

N° 4319

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 juillet 2021.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

en conclusion des travaux de la mission sur

**l'organisation des professions de santé :
quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?**

ET PRÉSENTÉ PAR

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
SYNTHÈSE	7
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORTEUR	13
I. LA NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SANTÉ	17
A. UN FORT CONSENSUS SUR LES LIMITES DU SYSTÈME ACTUEL	17
B. UN INDISPENSABLE TRAVAIL DE DÉFINITION PRÉALABLE	19
C. DES OUTILS EXISTANTS ENCORE PARCELLAIRES ET TROP PEU MOBILISÉS	23
1. La pratique avancée	23
2. L'exercice coordonné.....	26
3. Les protocoles de coopération	27
II. QUELLE VISION DE L'ORGANISATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ DANS DIX ANS ET COMMENT Y PARVENIR ?	29
A. IDENTIFIER LES MISSIONS QUI POURRAIENT ENRICHIR L'EXERCICE DES PROFESSIONS NON MÉDICALES	30
B. FAIRE MONTER EN COMPÉTENCES L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS SELON LA LOGIQUE « DE L'ESCALIER ».....	31
1. Le renforcement des compétences socles	32
2. La montée individuelle en compétences	32
3. La création de nouvelles spécialités.....	33
4. L'accès à la pratique avancée	34
C. RENFORCER LES COOPÉRATIONS.....	35
1. Faire du numérique un outil utile pour améliorer la collaboration entre professionnels.....	36
2. Réfléchir à de nouvelles modalités de financement.....	37
3. Faciliter l'extension des protocoles de coopération locaux	38

III. LES POINTS DE CONVERGENCE POUR UNE ÉVOLUTION DES FILIÈRES	38
A. LA FILIÈRE VISUELLE	38
B. LA FILIÈRE AUDITIVE.....	42
C. LA FILIÈRE DU SOIN	43
D. LA SANTÉ MENTALE.....	45
E. LA FILIÈRE BUCCO-DENTAIRE	47
F. LA FILIÈRE DE L'ANESTHÉSIE	48
G. LA SANTÉ DES ENFANTS	49
H. LES AUTRES POINTS DE CONVERGENCE POSSIBLES.....	51
TRAVAUX DE LA COMMISSION	53
ANNEXE N° 1 : DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	73
ANNEXE N° 2 : LISTE DES TÂCHES QUI POURRAIENT ÊTRE DÉLÉGUÉES AUX ASSISTANTS DENTAIRE DE NIVEAU II	87
ANNEXE N° 3 : LISTE DES PROTOCOLES NATIONAUX DE COOPÉRATION AUTORISÉS	89
ANNEXE N° 4 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	93

INTRODUCTION

La présente mission d'information émane d'une profonde volonté, partagée par l'ensemble des acteurs, de faire évoluer l'organisation de notre système de santé, avec l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et d'enrichir les missions et les carrières des professionnels paramédicaux. Cette volonté est aussi partagée sur de nombreux bancs de l'Assemblée nationale mais peine à se concrétiser. Récemment, les réflexions se sont concentrées sur l'opportunité ou non de créer une profession de santé intermédiaire ⁽¹⁾ pour apporter une réponse aux tensions portant sur la démographie médicale et aux besoins croissants en personnels médicaux hospitaliers. Loin de faire consensus, la création de cette nouvelle profession n'a, finalement, pas été retenue dans le texte de loi promulgué.

Partant de ce constat, le rapporteur a souhaité s'interroger sur les autres leviers à notre disposition pour améliorer la qualité des soins dispensés et offrir aux professionnels de santé une perspective d'évolution de leurs missions. Le présent rapport étudie principalement trois de ces leviers : le renforcement des coopérations entre les professionnels, le développement de l'exercice en pratique avancée et les modifications des périmètres de compétences des différents professionnels.

La méthodologie adoptée pour la conduite des travaux de la mission est relativement novatrice. Le rapporteur a, ainsi, souhaité combiner deux approches : une approche transversale par grandes catégories de professions (une table ronde réunissant les métiers de l'assistance médicale et technique a, par exemple, été organisée) ainsi qu'une approche par filières (visuelle, auditive, bucco-dentaire, etc.) faisant alors se rencontrer professionnels médicaux et paramédicaux lors d'une même audition. La plupart des acteurs entendus ont d'ailleurs salué cette démarche, indiquant qu'ils avaient rarement tous été, auparavant, mis autour de la même table pour évoquer l'organisation de leur filière.

Cette mission n'a pas vocation à se substituer aux travaux existants, qu'il s'agisse des travaux de réingénierie conduits actuellement par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), des nombreuses études menées par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'organisation des professions de santé ou du rapport confié aux présidents des ordres des médecins et des infirmiers sur l'opportunité de créer une profession intermédiaire. Cette mission a pour principal objectif de faire émerger des consensus sur des mesures qui pourraient être mises en œuvre rapidement, notamment dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

(1) Article 1^{er} de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, n° 3470, déposée le jeudi 22 octobre 2020.

Compte tenu des délais impartis et du nombre de professions concernées, la mission n'a pu investiguer les problématiques de l'ensemble des professionnels de santé. Le rapporteur a centré ses travaux sur les professionnels paramédicaux du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique (voir encadré ci-après).

Les professionnels de santé

Les différentes professions de santé s'inscrivent dans une organisation bien particulière, centrée autour du monopole médical. Peuvent être schématiquement distinguées :

- les **professions médicales** que sont les médecins, les odontologistes et les sages-femmes. Les médecins disposent seuls d'une habilitation générale et monopolistique à intervenir sur le corps d'autrui. Les odontologistes et les sages-femmes disposent, eux, d'une habilitation spécialisée à intervenir sur le corps d'autrui et donc d'un champ de compétences limité ;
- les **professions de la pharmacie**, qui ont le monopole de la préparation et de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux ;
- les **professions paramédicales**, qui ne peuvent accomplir que les seuls actes figurant sur une liste préétablie, en dehors cependant des situations d'urgence. Ces métiers figurent au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique : infirmiers (diplômés d'État et spécialisés), masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

Après avoir réalisé un état des lieux des dispositifs existants (première partie), le rapport dresse une vision prospective des professions de santé dans dix ans et fait état des mesures qui pourraient être mises en œuvre pour concrétiser cette vision (deuxième partie), avant de détailler les préconisations spécifiques à chaque filière (troisième partie).

SYNTHÈSE

L'organisation actuelle des professions de santé est, par de multiples aspects, insatisfaisante. La répartition des compétences entre les professionnels est encore extrêmement rigide et laisse trop peu de place aux coopérations et aux délégations de tâches. Elle est considérée par l'ensemble des acteurs comme inadaptée aux défis à venir que sont :

- le vieillissement de la population et l'explosion des pathologies chroniques ;
- les dynamiques démographiques, souvent en berne, des professionnels médicaux. Pour rappel, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) considère que les évolutions démographiques attendues des professionnels médicaux ne sont pas suffisamment dynamiques pour couvrir les besoins en santé durant la prochaine décennie ;
- la nécessaire évolution de notre système de santé, actuellement tourné vers les soins, vers une dynamique préventive.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place ces dernières années pour décloisonner les parcours professionnels et inciter au développement de nouveaux modes d'organisation des soins. Force est néanmoins de constater qu'ils sont encore loin d'insuffler un meilleur partage des tâches et une vraie dynamique de coopération entre les professionnels de santé. Parmi ces dispositifs figurent :

– **la pratique avancée**, aujourd'hui uniquement ouverte aux infirmiers, qui permet aux professionnels justifiant d'une durée minimale d'exercice et d'un diplôme de formation en pratique avancée d'exercer des missions et des compétences jusque-là dévolues aux seuls médecins. Malgré la montée en puissance du dispositif (la mesure n° 6 des accords du Ségur de la santé fixe un objectif de 3 000 infirmiers en pratique avancée formés en 2022 et 5 000 en 2024), un certain nombre de freins ont été identifiés. Les professionnels en pratique avancée rencontrent notamment des difficultés d'intégration et de reconnaissance au sein de leurs différents lieux d'exercice et font face, surtout dans le secteur libéral, à une rémunération insuffisante ;

– **l'exercice coordonné**, qui prend la forme, pour les soins de premier recours, d'équipes de soins primaires (ESP) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'appétence des professionnels de santé pour ces dispositifs est de plus en plus grande. Ainsi, en décembre 2020, il existait 1 740 maisons de santé pluri-professionnelles (+ 37 % par rapport à 2019), 455 centres de santé pluri-professionnels (+ 21 % par rapport à 2019) et 584 CPTS (dont 136 avec un projet de santé validé). Malgré ce renforcement du

travail en équipe, les outils d'échange et de communication entre les professionnels sont encore insuffisamment développés ;

– **les protocoles de coopération**, qui permettent aux professionnels de santé travaillant en équipe de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Malgré le relatif déploiement du dispositif (près de soixante protocoles de coopération étaient autorisés en décembre 2020), un certain nombre d'obstacles ont été identifiés : la lourdeur des procédures, l'insuffisance de la valorisation financière, les incertitudes juridiques liées au transfert de responsabilité du personnel déléguant au personnel délégué ainsi que les difficultés d'accès aux structures de formation.

