Commentaire

Cadre règlementaire de l'exercice infirmier militaire en situation isolée au sein de la Force d'action navale

C. LÉON[(1)], X. FOUILLAND[(2)], M. PERROT[(3)], G. GAUTHIER[(4)]

(1) Service Médical de la Force d'Action Navale, Antenne de Brest
(2) Chefferie du Service de Santé pour la Force d'Action Navale, Frégate Multi-Missions (FREMM) Bretagne, Équipage B, Brest
(3) Service Médical du Groupe de Plongeurs Démineurs Manche
(4) Direction Centrale du Service de Santé des Armées, Division de l'Offre de Santé, Bureau Aptitude et Expertise, Paris

Auteur correspondant : cleon19@live.fr

Open access DOI
10.17184/eac.10045

Reçu
le 16 septembre 2025

Accepté
le 15 février 2026

Publié
le 6 mars 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
L'exercice infirmier isolé au sein de la Force d'action navale confronte ces professionnels de santé militaires à une responsabilité particulière : assurer seuls les soins courants et urgents dans un environnement opérationnel contraint, tout en respectant un cadre juridique dense et parfois complexe.
Cet article propose une analyse du dispositif réglementaire et organisationnel qui encadre cette pratique. Il rappelle d'abord les textes fondateurs applicables aux infirmiers militaires, en soulignant la spécificité introduite par le décret n° 2025-332 du 9 avril 2025 relatif à la déontologie des professionnels de santé des armées. Ce texte définit les situations d'exception, encadre strictement la possibilité de dépasser ponctuellement le champ de compétence habituel, et impose une préparation adaptée. L'article décrit ensuite les outils opérationnels déployés par le Service de santé, pour ce qui concerne le soutien de la Marine, tels que la télémédecine et les protocoles infirmiers en situation d'urgence, qui visent à sécuriser la pratique en l'absence de médecin. L'efficacité de ces dispositifs repose toutefois sur leur enseignement, leur appropriation et leur évaluation régulière. Enfin, l'analyse met en évidence le rôle central de la formation initiale et continue, condition indispensable de la qualité et de la légitimité des actes réalisés en situation isolée.
En conclusion, l'article souligne la nécessité d'une définition plus formalisée du métier d'infirmier isolé embarqué, articulant cadre normatif, outils pratiques et formation, afin de garantir à la fois la sécurité des soins et la protection juridique des professionnels.

Mots-clés : Exercice isolé. Formation des soignants. Responsabilité juridique. Télémédecine. Médecine d'armée.

Abstract:
REGULATORY FRAMEWORK FOR MILITARY NURSING IN ISOLATED SITUATIONS WITHIN THE NAVAL ACTION FORCE
Nurses serving autonomously aboard surface ships of the French Naval Action Force carry a dual burden: sustaining routine and emergency care without immediate support from physicians, while operating under a dense and sometimes opaque legal framework.
This article maps that framework and the operational safeguards that make isolated practice tenable. We first set out the general legal bases governing the scope of nursing practice and the specificities of the military health sector. We then examined Decree No. 2025-332 (9 April 2025), which defines exceptional situations, strictly regulates the possibility of temporarily exceeding the usual scope of practice, requiring appropriate training. The article then describes the operational tools deployed by the Health Service to support the Navy, such as telemedicine and emergency nursing protocols, which aim to ensure safe practice in the absence of a physician. In order for such tools to be efficient, periodic training, practice and assessment are required. Furthermore, we emphasized the central role of initial and continuing training to ensure the most appropriate actions in isolated situations. In conclusion, we highlighted the need for a more formalized definition of onboard nurses acting alone on military vessels, comprising regulatory framework, practical tools, and training, in order to guarantee both the safety of care and legal protection of healthcare professionals. We conclude that isolated naval nursing requires a more formal role definition that links the normative framework, field tools and competency maintenance, thereby improving patient and legal protection for practitioners.

Keywords: Remote nursing practice. Emergency care protocols. Legal and operational framework. Clinical training. Military medicine.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Introduction

La Marine nationale dispose de nombreux bâtiments engagés en mission opérationnelle. Le Service de santé des armées en assure le soutien sanitaire adapté en cohérence avec notamment l'effectif et la taille du bâtiment. Aussi, si un bâtiment majeur comme le porte-avions dispose d'une équipe médicale complète, de nombreux bâtiments de petite taille bénéficient d'un soutien sanitaire adapté, sous la forme d'un infirmier embarqué seul (tableau 1).

