotiques, ainsi que l'application de Zovirax, ne relèvent pas de la pratique avancée.

Enfin, il convient de souligner que nos collègues concentrent leur formation continue sur des aspects médicaux complexes, tandis que les infirmières développent une expertise approfondie dans les soins infirmiers mentionnés, ce qui justifie pleinement leur autonomie dans ces domaines, dans l'intérêt de la qualité et de l'efficacité des soins.

*

COMMENTAIRES SUR LA FORME DU TEXTE PROPOSÉE

Le texte utilise des formulations floues qui nous semblent non normatives telles que « porté habituellement », « soit en mesure d'intervenir », « participation à », « médicamenteux » / « non-médicamenteux ». Nous demandons que ces termes soient clairement définis dans le texte, soit accompagné d'un renvoi vers une définition normative existante.

Comme il s'agit d'une réforme des attributions de la profession infirmière, nous exigeons que le terme « soins » soit systématiquement remplacé par « soins infirmiers ».

Enfin, comme les soins infirmiers ne sont pas définis dans le livre 1 de l'assurance maladie, nous exigeons que les soins infirmiers soient définis selon la définition du Conseil International des Infirmières et Infirmiers (ICN 2025).

En **conclusion**, même si certaines de nos propositions de modification venaient à être intégrées, les limites méthodologiques ayant marqué l'élaboration de l'avant-projet de loi nous amènent à craindre que ce texte n'aboutisse à une détérioration de la situation actuelle plutôt qu'à une amélioration. Dans une logique de préservation de la qualité des soins, nous exigeons donc le maintien du texte actuellement en vigueur, en attendant une révision complète fondée sur une démarche rigoureuse, transparente et concertée.

Le conseil d'administration de l'ANIL