Les propositions faites dans le rapport visent donc à aller plus loin, avec pour objectif de libérer du temps médical, de faciliter l'accès aux soins mais également de mieux reconnaître le rôle aujourd'hui joué par les professions paramédicales ⁽¹⁾, d'enrichir leurs missions et de leur donner de vraies perspectives de carrière. Le rapporteur souhaite lever les inquiétudes – légitimes – des professionnels de santé que pourraient susciter ses propositions visant à redéfinir le champ de compétences de chaque professionnel. La demande de prévention et de soins étant appelée à augmenter considérablement au cours des prochaines années, le partage des compétences ne saurait être synonyme de concurrence entre professionnels.

Ces propositions ne pourront être efficacement mises en œuvre que si l'ensemble des acteurs s'accordent préalablement sur la définition d'un certain nombre de notions (comme celles de « qualification » ou de « compétences », de « délégation » ou de « transfert » d'actes, d'« autonomie » ou d'« indépendance », de « coopération » ou de « coordination »). Le rapport insiste sur l'importance de distinguer cinq niveaux dans la pratique des professionnels paramédicaux : le socle du métier, la pratique confirmée, l'expertise ciblée, la pratique avancée et la spécialisation. Ces différents niveaux de pratique se distinguent par le degré d'autonomie du professionnel de santé, les compétences acquises en plus des compétences socles ainsi que la nature des tâches qui lui sont confiées. Ainsi, par exemple, la pratique avancée, qui repose sur un fort degré d'autonomie, un travail de collaboration renforcé avec les autres membres de l'équipe et des missions larges et transversales, se distingue assez nettement de la spécialisation.

La réforme de l'organisation des professions de santé doit servir une vision, celle du système de santé que nous souhaitons voir advenir dans les dix prochaines années. Cette vision, qui mériterait de faire l'objet d'une large concertation, pourrait s'articuler autour de quatre axes : la montée en compétences de l'ensemble des professionnels, la place plus importante octroyée aux missions de prévention, le renforcement du travail en équipe et la fluidification des parcours professionnels.

(1) *Compte tenu des délais impartis et du nombre de professions concernées, les travaux de la mission se sont concentrés sur les professionnels paramédicaux du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.*

La montée en compétences des professionnels de santé rencontre de nombreux obstacles. L'élargissement du champ de compétences d'une profession est trop souvent vu comme la perte de compétences exclusives d'une autre (selon une logique de « dominos »). Il est essentiel d'opter pour une autre vision des choses, que l'on pourrait qualifier de logique « de l'escalier ». Dans cette nouvelle approche, chaque professionnel verrait progressivement son champ de compétences étendu. Les médecins auraient tout à y gagner car cela leur permettrait de dégager du temps médical, à la fois pour réaliser les actes les plus complexes et pour remplir au mieux leur rôle de coordinateur de la prise en charge des patients.

Une réflexion d'ordre général doit être engagée sur le partage des compétences entre les professions médicales et les autres professions. Contrairement au diagnostic et à l'initiation de la stratégie thérapeutique, les actes de soins et les missions de prévention pourraient être beaucoup plus partagés entre les professionnels de santé. Les missions de prévention des infirmiers en pratique avancée (IPA) exerçant en libéral doivent, tout particulièrement, être renforcées.

Pour instaurer une logique « de l'escalier », quatre leviers, détaillés ci-après peuvent être actionnés :

– **le renforcement des compétences socles** : il est essentiel de lutter contre la dégradation des métiers socles et d'engager la révision des listes d'actes que peuvent réaliser les professionnels paramédicaux lorsque celles-ci sont devenues obsolètes ;

– **la montée individuelle en compétences** : s'il est compliqué, à moyen terme, de modifier les compétences de l'ensemble d'une profession, il est envisageable de faire évoluer, individuellement, les professionnels qui auront acquis tel ou tel savoir-faire. Il s'agit notamment de mieux valoriser les compétences acquises dans le cadre des formations prévues par les protocoles de coopération. L'octroi d'unités de valeur universitaire pourrait, par exemple, venir sanctionner le suivi d'une formation et l'acquisition d'un savoir-faire. Cela permettrait aux professionnels de conserver leurs nouvelles compétences pour le restant de leur carrière, même en dehors de tout protocole de coopération ;

– **la création de nouvelles spécialités** : celles-ci peuvent être envisagées dans des cas bien précis mais elles ne doivent pas constituer la voie privilégiée pour faire évoluer les professions de santé ;

– **l'accès à la pratique avancée** : l'évolution des professions de santé passe par le renforcement de l'exercice en pratique avancée pour les infirmiers (en adaptant le modèle économique, surtout en libéral) et par la création d'un tel exercice pour d'autres auxiliaires médicaux, au premier rang desquels les techniciens de laboratoire et les manipulateurs en électroradiologie.

Les coopérations entre les professionnels de santé doivent également être développées. Le numérique doit devenir un levier pour améliorer les collaborations. Il n'est pas normal que des freins techniques empêchent encore les professionnels de recueillir et d'échanger entre eux des informations dans un format standardisé. Les expérimentations de nouvelles modalités de financement doivent, en parallèle, être poursuivies. On sait aujourd'hui que les systèmes dans lesquels le paiement à l'acte domine, comme en France, aboutissent à des coordinations entre professionnels de santé moins bonnes que les systèmes dans lesquels un ensemble de services est rémunéré.

Au-delà des propositions générales qui concernent l'ensemble des professions paramédicales, les travaux de la mission ont permis de faire émerger un certain nombre de mesures par filière, sur lesquelles la très grande majorité des acteurs auditionnés, voire la totalité, ont réussi à s'accorder :

– **dans la filière visuelle**, une expérimentation permettant aux orthoptistes de se voir déléguer davantage de tâches par les ophtalmologistes gagnerait à être mise en œuvre dans les territoires où la densité d'ophtalmologistes est faible. Une telle expérimentation est d'autant plus pertinente que les effectifs d'orthoptistes progressent rapidement (il devrait y avoir, en 2030, trois orthoptistes pour deux ophtalmologistes) et que les densités d'implantation des orthoptistes ne sont pas corrélées à celle des ophtalmologistes ;

– **dans la filière auditive**, les audioprothésistes pourraient jouer un rôle plus important au sein de structures médicales, tout en gardant à l'esprit la nécessité de séparer les actes de prescription et les actes de vente pour les dispositifs d'audioprothèses ;

– **dans la filière de la santé mentale**, une meilleure coordination entre les professionnels est possible. Trois expériences de terrain le montrent et pourraient utilement inspirer d'autres territoires : il s'agit des dispositifs de soins partagés mis en place dans les Yvelines Sud, à Créteil et à Toulouse ;