Tab. 1 : Catégorisation des bâtiments de la Force d'action navale et dotations en personnel de santé selon l'État d'allocation des matériels (EAM) de juin 2023 (1)

CATÉGORIE DE BÂTIMENT	DÉSIGNATION	SOUTIEN SANTÉ
BÂTIMENT DE SURFACE GROUPE A	Porte-avions (PA)	2 MED + 7 IDE
	Porte-hélicoptères amphibie (PHA)	1 MED + 2 IDE
BÂTIMENT DE SURFACE GROUPES B1 et B2	Bâtiment ravitailleur de la flotte (BRF) Frégates Patrouilleur polaire Bâtiment d'essais et de mesures (BEM) Bâtiment de commandement et de ravitaillement (BCR)	1 MED + 1 IDE
BÂTIMENT DE SURFACE GROUPE B3	Patrouilleur de haute mer (PHM) Bâtiment de soutien et d'assistance d'outre-mer (BSAOM) Bâtiment hydrographique et océanographique (BHO) Patrouilleur d'outre-mer (POM)	1 IDE
BÂTIMENT DE SURFACE GROUPE C	Chasseur de mines tripartite (CMT) Bâtiment base plongeurs démineurs (BBPD) Bâtiment de soutien et d'assistance métropolitain (BSAM) Bâtiment d'expérimentation de guerre des mines (BEGM) Patrouilleur Antilles-Guyane (PAG) Bâtiment hydrographique (BH) Bâtiment remorqueur de sonar (BRS) Patrouilleur P400	1 IDE
BÂTIMENT DE SURFACE GROUPE D1	Bâtiment d'instruction à la navigation (BIN) Bâtiment école (BE) Patrouilleur de service public (PSP)	

Note - MED : Médecin – INF : Infirmier

Cette situation d'exercice particulier expose ces infirmiers à devoir assurer seuls les soins courants ainsi que la réponse aux urgences médicales dans un contexte parfois dégradé, souvent isolé et soumis à de fortes contraintes opérationnelles. Cette réalité, éloignée du cadre courant de l'exercice infirmier, entraîne des questionnements récurrents quant aux limites précises de leurs compétences, aux responsabilités engagées et aux dispositifs juridiques disponibles pour assurer la sécurité des soins.

Le cadre normatif relatif à cet exercice est complexe. En effet, en tant que professionnel de santé, l'infirmier militaire est assujetti aux dispositions de droit commun du Code de la santé publique (CSP). Toutefois, le professionnel de santé militaire est, selon ce même code, non inscrit à un ordre professionnel et dispose, à ce titre,

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

d'une déontologie propre prenant en compte les spécificités des missions militaires et les cadres particuliers d'exercice professionnel, pouvant imposer un cadre dérogatoire en cas d'exercice en circonstances d'exception[1].
Ce cadre d'exercice, prévu par le décret n° 2025-332 du 9 avril 2025 fixant les règles de déontologie propres aux professionnels de santé des armées, précise les marges d'adaptation autorisées dans des contextes exceptionnels, sans toutefois généraliser un dépassement des compétences, mais en permettant des dérogations ponctuelles et proportionnées, strictement motivées par des circonstances opérationnelles et par l'objectif ultime de garantir la sécurité des personnes.

En conséquence, la pratique infirmière isolée en milieu embarqué nécessite une compréhension fine du cadre juridique et surtout de l'appréciation des circonstances d'exception, associée à une maîtrise des outils mis en place pour s'y conformer. Clarifier ce cadre permet de diminuer les interrogations des professionnels quant à leur légitimité à conduire leurs actions, à mieux définir leurs marges de manœuvre et à optimiser la formation adaptée à ces exigences spécifiques.

Cet article propose ainsi une analyse structurée en trois volets : un rappel détaillé du cadre réglementaire général applicable aux infirmiers, une description des pratiques réelles observées au sein du Service de santé pour la Force d'action navale (FAN), et une réflexion approfondie sur les enjeux majeurs liés à la formation continue et initiale de ce personnel travaillant en situation isolée.

1 Cadre réglementaire de l'exercice infirmier

1.1 Éléments généraux du cadre réglementaire infirmier

L'exercice d'une profession de santé est réglementé par le CSP qui régit les compétences de chaque professionnel de santé et les limites de l'exercice.
Pour illustration, selon l'article L.4161-1 du CSP, la réalisation de diagnostics médicaux ou de prescriptions médicales relève de la compétence d'un médecin hors les situations où la loi en dispose autrement (chirurgiens-dentistes et sages-femmes pour leur champ propre) (2).
Selon ce code, l'exercice infirmier, longtemps cantonné à un rôle exécutant, dispose désormais d'une compétence propre, que ce soit en termes de coopération, de prescription propre ou de traitement d'une situation d'urgence. Son champ de compétence est défini par l'article L.4311-1 du CSP qui pose les fondements de l'exercice professionnel des infirmiers diplômés d'État et renvoie à des dispositions réglementaires précisant les actes autorisés et sous quelles conditions (3).

Le cadre d'exercice se structure autour de trois principaux axes : le rôle propre, le rôle sur prescription, et les actes réalisés exceptionnellement en situation d'urgence ou de danger grave et imminent.