– **dans la filière du soin**, la coopération entre aides-soignants et infirmiers doit s'accroître, tout particulièrement dans le secteur libéral, pour assurer le virage domiciliaire et faire face au vieillissement de la population. Pour rappel, la prise en charge des personnes âgées à domicile est assurée, pour une part prépondérante, par des cabinets d'infirmiers libéraux. Le rapport préconise ainsi de permettre à des aides-soignants de travailler sous statut libéral, et non plus seulement salarié, au sein de cabinets d'infirmiers libéraux et sous la responsabilité de ces infirmiers ;

– **dans la filière bucco-dentaire**, l'ensemble des acteurs appellent de leurs vœux la création d'un statut d'assistant dentaire de niveau II, permettant de larges délégations de tâches, auquel les assistants de niveau I pourraient accéder après une certaine durée d'expérience et une formation. Cette mesure contribuera à passer

d'une politique de la maladie à une politique de la santé bucco-dentaire mettant l'accent sur la prévention, l'éducation à la santé et la valorisation des soins précoces ;

– **dans la filière de l'anesthésie**, l'ensemble des acteurs s'accordent à dire que le bon fonctionnement du binôme médecins anesthésistes réanimateurs/infirmiers anesthésistes (IADE) est le garant du fonctionnement efficace de la filière. Les IADE pourraient être davantage reconnus dans le code de la santé publique et leurs compétences élargies, dans le cadre des protocoles de coopération, à d'autres champs que l'anesthésie (notamment aux unités d'accès vasculaires, aux urgences, ou au post-opératoire) ;

– **l'ensemble des professionnels intervenant auprès des enfants** gagneraient à être mieux coordonnés. Pour cela, plusieurs pistes peuvent être étudiées, parmi lesquelles le développement de l'exercice des infirmières puéricultrices en ville et l'élaboration d'axes « santé de l'enfant » au sein des CPTS, intégrant la protection maternelle et infantile (PMI) et la santé scolaire.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORTEUR

Faire monter en compétences l'ensemble des professions paramédicales selon la logique « de l'escalier »

Proposition n° 1 : Étendre la faculté de réaliser et/ou de prescrire des actes de prévention de manière très large à l'ensemble des professionnels paramédicaux

- Renforcer tout particulièrement les missions de prévention des infirmiers en pratique avancée (IPA) exerçant en libéral. Étudier l'opportunité de créer une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui leur serait spécifique ;
- En parallèle, poursuivre activement les réflexions de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour mieux valoriser financièrement les missions de prévention.

Proposition n° 2 : Renforcer le socle de compétences des professions paramédicales

- Engager dès maintenant la procédure de révision des listes d'actes que chacune des professions paramédicales peut réaliser, lorsque ces listes nécessitent une actualisation ;
- Faire en sorte que le comité national des coopérations interprofessionnelles étudie davantage l'opportunité d'intégrer, dans les compétences réglementaires des professionnels, certains actes dérogatoires prévus par les protocoles de coopération existants.

Proposition n° 3 : Faire monter individuellement en compétences les professionnels paramédicaux grâce à la portabilité des acquis

Valoriser les compétences que les professionnels de santé acquièrent dans le cadre des formations prévues par les protocoles de coopération en permettant à ces professionnels d'obtenir des unités de valeur universitaire et ainsi de conserver les compétences acquises, même en dehors de tout protocole de coopération.

Proposition n° 4 : Faire preuve de vigilance quant à la création de nouvelles spécialités

- Trouver un équilibre consistant à reconnaître les spécificités d'une discipline, sans pour autant rigidifier le fonctionnement de l'offre de soins et bloquer les mobilités des professionnels spécialisés ;
- Étudier plus en détail l'opportunité de reconnaître une spécialité pour les infirmières en soins critiques.

Proposition n° 5 : Conforter la pratique avancée

- Lever les freins à la pratique avancée infirmière, notamment en adaptant le modèle économique des infirmiers en pratique avancée (IPA). En libéral, réfléchir à l’opportunité d’adapter, en fonction des besoins du patient, le nombre de forfaits facturés par les IPA et à l’opportunité de majorer le montant des forfaits en cas de suivi complexe ;
- Ouvrir l’exercice en pratique avancée à d’autres professions de santé, notamment aux techniciens de laboratoire et aux manipulateurs en électroradiologie.

Renforcer les coopérations entre les professionnels de santé

Proposition n° 6 : Faire du numérique un outil utile pour améliorer la collaboration entre les professionnels de santé

- Rendre effectif l’accès de tous les professionnels de santé au dossier médical partagé (notamment les ergothérapeutes ou les médecins de l’éducation nationale) avec le consentement du patient ;
- S’assurer que les organismes de tutelle mettent en place et financent un référentiel d’interopérabilité obligatoire, opposable aux éditeurs de logiciel ;
- Inciter les professionnels à recourir à la télé-expertise, récemment ouverte aux professions paramédicales.

Proposition n° 7 : Instaurer de nouvelles modalités de financement propices aux collaborations

- Poursuivre l’expérimentation de nouvelles modalités de rémunération sur la base de l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Privilégier, dans ce cadre, le versement de forfaits correspondant à la prise en charge globale d’un patient par plusieurs professionnels de santé.

Proposition n° 8 : Faciliter le déploiement national des protocoles de coopération locaux

- Charger la direction générale de l’offre de soins (DGOS) de s’assurer que des dispositifs de formations formalisés existent bien sur l’ensemble du territoire lorsqu’un protocole local est étendu.

Mettre rapidement en œuvre les mesures consensuelles au sein de chaque filière

Proposition n° 9 : Améliorer l'organisation de la filière visuelle

- Développer, dans le cadre du travail aidé et notamment des cabinets secondaires, les délégations de tâche aux opticiens et orthoptistes ;
- Prévoir une expérimentation permettant aux orthoptistes de se voir déléguer davantage de tâches dans les territoires où la densité d'ophtalmologistes est faible. Les tâches déléguées aux orthoptistes pourraient reprendre tout ou partie des tâches prévues par les protocoles RNO, RNM, Opht&Go, par le protocole organisationnel de dépistage de la rétinopathie diabétique et par celui de suivi d'un glaucome chronique simple stabilisé ou d'une hypertension oculaire simple ;
- Mieux communiquer sur la possibilité de renouvellement des équipements par les orthoptistes et opticiens-lunetiers et s'assurer du remboursement, par les complémentaires, de ce renouvellement ;
- Instaurer un dispositif de règles et de sanctions professionnelles pour les opticiens-lunetiers et les orthoptistes et sécuriser juridiquement l'emploi des opticiens dans les cabinets d'ophtalmologistes ;
- S'assurer du déploiement des protocoles organisationnels et de coopération en direction des orthoptistes libéraux et des ophtalmologistes non employeurs ;
- Créer un protocole de coopération national « filière visuelle » sur la base des actuels protocoles de coopération et de certains protocoles organisationnels.

Proposition n° 10 : Améliorer l'organisation de la filière auditive

- Mener une réflexion sur la place que pourraient avoir les audioprothésistes au sein de structures médicales, tout en gardant à l'esprit l'importance de séparer les actes de prescription et les actes de vente pour les dispositifs d'audioprothèses.

Proposition n° 11 : Améliorer l'organisation de la filière du soin

- Renforcer les compétences socles des infirmiers et des aides-soignants ;
- Permettre à des aides-soignants de travailler sous statut libéral, et non salarié, au sein de cabinets d'infirmiers libéraux et sous la responsabilité de ces infirmiers, ce qui engendrera une pleine coopération entre aides-soignants et infirmiers dans le secteur libéral.

Proposition n° 12 : Améliorer l'organisation de la filière santé mentale

- Favoriser sur l'ensemble du territoire la mise en œuvre de dispositifs de soins partagés, à l'image de ceux mis en place dans les Yvelines Sud, à Créteil et à Toulouse, en y associant les professionnels qui le souhaitent ;
- Évaluer l'ensemble des expérimentations existantes (remboursement par la CNAM de certaines thérapies ou expérimentation Ecout'Emoi), avant d'envisager leur généralisation.

Proposition n° 13 : Améliorer l'organisation de la filière bucco-dentaire

- Créer un statut d'assistant dentaire de niveau II (ces derniers ne pourraient exercer qu'au sein des cabinets dentaires, sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste) auquel l'assistant de niveau I pourrait accéder après une certaine durée d'expérience et une formation.
- Dans les zones sous-denses, prévoir un dispositif de financement de la formation des assistants dentaires de niveau II ainsi qu'un paiement au forfait ou un « bonus » sur la facturation des actes dentaires, permettant de les rémunérer.

Proposition n° 14 : Améliorer l'organisation de la filière de l'anesthésie

- Reconnaître les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) dans le code de la santé publique, à travers la création d'un chapitre qui leur serait consacré ;
- Publier des appels à manifestation d'intérêt pour des protocoles nationaux de coopération entre médecins anesthésistes réanimateurs et IADE ;
- Élargir, dans le cadre des protocoles de coopération, les compétences des IADE à d'autres champs (comme les unités d'accès vasculaires, les urgences, ou le post-opératoire).

Proposition n° 15 : Améliorer l'organisation des professionnels de santé auprès des enfants

- Développer l'exercice des infirmières puéricultrices en ville. Inscrire des actes spécifiques aux infirmières puéricultrices dans la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP) ;
- Promouvoir l'élaboration d'axes « santé de l'enfant » au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), intégrant la protection maternelle et infantile (PMI) et la santé scolaire.

Proposition n° 16 : Autres points de convergence

- Ouvrir aux orthopédistes-orthésistes, aux orthoprothésistes et aux podoprothésistes la possibilité de renouveler les prescriptions d'orthèses plantaires, en en référant au médecin traitant ;
- Permettre aux masseurs-kinésithérapeutes, en en référant au médecin traitant, d'exercer en accès direct pour les pathologies en affection longue durée nécessitant des soins de kinésithérapie, renforcer leur rôle de prévention et étendre aux équipes de soins spécialisées les deux protocoles de coopération existants auxquels les masseurs-kinésithérapeutes peuvent adhérer.

I. LA NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Le constat n'est pas nouveau et l'on ne compte plus le nombre de rapports insistant sur le caractère inadapté de notre système de santé face aux défis que sont notamment le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et la prise en charge d'une politique de prévention. Pourtant, malgré la mise en place d'un certain nombre d'outils, la répartition des compétences entre professionnels de santé demeure encore extrêmement rigide et laisse trop peu de place aux coopérations et aux délégations de tâches.

A. UN FORT CONSENSUS SUR LES LIMITES DU SYSTÈME ACTUEL

Les auditions menées par le rapporteur ont mis en évidence un fort consensus : l'organisation des professions de santé doit évoluer pour faire face aux enjeux qui se posent aujourd'hui à notre système de santé.

De nombreux domaines de la santé, tels que la santé des femmes, la santé dentaire, l'accès aux soins de médecins généralistes ou la prévention, témoignent de l'existence de besoins de santé non couverts en France. Notre pays reste également marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé, les régions rurales cumulant les difficultés d'accès aux soins de proximité et spécialisés. Dans un récent rapport ⁽¹⁾, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) indique que les carences en professionnels de santé les plus souvent citées par les agences régionales de santé sont celles en chirurgiens-dentistes, en médecine générale et en médecine spécialisée (notamment en psychiatrie et en ophtalmologie). Ces difficultés d'accès aux soins, particulièrement fortes dans certaines zones, pourraient s'accroître sous l'effet de deux facteurs : d'une part le vieillissement de la population et l'explosion des pathologies chroniques et, d'autre part, les dynamiques démographiques, souvent en berne, des professionnels médicaux.

À lui seul, le vieillissement de la population aura des conséquences considérables sur la consommation de soins. L'ONDPS estime que l'impact serait, à l'horizon 2040 et toutes choses égales par ailleurs, négatif pour les sages-femmes (- 2 %), relativement faible pour les chirurgiens-dentistes (+ 0,8 %), mais beaucoup plus significatif pour les médecins (+ 6,7 %), particulièrement pour les médecins spécialistes (+ 7,7 %). À la déformation de la pyramide des âges s'ajoute l'augmentation attendue des polyopathologies et des pathologies chroniques, et donc la nécessité de renforcer les coopérations entre les professionnels de santé exerçant à l'hôpital, en ville et dans le secteur médico-social.

(1) « Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions », Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Les évolutions démographiques attendues des professionnels médicaux ne paraissent pas suffisamment dynamiques pour couvrir les besoins en santé sur la prochaine décennie (voir encadré ci-après). De plus, les nouvelles générations de professionnels médicaux aspirent souvent à une meilleure conciliation entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, laquelle passe parfois par une réduction de leur temps de travail.

Les dynamiques démographiques des trois professions médicales

Avec près de 215 000 professionnels de moins de 70 ans en activité en 2020, la profession de médecin a atteint son effectif maximum en 2016 et, depuis, la tendance est à la baisse. Le recul des effectifs de médecins en activité s'est produit depuis dix ans, exclusivement au détriment des médecins généralistes. Le scénario tendanciel de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre que les effectifs des médecins poursuivraient leur baisse jusqu'en 2024 puis repartiraient à la hausse, pour retrouver, en 2031, leur niveau de 2020.

La profession de chirurgien-dentiste compte, elle, près de 42 000 professionnels de moins de 70 ans en activité. La démographie de ces professionnels a été très atone au cours des trente dernières années, augmentant moins vite que la population française. Le scénario tendanciel de la DREES indique que la densité des chirurgiens-dentistes, qui stagne sur la période récente, devrait augmenter dans les années à venir, sauf dans l'hypothèse où les flux migratoires seraient nuls.

Quant à la profession de sage-femme, celle-ci a vu ses effectifs croître depuis 2012 – pour atteindre 23 000 professionnels de moins de 70 ans en 2020 – même si cette progression est moins marquée depuis 2017.

Source : « Conférence Nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions », Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Afin de remédier aux difficultés d'accès aux soins et au manque de professionnels médicaux, différents leviers sont envisageables : l'augmentation des effectifs d'étudiants en santé, les mesures incitatives à l'installation de professionnels dans les zones sous-denses et l'amélioration de l'organisation des soins (en instaurant davantage de collaborations entre les professionnels et en s'interrogeant sur leurs périmètres de compétences respectifs). C'est sur ce troisième levier que la mission a souhaité se concentrer.

Bien sûr, l'évolution des différentes professions de santé que le rapporteur appelle de ses vœux ne vise pas uniquement à libérer du temps médical et à faciliter l'accès aux soins. Cette évolution a également pour objectif de mieux reconnaître le rôle aujourd'hui joué par les professions paramédicales, d'enrichir leurs missions et de leur donner de vraies perspectives de carrière. Les pratiques et les modes d'exercice de ces professionnels ont changé avec les nouvelles technologies et techniques médicales ainsi qu'avec le développement des équipes pluri-professionnelles, pour lesquelles l'appétence des professionnels, notamment chez les nouvelles générations, grandit. Il est grand temps de tenir compte de l'ensemble de ces évolutions et des défis à venir pour faire évoluer l'organisation de notre système de santé.

B. UN INDISPENSABLE TRAVAIL DE DÉFINITION PRÉALABLE

Avant d'évoquer les dispositifs qui ont d'ores et déjà été mis en place pour renforcer les collaborations entre les professionnels de santé et pour accroître le rôle joué par les professions paramédicales, un travail de définition préalable est indispensable. Les auditions menées par le rapporteur ont, en effet, fait apparaître un grand nombre de confusions autour de certaines notions, détaillées ci-après.

- *Compétences et qualifications*

Une distinction peut être opérée entre les qualifications – essentiellement entendues comme la possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent – et les compétences – à savoir la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel, relatif aux activités d'une situation déterminée et requérant des connaissances et des savoir-faire ⁽¹⁾. Pour le rapporteur, l'un des défis actuels est justement de renforcer la prise en compte des compétences (validation des acquis de l'expérience, formation continue, etc.), par notre système de santé, lequel reste principalement centré sur les qualifications.