[1] Le droit français est organisé selon une hiérarchie. Chaque texte s'inscrit dans un niveau déterminé (Constitution > traités > lois > décrets > arrêtés) et ne peut contredire un texte de valeur supérieure. Ce principe garantit la cohérence de l'ensemble juridique.
Les « codes » regroupent ces dispositions par thématique. Un même article peut ainsi apparaître dans plusieurs codes, en fonction de son champ d'application, comme le Code de la défense, le Code du travail ou le code de la route.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

- Le rôle propre permet à l'infirmier d'agir de façon autonome pour assurer les soins relevant de son initiative, notamment en matière de surveillance clinique, d'hygiène, de confort et de prévention. L'article R.4311-5 (4) du CSP liste les actes relevant de ce rôle.
- Le rôle sur prescription couvre les actes réalisés à la demande d'un médecin, qu'il s'agisse de soins ponctuels, de traitements programmés ou de suivis dans le cadre de pathologies identifiées. Il est défini par l'article R.4311-7 du CSP, qui régit les conditions d'exécution des prescriptions médicales par les infirmiers (4). Toujours dans le cadre du rôle sur prescription, ce même article autorise l'infirmier à appliquer des protocoles écrits préalablement établis par un médecin. Cette disposition, qui relève du rôle sur prescription, permet d'intervenir sans contact médical immédiat. Elle ouvre donc la possibilité d'appliquer de façon autonome des prescriptions anticipées de manière strictement encadrée.
- Les actes réalisés exceptionnellement en situation d'urgence ou de danger grave et imminent : en l'absence de toute autre ressource médicale disponible et notamment de protocole, l'article R.4311-14 du CSP prévoit que l'infirmier peut décider « des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin » (4). Il doit alors « prendre toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état ». Ce même article évoque la possibilité de recourir à des protocoles anticipés. « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. »

  Cependant, ces dispositions ne sauraient constituer une autorisation illimitée pour plusieurs raisons :

  - Le cadre juridique ne définit pas explicitement la notion de détresse vitale, laissant à l'infirmier l'appréciation clinique du caractère imminent et grave de la situation.
  - L'article 121-3 du Code pénal précise qu'il y a délit en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité, sauf à démontrer que le professionnel a accompli « les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait » (5).
  - Les gestes entrepris doivent demeurer strictement dans le champ des compétences de l'infirmier. L'article R4312-42 du CSP précise qu'« en cas de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié » (6). Il ne saurait donc être question d'initiatives invasives comme une intubation trachéale ou une anesthésie, mais plutôt de préparer le matériel nécessaire, de sécuriser les voies d'abord, de recueillir les constantes ou encore d'enregistrer un électrocardiogramme sans en interpréter le tracé. L'objectif reste de préserver les possibilités d'intervention ultérieures et de faciliter la décision médicale, sans faire courir de risque injustifié au patient.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

> Ainsi, même si, à titre exceptionnel, l'article 122-7 du Code pénal (7) permet l'exonération de responsabilité si l'acte interdit était nécessaire pour sauvegarder une personne, que le danger était imminent et que l'intervention était proportionnée, il ne s'agit que d'une protection *a posteriori*, appréciée strictement par le juge, au cas où ce dernier serait saisi. Elle ne saurait en aucun cas constituer une autorisation implicite de transgression.

Ce régime de responsabilité de droit commun, enseigné dès la formation initiale des infirmiers, reste donc particulièrement strict dans ses attendus. Sa rigueur peut apparaître en décalage avec la réalité quotidienne de l'exercice embarqué, où l'infirmier assure à la fois les soins courants et l'intervention en urgence parfois sans appui médical immédiat. Dans ce contexte, les professionnels peuvent se sentir à la limite de ce cadre, non pas par volonté de transgresser la norme, mais par nécessité fonctionnelle. C'est dans cette perspective qu'a été mis en place un cadre normatif complémentaire, spécifique aux soignants militaires, visant à offrir une sécurité juridique renforcée aux professionnels confrontés à des situations exceptionnelles. C'est ce cadre spécifique que nous étudierons dans le chapitre suivant.

1.1.1 Rôle prescrit protocolisé et protocole de coopération : quelle différence ?

Les protocoles de coopération, définis aux articles L.4011-1 à L.4011-5 du CSP, permettent à un professionnel de santé non-médecin de réaliser, sous conditions, certains actes habituellement médicaux sans prescription (8). Ces actes sont encadrés par un protocole écrit, validé par la Haute Autorité de santé et approuvé, pour les armées, par le ministre de la Défense (article L.4011-5). Ce dispositif vise des contextes planifiés, avec une délégation formalisée et répétée, dans un cadre organisationnel maîtrisé.

À l'inverse, le rôle prescrit protocolisé repose sur l'application par l'infirmier de protocoles écrits de soins validés par un médecin, dans le cadre de prescriptions anticipées ou de situations d'urgence. Ces protocoles permettent une action rapide lorsque le médecin n'est pas immédiatement disponible, mais restent rattachés à une prescription médicale préalable ou implicite.