- *Coopération et coordination*

Les deux notions sont relativement proches. Schématiquement, la coordination consiste à répartir les tâches, les rôles et les responsabilités entre plusieurs acteurs de manière relativement « verticale », alors que la coopération consiste à fédérer des compétences autour d'un projet commun et recouvre une dimension plus « horizontale ». Pour le rapporteur, c'est bien la coopération qui doit être privilégiée lorsque l'on cherche à renforcer la collaboration entre les professionnels de santé.

- *Délégations de tâches et transferts de compétences*

Comme le rappelle la Haute Autorité de santé (HAS) ⁽²⁾, la délégation désigne l'action par laquelle un professionnel confie à un autre la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. Elle comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer. À l'inverse, le transfert déplace l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre. Les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Le rapporteur s'interroge sur l'usage fait de ces deux notions dans le code de la santé publique. Elles sont, par exemple, toutes les deux utilisées pour définir les protocoles de coopération ⁽³⁾ (voir *infra*). Le rapporteur appelle donc de ses vœux une clarification.

(1) « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », Haute Autorité de santé, 2007.

(2) *Ibid.*

(3) L'article L. 4011-1 du code de la santé publique indique que les protocoles de coopération consistent en des « transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ». L'article L. 4011-4-7 ainsi que la partie réglementaire du code de la santé publique font, eux, référence aux « personnels délégants » et « délégués » dans le cadre de ces protocoles.

- *Indépendance et autonomie*

L'autonomie et l'indépendance sont souvent considérées comme deux notions synonymes. Il est néanmoins possible de délimiter leurs champs respectifs. L'autonomie d'un professionnel de santé se trouve dans sa capacité à prendre un certain nombre de décisions seul, ce qui n'exclut ni la supervision par un autre professionnel, ni le travail en équipe. L'indépendance, quant à elle, se situe plutôt dans le champ relationnel et reflète l'absence possible de tout lien avec autrui. Pour le rapporteur, c'est donc bien l'autonomie des professionnels de santé et le travail en équipe qu'il s'agit de renforcer. Le degré d'autonomie des différents professionnels paramédicaux varie fortement aujourd'hui. Certaines professions bénéficient d'un champ d'autonomie moins limité que d'autres, à l'instar des infirmiers (qui ont un champ de compétence propre), des pédicures-podologues ou des masseurs-kinésithérapeutes (qui ont un droit de prescription encadré dans leur domaine) ou des orthoptistes et opticiens (qui se sont vu octroyer un droit de renouvellement des ordonnances sous condition).

- *Les différents niveaux de pratique*

Les travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière mettent en évidence quatre niveaux dans la pratique des professionnels paramédicaux : le socle du métier, la pratique confirmée, l'expertise ciblée, et la pratique avancée. À ces quatre niveaux peut être ajoutée la spécialisation. Actuellement, seule la profession d'infirmier reconnaît trois spécialités qui sont inscrites dans le décret d'exercice des infirmiers mais ne font pas l'objet d'un chapitre spécifique dans le code de la santé publique : l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE), l'infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) et la puéricultrice diplômée d'État.

Pour le rapporteur, ces différents niveaux de pratique diffèrent en fonction du degré d'autonomie du professionnel de santé, des compétences acquises en plus des compétences socles ainsi que de la nature des tâches qui lui sont confiées.

LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DANS LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

Socle du métier	Pratique confirmée	Expertise ciblée dans un domaine relevant du métier socle	Spécialisation	Pratique avancée
Diplômé du métier de base	Professionnel qui se distingue par la compétence acquise lors de son expérience et qui progresse là où il se trouve.	Professionnel qui centre ses compétences autour d'une pathologie ou d'une technique précise dans un domaine relevant du métier socle.	Professionnel qui se spécialise dans une discipline ou dans la prise en charge de certains patients.	Professionnel exerçant, au sein d'une équipe, des missions transversales et pouvant se voir déléguer des actes médicaux.
<i>Exemple pour les infirmiers : Infirmier diplômé d'État</i>	Infirmier reconnu comme « référent » par ses pairs.	Il existe de nombreux exemples (à l'instar de l'infirmier en soins spécialisés dans le domaine de la tabaccologie).	IADE, IBODE, puéricultrice.	Infirmier en pratique avancée (IPA).
Formation initiale. Compétences sanctionnées par un diplôme professionnel.	Formation initiale + temps d'apprentissage de plusieurs mois. Progression en interne par des formations continues ou des projets d'équipe.	Formation initiale + temps d'apprentissage de quelques semaines ou quelques mois sanctionné par un diplôme ou une qualification.	Compétences sanctionnées par un diplôme professionnel.	Durée minimale d'exercice et diplôme en pratique avancée délivré par une université.
Compétences socles parfois définies dans un décret d'actes.	Le professionnel dispose, en plus des compétences socles, d'autres savoir-faire et connaissances qui, pour autant, ne changent pas la nature du métier.		Le professionnel peut disposer de certaines compétences exclusives (c'est le cas des IADE et des IBODE) ⁽¹⁾ .	Le professionnel dispose de compétences qui changent la nature du métier.
Autonomie limitée. Pour certains professionnels paramédicaux, des règlements précisent les actes devant être réalisés sous le contrôle immédiat d'un professionnel plus qualifié, ceux devant être réalisés sur prescription médicale, ceux prévus dans le cadre de protocoles établis par des médecins et ceux relevant du rôle propre (lorsqu'il existe) du professionnel paramédical.			Degré d'autonomie plus important. Les activités que peut seul exercer le professionnel sont réalisées sous le contrôle exclusif d'un médecin spécialiste.	Fort degré d'autonomie, lequel implique un travail de collaboration renforcé avec les autres membres de l'équipe.
Reconnaissance statutaire.	Absence de reconnaissance supplémentaire (au sens statutaire du terme) par rapport au métier socle, mais reconnaissance au sens de l'utilisation des compétences dans l'institution.		Reconnaissance statutaire.	Reconnaissance statutaire.

Source : commission des affaires sociales, à partir des données issues des auditions et des travaux de la Haute Autorité de santé.

(1) Les actes exclusifs de l'IADE sont définis à l'article R. 4311-12 du code de la santé publique ; il s'agit notamment de l'anesthésie générale, l'anesthésie loco-régionale et la réanimation per-opératoire. Les compétences exclusives de l'IBODE, effectives depuis le 1^{er} janvier 2020, sont définies à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique ; il s'agit de l'installation chirurgicale du patient, de la mise en place et de la fixation des drains sus-aponévrotiques ainsi que de la fermeture sous-cutanée et cutanée.

- *Diagnostic, soins et prévention*

Un certain nombre de notions méritent d'être précisément définies pour distinguer au mieux ce qui relève intrinsèquement du champ de compétences des professions médicales et de celui des professions paramédicales :

– **le diagnostic médical clinique** permet de reconnaître une maladie pour en assurer une prise en charge appropriée. Il est issu du recueil et de la hiérarchisation des symptômes et des signes cliniques, puis confirmé et précisé par les examens complémentaires ⁽¹⁾. La réalisation du diagnostic demande une culture médicale globale permettant de faire des diagnostics différentiels (c'est-à-dire de procéder à des investigations appropriées afin d'écartier certaines possibilités et de confirmer le diagnostic). Le diagnostic est un élément essentiel de la décision médicale.

Le diagnostic médical clinique est, parfois, complémentaire d'autres diagnostics, réalisés cette-fois par des professionnels paramédicaux, à l'instar du **diagnostic infirmier** ou du **diagnostic kinésithérapique**. Alors que le diagnostic médical revient à nommer une maladie ou un état dans l'évolution d'une maladie, le diagnostic infirmier est davantage centré sur les besoins de la personne et non directement sur sa pathologie. Le diagnostic infirmier est, en effet, usuellement défini comme étant « *l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité* » ⁽²⁾. Il relève du rôle propre de l'infirmier, permet un langage commun et facilite le choix des interventions qui devront aboutir à des résultats de soins. Quant au diagnostic kinésithérapique, il est centré sur la reconnaissance de dysfonctionnements susceptibles de justifier d'objectifs réalistes de kinésithérapie dans le cadre d'un projet thérapeutique ⁽³⁾ ;

– une fois le diagnostic posé, **le suivi clinique du patient** permet d'observer l'évolution de la maladie et d'adapter la prise en charge du patient en conséquence. Ce suivi n'est pas propre aux professions médicales mais peut être également réalisé par certaines professions paramédicales ;

– **les actes de soins**, sont, eux partagées entre les professions médicales et paramédicales en fonction de leurs qualifications et compétences. Pour rappel, la HAS définit un acte de soins comme étant est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents ;

(1) Définition de l'Académie nationale de médecine.