Des exemples pratiques illustrent la distinction. Prenons le cas d'un infirmier en service de réanimation : dans le cadre d'un protocole de coopération, il pourrait, par exemple, renouveler un traitement anticoagulant pour un patient sous surveillance régulière, sans avoir besoin d'une nouvelle prescription médicale. De même, dans un centre de vaccination, un infirmier pourrait administrer des vaccins contre la grippe ou la COVID-19 sans ordonnance, suivant un protocole de coopération. Un autre exemple concerne la prescription de contraception d'urgence : un infirmier peut délivrer la pilule du lendemain dans le cadre d'un protocole de coopération, sans nécessiter une consultation médicale préalable. La coopération est donc une délégation pérenne d'une ou de plusieurs prescription(s) listée(s) dans un cadre précis. À l'inverse, en situation d'urgence, si un patient présente un arrêt cardiaque, l'infirmier appliquera un rôle prescrit protocolisé en initiant un massage cardiaque et en administrant un médicament comme l'adrénaline, conformément à un protocole préétabli par le médecin, mais toujours dans le cadre d'une prescription implicite liée à la prise en charge initiale. La prescription est ici, bien qu'anticipée, réalisée par le médecin.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Les protocoles de coopération ne constituent pas l'outil de choix pour accompagner l'exercice isolé embarqué. S'ils reposent sur une organisation pérenne et une traçabilité rigoureuse, ils sont conçus pour encadrer des soins récurrents et planifiés, et non pour permettre une prise d'initiative ponctuelle face à des situations de nature très diverses. Ils sont utiles dans des contextes où la délégation d'actes médicaux récurrents est envisageable à long terme. À ce titre, ils seraient mieux adaptés à la délégation, sous conditions, de certains volets standardisés de la visite médicale périodique, dans un cadre organisationnel établi et conforme aux exigences réglementaires, qu'à l'exercice infirmier isolé embarqué, qui requiert souplesse et réactivité dans des environnements par définition instables.

1.1.2 L'évolution du métier d'infirmier et la mise en place des infirmiers en pratique avancée

Le développement du statut d'Infirmier en pratique avancée (IPA), encadré par le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, constitue une évolution notable et une diversification de la profession en milieu civil (9). Ce dispositif permet, dans un domaine d'intervention défini (pathologies chroniques stabilisées, santé mentale, oncologie, etc.), l'exercice par l'infirmier de compétences élargies validées par un diplôme universitaire. L'IPA intervient dans le cadre d'un protocole formalisé avec un ou plusieurs médecins, comportant des modalités de prise en charge définies, un partage d'information structuré et un retour obligatoire vers le médecin en cas de dépassement de compétence. Il peut réaliser des consultations, certains actes techniques et prescrire de façon encadrée dans les limites prévues par la réglementation.

Ce modèle, pensé pour un exercice dans un champ bien circonscrit et pour améliorer l'accès aux soins, repose sur une spécialisation des missions infirmières. Il constitue ainsi une réponse adaptée à des prises en charge ciblées, mais apparaît par nature peu compatible avec la polyvalence requise d'un infirmier militaire isolé, dont l'exercice couvre un spectre large allant de l'urgence à la médecine générale, dans un contexte dépourvu de relais immédiat. C'est une sorte de coopération élargie, non plus liée à une situation définie mais à un professionnel unique disposant d'une formation adaptée, dans un champ spécifique de la médecine.

Il présuppose par ailleurs une organisation médicale locale stable, une continuité de la supervision médicale, et une concertation régulière entre professionnels, conditions aujourd'hui peu compatibles avec l'environnement opérationnel embarqué, marqué par l'isolement et la variabilité des situations rencontrées. Aucune déclinaison militaire n'existe à ce jour. Il est donc cohérent que ce dispositif ne soit pas intégré à la présente analyse. Toutefois, l'hypothèse d'une adaptation future pourrait être discutée, à condition que des textes spécifiques aux armées définissent un modèle tenant compte de l'isolement, de l'autonomie décisionnelle et de la nécessité de maintenir une compétence généraliste.

1.2 Les spécificités liées au Code de la défense et au Service de santé des armées

Les Professionnels de santé militaires (PSM) sont des professionnels soumis à la fois à la réglementation propre aux professionnels de santé, mais également aux obligations propres du statut général des militaires. À ce titre, ils bénéficient, comme expliqué, d'un cadre d'exercice particulier et sont soumis à des règles de déontologie propres.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Cette sujétion particulière entraîne de fait un régime de responsabilité spécifique. L'article L.4123-10 du Code de la défense dispose que l'État assume la responsabilité des dommages causés par les militaires dans l'exercice normal de leurs fonctions, à condition qu'il ne s'agisse pas d'une faute personnelle détachable du service (10). Les articles L.4123-11 et L.4123-12 (10) complètent ce dispositif en prévoyant une protection juridique adaptée aux circonstances spécifiques des militaires sous réserve que l'acte ait été accompli dans le cadre normal du service et sans faute personnelle détachable.

Tout l'enjeu réside ainsi dans la distinction entre la diligence normale attendue du professionnel et la faute personnelle détachable du service. Ni l'une ni l'autre ne fait l'objet d'une définition explicite dans les textes. Leur analyse découle de la jurisprudence, c'est-à-dire des décisions rendues par les juridictions administratives au fil des affaires, qui servent de références.
La faute personnelle est retenue lorsqu'un comportement présente un caractère intentionnel, une gravité particulière ou une absence manifeste de lien avec les obligations professionnelles. À l'inverse, un acte accompli dans l'urgence, l'isolement ou la contrainte, justifié par la mission et conforme aux compétences mobilisables dans les circonstances, ne relève en principe pas de cette qualification. L'appréciation de cette distinction appartient à l'administration, sous le contrôle du juge administratif.
La diligence normale constitue, en miroir, le référentiel implicite servant à apprécier la conduite du professionnel *a posteriori*. Elle renvoie à l'obligation de prendre toutes les mesures raisonnables et proportionnées pour éviter un dommage ou accomplir une tâche. En situation dégradée, ce critère permet de distinguer une attitude prudente et adaptée d'un comportement marqué par une négligence ou une imprudence, susceptible de faire basculer la responsabilité dans le champ de la faute personnelle.

Toutefois, ces notions demeurent fragiles, car leur appréciation repose largement sur l'interprétation du contexte par le juge. Pour un infirmier militaire isolé, elles offrent donc peu de sécurité juridique et laissent persister une incertitude quant à la portée de ses décisions en contexte opérationnel. C'est précisément pour clarifier ce cadre et sécuriser l'exercice que le décret n° 2025-332 du 9 avril 2025 relatif à la déontologie des professionnels de santé des armées (11) formalise explicitement les marges d'adaptation admissibles aux circonstances opérationnelles spécifiques. Ce texte couvre un large éventail de situations, telles que les opérations extérieures, les missions hors territoire national et les contextes d'isolement pouvant compromettre la continuité médicale.
L'article 2 définit la notion de « situations d'exception », couvrant les opérations extérieures, les missions hors du territoire national et les situations d'isolement, notamment lorsque l'environnement opérationnel compromet la continuité de la chaîne médicale. Les déploiements en mer sont explicitement relevés dans cet article.

Dans ces contextes, l'article 5 encadre strictement la possibilité pour un professionnel de santé militaire d'intervenir au-delà de ses compétences habituelles : « Le professionnel de santé des armées ne peut, à titre exceptionnel, entreprendre des soins au-delà de ses compétences habituelles que si la situation l'exige et dans le seul but de préserver la sécurité des personnes ». Il ne s'agit donc pas d'une dérogation de principe, mais d'une faculté encadrée, conditionnée à l'urgence, à la justification et à la proportionnalité de l'intervention.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Par ailleurs, le décret prévoit explicitement une obligation de préparation des professionnels de santé militaires à l'exercice dans des conditions dégradées. L'article 24 impose ainsi que « le professionnel de santé des armées se prépare à exercer dans des conditions dégradées et recoure, si nécessaire, à la délégation de tâches auprès de personnels formés aux gestes de secours. » Il prévoit également le recours à l'assistance à distance, notamment par télémédecine, en cas d'impossibilité d'accès à un médecin.

Enfin, l'article 67 reconnaît, à l'instar des infirmiers civils, la responsabilité décisionnelle des infirmiers militaires en cas d'urgence. Ainsi, « en cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier militaire décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toute mesure en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état ».

En synthèse, le décret n° 2025-332 permet la prise en compte des situations d'exception et justifiant, en regard des impératifs opérationnels et du contexte dégradé, une action dans un but de préservation de la santé des militaires. Il ne s'agit pas d'une dérogation permanente aux règles habituelles, mais d'un cadre réglementaire précis adapté aux réalités opérationnelles exceptionnelles. Il couvre autant les interventions d'urgence que les modalités spécifiques nécessaires au bon déroulement de l'exercice isolé (télémédecine, formation préalable). Ainsi encadrée, la pratique infirmière en contexte militaire isolé bénéficie d'une sécurité juridique renforcée, sous réserve du respect strict des conditions précisées par le décret et permet d'éviter de qualifier de « faute personnelle détachable du service » tout acte infirmier réalisé dans ce cadre.

Toutefois, ce texte ne suffit pas à lui seul à constituer un régime autonome d'exercice infirmier isolé. Sa pleine efficacité exige des mesures organisationnelles structurantes. C'est précisément l'examen détaillé de ces dispositifs opérationnels et organisationnels que nous abordons dans la section suivante.

2 État des pratiques et encadrement de l'exercice infirmier embarqué en situation isolée

En pratique, l'exercice infirmier embarqué en situation isolée au sein de la FAN confronte régulièrement les infirmiers à l'absence immédiate d'un médecin, nécessitant d'assumer des actes parfois à la limite de leurs compétences habituelles. Ces actes incluent les consultations courantes à bord ainsi que les interventions urgentes.