(2) Définition de l'Association Nord-Américaine des/pour les Diagnostics Infirmiers (ANADI).

(3) « *La démarche diagnostique en kinésithérapie : un concept de soins* », Dominique Delplanque, Conférence INK, 2009.

– **la prévention** consiste, elle, à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (comme la vaccination par exemple), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (les dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence. La prévention peut reposer sur la prescription d'examen ou bien de gestes (dans le cas de la vaccination par exemple), sans nécessairement qu'un diagnostic ait été posé en amont. Les missions de prévention peuvent donc potentiellement, et utilement, être partagées par l'ensemble des professionnels de santé.

C. DES OUTILS EXISTANTS ENCORE PARCELLAIRES ET TROP PEU MOBILISÉS

Plusieurs dispositifs ont été mis en place ces dernières années pour décloisonner les parcours professionnels et inciter au développement de nouveaux modes d'organisation des soins. Force est néanmoins de constater qu'ils sont encore loin d'insuffler un meilleur partage des tâches et une vraie dynamique de coopération entre les professionnels de santé.

1. La pratique avancée

La pratique avancée permet aux auxiliaires médicaux d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins.

Le cadre juridique de la pratique avancée

La loi de modernisation de notre système de santé ⁽¹⁾ a posé, à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, le cadre juridique de l'exercice en pratique avancée :

– peuvent théoriquement exercer en pratique avancée **l'ensemble des auxiliaires médicaux** relevant des titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ⁽²⁾ qui justifient d'une durée minimale d'exercice de leur profession et sont titulaires d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée ;

– **l'exercice en équipe pluridisciplinaire** est privilégié et la place centrale du médecin dans la prise en charge des patients est préservée ;

– **les domaines d'intervention pouvant être ouverts à la pratique avancée sont limitativement énumérés** : il s'agit des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ; enfin, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(2) Voir page 5 du présent rapport.

L'exercice en pratique avancée n'est, à l'heure actuelle, ouvert qu'aux seuls infirmiers dans quatre domaines d'intervention ⁽¹⁾ : les pathologies chroniques stabilisées, la prévention et les polyopathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale ; la psychiatrie et la santé mentale. L'ouverture d'un nouveau domaine d'intervention, les urgences, est prévue pour la rentrée universitaire 2021.

Les infirmiers en pratique avancés (IPA) doivent justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier et avoir obtenu leur diplôme d'État d'IPA, de grade master. La formation permettant l'acquisition de ce diplôme est organisée autour d'une première année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une seconde année centrée sur les enseignements en lien avec le domaine d'intervention choisi.

● *Les IPA exerçant en libéral*

L'avenant n° 7 de la convention des infirmiers libéraux a été approuvé en décembre 2019 ⁽²⁾. Il s'applique à l'ensemble des IPA exerçant à titre libéral sous le régime conventionnel, c'est-à-dire tant aux IPA exerçant de façon exclusive

(1) Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée et décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

(2) Arrêté du 30 décembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007.

qu'aux IPA exerçant en concomitance avec une autre activité d'infirmier libéral. Il détermine notamment leurs modalités de rémunération.

À ce titre, un certain nombre de forfaits ont été créés. Un premier forfait de 20 euros, valorisant l'entretien et l'anamnèse ⁽¹⁾, est facturable par l'IPA lors du tout premier contact avec le patient. Deux autres forfaits s'appliquent ensuite : le premier, d'une valeur de 58,90 euros, est facturable chaque année au premier contact annuel du patient ; le second, de 32,70 euros, est facturable trimestriellement. Une majoration liée à l'âge du patient, pour les enfants de moins de 7 ans et les patients âgés de 80 ans et plus, de 3,90 euros, peut également être associée à ces trois forfaits.

- *Les IPA exerçant dans le secteur hospitalier*

Le statut particulier du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière a été récemment créé ⁽²⁾ et son échelonnement indiciaire défini ⁽³⁾.

Un arrêté ⁽⁴⁾ a également prévu les modalités du concours sur titres permettant le recrutement dans la fonction publique hospitalière des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée.

- *Un premier bilan en demi-teinte*

Un premier comité de suivi a eu lieu début mars 2021. Parmi les 180 IPA diplômés et inscrits à l'ordre, 52 % ont un diplôme mention pathologies chroniques stabilisées, 29 % un diplôme mention oncologie et hémato-oncologie, 13 % un diplôme mention maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale et enfin 6 % un diplôme mention psychiatrie et santé mentale ⁽⁵⁾.

Le nombre d'étudiants IPA est en forte augmentation. Ainsi, 1 372 étudiants étaient comptabilisés pour l'année universitaire 2020-2021 (642 en M2 et 730 en M1), contre 798 en 2019-2020 et 324 en 2018-2019. En 2020-2021, vingt-deux universités accueillent des étudiants IPA ⁽⁶⁾. La mesure n° 6 des accords du Ségur de la santé fixe un objectif de 3 000 IPA formés en 2022 et 5 000 en 2024.

(1) L'anamnèse est le récit des antécédents d'un patient.

(2) Décret n° 2020-244 du 12 mars 2020 portant statut particulier du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière.

(3) Décret n° 2020-245 du 12 mars 2020 relatif à l'échelonnement indiciaire du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière.

(4) Arrêté du 23 décembre 2020 fixant les règles d'organisation générale, la composition du jury et la nature des épreuves du concours de recrutement pour l'accès au corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière.

(5) Chiffres donnés au comité de suivi par l'ordre des infirmiers.

(6) Ibid.

Malgré la montée en puissance du dispositif, un certain nombre de freins à l'exercice infirmier en pratique avancée ont été identifiés par les personnes auditionnées. Les principaux sont les suivants :

– l'hétérogénéité, sur le territoire, des formations proposées ainsi que l'offre de places encore trop limitée (inexistante dans les départements d'outre-mer) et le coût trop élevé de l'inscription universitaire ;

– les difficultés d'intégration et de reconnaissance des IPA au sein de leurs différents lieux d'exercice ;

– la rémunération forfaitaire, qui est beaucoup trop faible en libéral, ce qui ne permet pas aux IPA d'avoir un exercice exclusif en pratique avancée. D'après l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA), un IPA exerçant en libéral peut, la première année, espérer au mieux une rémunération de 807 euros nets par mois ⁽¹⁾.

2. L'exercice coordonné

Alors qu'en 1998, 56 % des médecins exerçaient dans un cabinet isolé ⁽²⁾, la stratégie « Ma Santé 2022 », renforcée par les conclusions du Ségur de la santé, entend faire du travail en équipe la norme. Celui-ci peut prendre différentes formes et est un réel moyen d'améliorer à la fois les conditions d'exercice des professionnels de santé et la prise en charge des patients.

Il existe deux grands types d'équipes coordonnées pluri-professionnelles des soins de premier recours ⁽³⁾ : les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces équipes peuvent être épaulées par des plateformes territoriales d'appui.

- *Les équipes de soins primaires*

Les équipes de soins primaires sont constituées d'au moins un médecin généraliste et regroupent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, exerçant ou non sur un même site et souhaitant se mobiliser autour d'un projet commun bénéficiant à leurs patients (par exemple, la prise en charge des personnes vulnérables, la réponse aux demandes de soins non programmées, etc.). Elles prennent essentiellement la forme de maisons de santé et de centres de santé.

(1) Selon l'UNIPA, l'avenant 7 de la convention nationale des infirmiers libéraux permet, au mieux, la première année, un chiffre d'affaires de 64 700 euros, en incluant l'aide à l'installation de 17 000 euros (soumise à condition d'un exercice exclusif et de moins de trois cents patients suivis). Le budget prévisionnel présenté de dépenses est, lui, estimé à 43 168 euros la première année. Les bénéfices nets annuels s'élèvent ainsi à 9 690 euros en moyenne.