Pour répondre à ces besoins opérationnels, la Chefferie du Service de santé pour la Force d'Action Navale (CSS/FAN) a mis en place plusieurs dispositifs permettant à la fois de garantir une prise en charge adaptée des patients et d'assurer une sécurité juridique minimale aux professionnels.

Le premier de ces outils est la télémédecine. Il est, à ce titre, largement intégré et maîtrisé par les infirmiers. Les échanges avec les médecins brevetés en médecine navale d'astreinte s'effectuent principalement par téléphone ou *via* des messageries sécurisées (courriels chiffrés), facilitant la transmission d'informations médicales essentielles telles que des photographies ou des électrocardiogrammes.
Des dispositifs de télémédecine, récemment déployés au sein de la FAN, permettent une intégration structurée des données au dossier médical dématérialisé par Axone® et facilitent la régulation médicale à distance. Cependant, certaines limites technologiques

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

subsistent, notamment l'interconnexion encore incomplète avec les réseaux embarqués qui peut affecter la rapidité des échanges en urgence (figure 1).

Ces outils de télémédecine s'inscrivent dans un dispositif global de soutien médical reposant sur une astreinte médico-opérationnelle permanente sur chaque façade maritime (Brest – Toulon), garantissant l'appui d'un médecin compétent en médecine navale pour les soignants isolés vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Ces échanges sont tracés par l'intégration systématique des éléments au dossier médical.



Fig. 1 : Valise de télémédecine embarquée au sein de la Force d'action navale - ©C. Léon

En l'absence de passage des communications ou lorsque l'urgence ne permet pas de recourir à la régulation à distance, les Protocoles infirmiers en situation d'urgence (PISU), validés par la Direction de la médecine des forces (DMF), et certains protocoles de soins spécifiques prennent le relais[2]. Inspirés des modèles civils comme ceux des SDIS ou des SMUR, ces protocoles couvrent diverses situations d'urgence vitale (arrêt cardiorespiratoire, hémorragie sévère, traumatisme crânien). Actuellement, quatorze PISU principaux et vingt-neuf protocoles complémentaires sont en vigueur (plaies, douleurs thoraciques, coliques néphrétiques, etc.).
Ces protocoles ne constituent évidemment pas en eux-mêmes une autorisation autonome d'acte médical : ils n'ont de portée que dans le cadre des dérogations prévues par les textes (article R4311-14 du CSP, décret n° 2025-332 du 9 avril 2025) (4,11). Ainsi, leur application engage la responsabilité de l'infirmier, qui doit veiller à respecter strictement les conditions de déclenchement prévues. Leur mise en œuvre repose donc sur une connaissance actualisée de leur contenu et sur leur appropriation par les soignants.

[2]Dans le contexte embarqué, la « prescription sous protocole » constitue l'outil principal de déclenchement de soins lorsque la régulation à distance est momentanément non réalisable (motifs opérationnels ou techniques). Sa validité repose sur cinq exigences (article R.4311-7 du CSP) (4) : un protocole pour une situation identifiée validé par l'autorité médicale compétente en son nom ; des critères de déclenchement objectivables ; une traçabilité systématique (heure, motif, paramètres, acte réalisé, suites) ; une formation et une évaluation périodiques de l'infirmier utilisateur ; un réexamen *a posteriori* par la chaîne médicale (retour d'expérience). Ce mécanisme se distingue des protocoles de coopération (L4011-1 à L4011-5 du CSP) (8), qui relèvent d'une délégation pérenne et organisée.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Certains gestes spécifiques, notamment en médecine hyperbare (exsufflations, pose de drains), sortent explicitement du cadre réglementaire et génèrent des interrogations parmi les infirmiers concernant leur légitimité à les pratiquer. Ces actes font l'objet d'une formation institutionnelle à leur réalisation, mais ne sont pas susceptibles de délégation dans le cadre d'un exercice courant. Ils pourraient toutefois être réalisés par les infirmiers dans le cadre d'une situation d'exception. Ces situations illustrent parfaitement les questionnements autour des limites de compétences et des conflits de normes, entre nécessité d'assister la victime, capacité à réaliser les actes salvateurs et champ de compétence prévu par la réglementation. La mise en œuvre de protocoles supplémentaires pour ces cas précis permettrait de sécuriser cette pratique.

En synthèse, des dispositifs concrets ont été mis en place pour encadrer la pratique infirmière isolée, en particulier à travers l'astreinte médico-technique et les protocoles infirmiers. Pourtant, le manque de connaissance des textes génère parfois une incertitude chez les professionnels de terrain. Ce flou, souvent anxiogène, peut être levé par une meilleure explicitation du droit en vigueur.