(2) Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé, adopté le 22 avril 2021.

(3) Les soins de premier recours, aussi appelés soins primaires ou soins de proximité, représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé.

Selon les chiffres communiqués par la DGOS, en décembre 2020, il existait 1 740 maisons de santé pluri-professionnelles (+ 37 % par rapport à 2019) et 455 centres de santé pluri-professionnels (+ 21 % par rapport à 2019). À côté de ces formes abouties de structures de soins pluri-professionnelles, des formes « plus souples » d'équipes de soins primaires peuvent également exister, permettant à des professionnels de santé de se coordonner autour de thématiques communes relatives aux parcours de santé de leurs patients. On en dénombre actuellement 140 en France, particulièrement développées dans les régions des Pays de la Loire et Grand Est.

- *Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)*

Les CPTS sont une forme de coordination plus large que les ESP. Elles organisent la réponse à un besoin de santé sur un territoire. Elles sont constituées d'un réseau de structures, d'équipes et de professionnels divers (ESP, établissements de santé publics et privés, établissements médico-sociaux, réseaux, professionnels de santé de ville, etc.) autour d'un projet de santé co-construit et validé par les agences régionales de santé (ARS). Contrairement aux ESP, les CPTS s'inscrivent dans une démarche « populationnelle » et permettent aux différents professionnels de santé de s'organiser pour améliorer la prise en charge de la population d'un territoire et non plus de patientèles attirées.

Selon la DGOS, en décembre 2020, il existait 584 CPTS en France, dont 136 en fonctionnement (projet de santé validé), 198 en phase d'amorçage (lettre d'intention validée) et 250 en projet (projets identifiés mais non validés, sans soutien financier à ce stade). Le nombre de CPTS a augmenté de 25 % entre décembre 2018 et avril 2019 ⁽¹⁾. Elles sont appelées à se développer dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 », qui fixe un objectif de 1 000 CPTS d'ici 2022. Plus de 12 millions de personnes sont aujourd'hui couvertes par les CPTS en fonctionnement.

- *Les équipes de soins spécialisés (ESS)*

Depuis leur création en 2019 ⁽²⁾, les équipes de soins spécialisés contribuent, avec les acteurs des soins de premier recours, à la structuration des parcours de santé. Une ESS est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les ESP, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

3. Les protocoles de coopération

Les protocoles de coopération, définis aux articles L. 4011-1 à L. 4011-2 du code de la santé publique, permettent aux professionnels de santé travaillant en

(1) « Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? », dossier d'information, ministère des solidarités et de la santé, 2019.

(2) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

équipe de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Ils opèrent alors entre eux des transferts d'activités, d'actes de soins ou de prévention et/ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès des patients.

L'évolution du cadre juridique relatif aux protocoles de coopération

Le dispositif des protocoles de coopération a été créé par l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, dite « HPST »⁽¹⁾. Prenant acte du fait qu'il n'avait connu qu'un essor limité, la loi du 24 juillet 2019, dite « OTSS »⁽²⁾, en a refondu le cadre juridique en distinguant des « protocoles nationaux » et des « protocoles expérimentaux locaux » laissés à l'initiative des professionnels de santé. Le dispositif des « protocoles expérimentaux locaux » a, ensuite, été réécrit par la loi du 7 décembre 2020, dite « ASAP »⁽³⁾, puis par la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification⁽⁴⁾ :

– l'élaboration des protocoles locaux a été simplifiée. Ces derniers peuvent désormais être mis en œuvre après une simple validation de la commission médicale d'établissement et un simple enregistrement auprès de l'ARS. L'avis de la HAS n'intervient plus qu'*a posteriori*, pour juger du bien-fondé du déploiement du protocole sur le territoire national ;

– il est également désormais possible de conclure des protocoles de coopération transversaux (auxquels peuvent participer des professionnels de santé exerçant en ville, en ambulatoire et en milieu hospitalier).

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(3) Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

(4) Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

En décembre 2020, près de soixante protocoles de coopération étaient autorisés⁽¹⁾. Il en existe deux modèles :

– les protocoles nationaux, au nombre de trente-quatre actuellement (voir l'annexe 3), dont la liste est proposée par le comité national des coopérations interministérielles⁽²⁾. Ce comité émet également un avis sur le financement des protocoles par l'assurance maladie ;

– les protocoles de coopération locaux, encore minoritaires, qui sont utilisés par l'équipe de professionnels de santé qui en est à l'initiative. Les modalités de financement de ces protocoles n'ayant pas été précisées par la loi, une réflexion a été engagée au sein du ministère des solidarités et de la santé sur ce sujet.

(1) Communiqué de presse du ministère des solidarités et de la santé du 15 décembre 2020.

(2) En application de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, le comité est composé de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du handicap ainsi que des agences régionales de santé. Les conseils nationaux professionnels, les ordres des professions concernées ainsi que l'Union nationale des professionnels de santé sont associés aux travaux de ce comité.

Le protocole de coopération ASALÉE

Ce protocole national a pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques par une coopération entre infirmiers et médecins généralistes. Il concerne des dépistages et des suivis de pathologies chroniques : le suivi du patient diabétique de type 2 ; le suivi du patient à risque cardiovasculaire ; le suivi du patient tabagique à risque BPCO ; la consultation de repérage des troubles cognitifs et la réalisation de tests mémoire chez les personnes âgées.

Une récente étude ⁽¹⁾ dresse une évaluation globalement positive de ce protocole, montrant qu'il permet la constitution d'un véritable binôme entre l'infirmier et le médecin, qu'il est de nature à améliorer tant les conditions de travail de ces professionnels que la prise en charge des patients. L'étude souligne néanmoins une certaine hétérogénéité dans la mise en œuvre du protocole : la qualité de la coopération entre médecins et infirmiers dépend beaucoup de l'engagement des médecins.

(1) « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires », Cécile Fournier, Isabelle Bourgeois, Michel Naiditch, Question d'économie de la Santé, n° 232, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), avril 2018.

Si le dispositif des protocoles de coopération a été salué par l'ensemble des acteurs auditionnés, un certain nombre de freins à son déploiement ont été identifiés : la lourdeur des procédures (à laquelle les récentes évolutions législatives se sont attaquées), l'insuffisance de la valorisation financière, les incertitudes juridiques liées au transfert de responsabilité du personnel déléguant au personnel délégué ainsi que les difficultés d'accès aux structures de formation ⁽¹⁾. Les professionnels paramédicaux auditionnés ont également regretté l'absence de pérennité des protocoles locaux. Tout départ en retraite ou mutation du personnel déléguant abroge, en effet, ces protocoles.

II. QUELLE VISION DE L'ORGANISATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ DANS DIX ANS ET COMMENT Y PARVENIR ?

La réforme de l'organisation des professions de santé doit servir une vision, celle du système de santé que nous souhaitons voir advenir dans les dix prochaines années. Pour le rapporteur, cette vision, qui mériterait de faire l'objet d'une large concertation, pourrait s'articuler autour de la montée en compétences de l'ensemble des professionnels, d'une place beaucoup plus importante octroyée aux missions de prévention, du renforcement du travail en équipe – notamment pour la prise en charge des maladies chroniques – et de la fluidification des parcours professionnels.

Une telle vision est tout sauf utopique. Loin d'engendrer une nouvelle forme de concurrence entre les professionnels de santé, l'accroissement des besoins de

(1) Avant d'adhérer à un protocole, les professionnels auxquels de nouveaux actes sont délégués doivent participer à une formation spécifique, précisée par le protocole. Comme le rappelle la DGOS, cette formation mérite d'être élaborée avec les responsables des formations professionnelles concernées et validée, si possible par des référents universitaires.

santé, lié au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques, nécessite à la fois un plus grand nombre de professionnels mieux répartis sur le territoire, des compétences étendues pour chacun d'entre eux et une coordination renforcée entre toutes les disciplines.