3 Environnement réglementaire de l'exercice infirmier isolé : un enjeu de formation

Le déploiement d'infirmiers dans des contextes d'isolement, d'urgence ou de dépassement temporaire de leurs compétences engage, en toute logique, la responsabilité de l'institution militaire en matière de préparation et de formation.
L'article 24 du décret n° 2025-332 du 9 avril 2025 rappelle explicitement que le professionnel de santé militaire doit « se préparer à exercer dans des conditions dégradées » (11). Cette exigence s'inscrit dans une logique d'anticipation, cohérente avec la nature des missions assignées aux infirmiers embarqués.

Dans ce contexte, la formation initiale des infirmiers militaires embarqués est structurée de manière progressive et professionnalisante. Après l'obtention du diplôme d'État à l'École du personnel paramédical des armées (EPPA), les infirmiers ayant choisi de servir en soutien de la Marine suivent une Formation médico-opérationnelle (FMO) centrée sur le sauvetage au combat au sein du régiment médical, complétée par un stage de Mise en condition et survie du blessé de guerre (MSCBG) au Centre d'enseignement et de simulation de médecine opérationnelle (CESimMO) de l'École du Val-de-Grâce. Cette formation se poursuit par une Formation militaire opérationnelle spécialisée (FMOS) à l'École de Maistrance, incluant un module maritime spécifique. Elle est enrichie par un stage d'Infirmier de sécurité de la plongée sans caisson (ISP-SC) ainsi que par des stages courts en radiologie et en laboratoire, avant une mise en emploi progressive à bord, encadrée par des infirmiers expérimentés. Un « livret des compétences de l'infirmier embarqué » établi par la CSS/FAN précise de manière exhaustive les attendus spécifiques à cette activité.

Le dispositif initial est complété tout au long de la carrière par un Développement professionnel continu (DPC), souligné par l'article 8 du décret n° 2025-332 : « le professionnel du service de santé des armées a le devoir d'actualiser ses connaissances et de perfectionner ses compétences » (11).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

La gestion de carrière s'appuie sur l'entretien annuel structuré autour de trois axes : technique de soin, management en santé et médecine appliquée au milieu opérationnel (figure 2). Le Formulaire d'orientation du parcours professionnel (FOPP) et la Cartographie des emplois et compétences (CARTEC) régulièrement mis à jour par la CSS/FAN, constituent des outils essentiels pour définir les objectifs de formation, les affectations et l'évolution professionnelle.

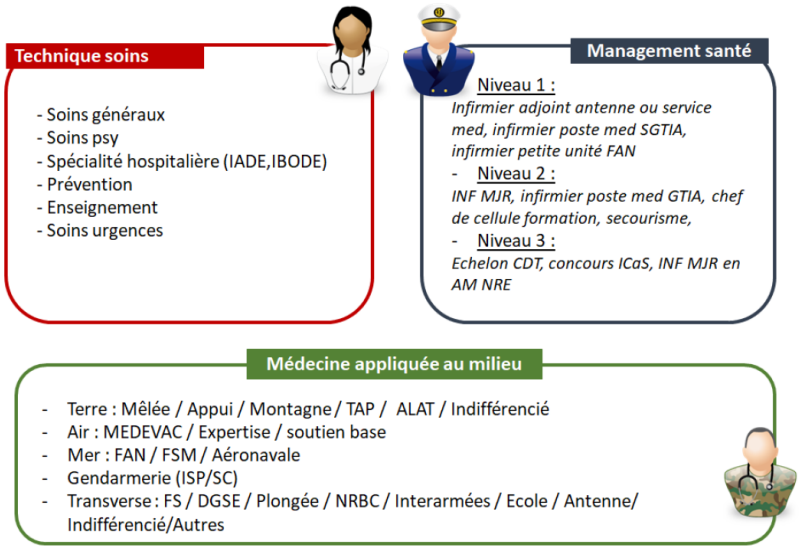


Fig. 2 : les trois axes constitutifs du métier de MITHA (Militaire infirmier et technicien des hôpitaux des armées), infirmier non-officier (12)

Sur un plan opérationnel, la directive relative à la préparation opérationnelle, au-delà des aspects administratifs généraux (VMP, passeport, permis VL, CCPM, etc.) et militaires (tir, aspects militaires spécifiques au milieu) prévoit de prioriser les formations en fonction des théâtres opérationnels, laissant à la CSS/FAN le soin de préciser les spécificités maritimes.

La mise en formation se fait à la fois par l'organisation de stages en lien direct avec les hôpitaux d'instruction des armées partenaires ou par l'intermédiaire des dispositifs de DPC proposés par l'Académie de santé des armées.

Enfin, la mise en œuvre de protocoles anticipés tels que les Protocoles infirmiers en situation d'urgence (PISU) engage l'institution dans une responsabilité spécifique de formation, d'évaluation régulière et de supervision. Leur validité repose sur une double exigence : d'une part, l'adaptation du protocole au contexte d'exercice ; d'autre part, la capacité de l'infirmier à en maîtriser l'application dans les conditions prévues.

Cette capacité ne peut être présumée : elle suppose une formation préalable, une évaluation documentée des acquis, un maintien régulier des compétences ainsi qu'une traçabilité des actes réalisés. Ainsi, la formalisation d'un PISU ou d'un protocole de soins implique pour l'autorité médicale concernée (en l'occurrence la CSS/FAN) une obligation de s'assurer que ses infirmiers soient formés et évalués régulièrement à cet effet.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Cette exigence s'inscrit pleinement dans les recommandations établies pour l'emploi de PISU en milieu civil (1). À l'heure actuelle, ces dispositifs de formation-évaluation apparaissent encore perfectibles au sein des forces de surface, ce qui constitue peut-être l'un des axes de progression envisageables pour renforcer la sécurité de l'exercice infirmier isolé.

Conclusion

Cet article dresse un état des lieux du cadre réglementaire de l'exercice infirmier en situation isolée au sein de la Force d'action navale et montre que des dispositions existent pour en sécuriser la pratique. Ce cadre, d'une réelle complexité, articule les règles de droit commun applicables aux professions de santé avec des dispositions propres au statut militaire et à la déontologie des professionnels de santé des armées. Il prend explicitement en compte les contraintes opérationnelles rencontrées en mer : le décret n° 2025-332 du 9 avril 2025 l'évoque spécifiquement et encadre de manière stricte la possibilité, à titre tout à fait exceptionnel, d'intervenir au-delà des compétences habituelles lorsque l'urgence et la proportionnalité l'exigent, dans le seul but de préserver la sécurité des personnes.
Dans ces circonstances, le champ de la compétence infirmière peut être temporairement élargi par la combinaison des textes applicables (notamment R.4311-14 du CSP et décret précité), permettant des actes habituellement proscrits, sous réserve de conditions strictes : urgence, nécessité, proportionnalité, traçabilité et retour à la norme dès que possible. Cette approche répond à une exigence pratique : ne pas laisser un patient en danger faute d'accès immédiat à un médecin, tout en respectant un cadre juridique précis. Elle s'accompagne d'un besoin constant d'information et de réassurance chez les soignants isolés, souvent au regard de la crainte d'une qualification de faute personnelle détachable du service ; en l'état du droit, une telle qualification demeure exceptionnelle et suppose des critères stricts (intentionnalité, gravité particulière, sortie nette du cadre du service).

Pour répondre à ces exigences, le Service de santé pour la Force d'action navale a mis en place plusieurs outils : la télémédecine et l'astreinte médico-opérationnelle, ainsi qu'un ensemble de protocoles anticipés comme prévu par l'article R.4311-14 du CSP, au sein desquels un certain nombre de PISU. Leur élaboration et leur diffusion représentent une étape majeure dans la sécurisation de l'exercice infirmier isolé et témoignent du volontarisme des acteurs.

Ces deux dispositifs, télémédecine et protocoles, ont vocation à constituer deux des socles de la pratique infirmière isolée. Leur efficacité dépend désormais de la formation des personnels dans ce champ d'emploi spécifique et de leur mise en œuvre. Si cet article contribue au premier objectif en clarifiant le cadre réglementaire, les formations initiales et complémentaires, les évaluations régulières et les retours d'expérience constituent un projet ambitieux dans lequel chacun a un rôle à jouer : les plus jeunes par leur implication active dans les formations, et les plus anciens, aux côtés des médecins, par l'accompagnement et la transmission nécessaires à la consolidation de cette dynamique.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004

Contribution des auteurs

Rédaction : CL, XF et MP
Expertise et relecture : GG

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc

Références bibliographiques

1. Chefferie du service de santé pour la Force d'action navale. État d'allocation des matériels – nouvelle génération. Toulon (FR) : Chefferie du service de santé pour la Force d'action navale ; 2023.
2. Code de la santé publique [Internet]. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Article L4161-1. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
3. Code de la santé publique [Internet]. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Article L4311-1. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
4. Code de la santé publique [Internet]. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Articles R4311-5, R4311-7, R4311-14. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
5. Code pénal [Internet]. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Article 121-3. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
6. Code de la santé publique [Internet]. Paris (FR) : Légifrance. Article R4312-42. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
7. Code pénal [Internet]. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Article 122-7. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
8. Code de la santé publique [Internet]. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Articles L4011-1 à L4011-5. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
9. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Journal officiel de la République française n° 0164 du 19 juillet 2018, texte n° 18. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037241000
10. Code de la défense [Internet]. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Articles L4123-10 à L4123-12. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
11. Décret n° 2025-332 du 9 avril 2025 relatif à la déontologie des professionnels de santé des armées. Paris (FR) : Légifrance ; [cité 2025 Sep 16]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr
12. Direction de la médecine des forces. Directive relative aux entretiens d'orientation 2025 au sein de la médecine des forces, annexe III. Paris (FR) : Direction de la médecine des forces ; 2025. Directive N° 275/SSA/DMF/DIVORG/BOFPP/NP.
13. Société Française de Médecine d'Urgence. Protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU). Paris : SFMU ; 2016. 24 p.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.1. Dossier Marine*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006004, doi : 10.17184/eac.9782813006004