L'ensemble des acteurs auditionnés ont insisté sur l'opportunité que pouvait représenter la crise sanitaire pour faire évoluer l'organisation des professions de santé. De nombreuses professions se sont, en effet, vu déléguer de nouvelles missions, notamment en matière de dépistage et de vaccination. Le recours aux outils numériques, notamment aux téléconsultations, s'est sensiblement accru et les coopérations entre les professionnels se sont développées. Les CPTS se sont particulièrement mobilisées.

A. IDENTIFIER LES MISSIONS QUI POURRAIENT ENRICHIR L'EXERCICE DES PROFESSIONS NON MÉDICALES

Une réflexion d'ordre général doit être engagée sur le partage des compétences entre les professions médicales et les autres professions. **Pour le rapporteur, l'élaboration du diagnostic et le choix de la thérapeutique (à savoir les premières prescriptions) doivent demeurer dans le champ de compétences des médecins**, sauf exceptions bien délimitées, lorsqu'il est démontré que l'octroi de telles compétences à un professionnel non médical permet d'améliorer tant l'accès aux soins que leur qualité. À l'inverse, les actes de soins peuvent être plus largement délégués (possibilité de délégation d'actes) et les missions de prévention – notamment la prescription d'actes de prévention – beaucoup plus partagées entre les professionnels de santé.

Aujourd'hui, le champ de la prévention est insuffisamment structuré. Nombreux sont les professionnels qui se prévalent de réaliser des missions de prévention sans que celles-ci soient réellement identifiées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dans ses mécanismes de suivi et de financement de l'offre de soins. La crise sanitaire a d'ailleurs montré les fragilités de notre système de santé en matière de prévention et crument souligné notre manque de culture en santé publique.

La CNAM admet qu'un travail important reste à effectuer en matière de prévention. Des discussions ont d'ores et déjà été engagées sur certains sujets, à l'instar de l'entretien post-natal ⁽¹⁾. Le rapporteur est convaincu qu'il faut désormais accélérer les réflexions visant à valoriser financièrement les missions de prévention et à identifier les professionnels les mieux à même de délivrer tel ou tel message de prévention. En la matière, le rapporteur souhaite insister sur les éléments suivants :

(1) À la suite du rapport de la commission des 1 000 premiers jours remis en septembre 2020, la CNAM réfléchit à la manière de valoriser l'entretien post-natal, réalisé par les sages-femmes, visant principalement à prévenir la dépression du post-partum.

– une approche populationnelle doit être privilégiée. Un accent important doit être mis sur la coopération des différents professionnels de santé au service d'un meilleur repérage des fragilités des personnes âgées et d'un meilleur dépistage en milieu scolaire ⁽¹⁾ ;

– la prévention ne doit pas être l'apanage d'un unique professionnel de santé. Les médecins ont, certes, un rôle à jouer en matière de prévention mais ce ne sont pas les seuls. La faculté de prescrire des actes de prévention doit être très largement étendue ⁽²⁾. Par exemple, les IPA exerçant en libéral doivent voir leur rôle renforcé en matière de prévention. Pour cela, des discussions avec la CNAM doivent être engagées pour valoriser les activités des IPA permettant la promotion de la santé, la prévention ainsi que le dépistage des patients et de leur entourage. L'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA) préconise de créer une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) spécifique aux IPA. Cette possibilité pourrait être étudiée.

Proposition n° 1 : Étendre la faculté de réaliser et/ou de prescrire des actes de prévention de manière très large à l'ensemble des professionnels paramédicaux

– Renforcer tout particulièrement les missions de prévention des infirmiers en pratique avancée (IPA) exerçant en libéral. Étudier l'opportunité de créer une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui leur serait spécifique ;

– En parallèle, poursuivre activement les réflexions de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour mieux valoriser financièrement les missions de prévention ;

B. FAIRE MONTER EN COMPÉTENCES L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS SELON LA LOGIQUE « DE L'ESCALIER »

La montée en compétences des professionnels de santé rencontre de nombreux obstacles. L'élargissement du champ de compétences d'une profession est trop souvent vu comme la perte de compétences exclusives d'une autre (selon une logique de « dominos »). Le rapporteur insiste sur l'importance d'opter pour une autre vision des choses, que l'on pourrait qualifier de logique « de l'escalier ». Dans cette approche, chaque professionnel verrait progressivement son champ de compétences étendu. Dans la filière du soin par exemple, les aides-soignants pourraient pratiquer des actes aujourd'hui réalisés par des infirmiers qui, eux-mêmes, pratiqueraient des actes considérés actuellement comme médicaux. Les médecins auraient tout à y gagner car cela leur permettrait de dégager du temps médical, à la fois pour réaliser les actes les plus complexes et pour remplir au mieux leur rôle de coordinateur de la prise en charge des patients.

(1) Voir les pages 49 et 50 du présent rapport.

(2) Le rapporteur n'oublie pas le rôle essentiel que les pharmaciens jouent en matière de prévention mais rappelle que le rapport se concentre sur le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, dont ces professionnels ne font pas partie.

Quatre leviers peuvent être actionnés pour instaurer cette logique « de l’escalier » : le renforcement des compétences socles, la montée individuelle en compétences, la création de nouvelles spécialités et l’accès à la pratique avancée.

1. Le renforcement des compétences socles

Le renforcement des compétences socles est sans doute le levier le plus complexe à actionner. La modification des listes d’actes que peuvent réaliser les professionnels paramédicaux relève en effet d’une procédure de réingénierie longue qui nécessite de faire aussi évoluer les dispositions relatives à la formation. La lourdeur de cette procédure est telle que certains décrets d’actes, comme celui des ergothérapeutes ⁽¹⁾, n’ont pas été modifiés au cours des trente-cinq dernières années.

Certaines dispositions récentes ont été adoptées pour faciliter l’évolution des compétences socles des professionnels de santé. Ainsi, par exemple, le comité national des coopérations interprofessionnelles (voir *supra*) peut proposer l’intégration, dans les compétences réglementaires des professionnels, de certains actes dérogatoires prévus par les protocoles de coopération existants. Le rapporteur est convaincu que ce comité pourrait davantage se saisir de cette possibilité.

Proposition n° 2 : Renforcer le socle de compétences des professions paramédicales

- Engager dès maintenant la procédure de révision des listes d’actes que chacune des professions paramédicales peut réaliser, lorsque ces listes nécessitent une actualisation ;
- Faire en sorte que le comité national des coopérations interprofessionnelles étudie davantage l’opportunité d’intégrer, dans les compétences réglementaires des professionnels, certains actes dérogatoires prévus par les protocoles de coopération existants.

2. La montée individuelle en compétences

S’il est compliqué, à moyen terme, de modifier les compétences de l’ensemble d’une profession, il est envisageable de faire évoluer, individuellement, les professionnels qui auront acquis telle ou telle compétence. Le rapporteur est convaincu que les professions de santé de demain seront des professions ouvertes qui permettront une fluidité et une vraie diversité des parcours.

Pour cela, le rapporteur préconise de réfléchir à la manière de mieux valoriser les compétences acquises dans le cadre des formations prévues par les protocoles de coopération. L’octroi d’**unités de valeur universitaire** pourrait, par exemple, venir sanctionner le suivi d’une formation et l’acquisition d’une compétence. Cela permettrait aux professionnels de conserver leurs nouvelles compétences pour la suite de leur carrière, même en dehors de tout protocole de coopération. La CNAM

(1) Le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, codifié à l’article R. 4331-1 du code de la santé publique, fixe la liste des actes que ces professionnels sont habilités à accomplir.

a qualifié, lors de son audition, cette réflexion de « *voie porteuse* » et d'« *approche innovante* », tout en soulignant qu'elle était sans doute plus adaptée à la pratique en établissement qu'en ville.

La valorisation des compétences acquises dans le cadre des protocoles de coopération : l'exemple de la pose de voie veineuse centrale

La pose de voie veineuse centrale pourrait faire l'objet d'une unité de valeur et permettre aux infirmiers ayant acquis cette compétence dans le cadre d'un protocole de coopération de se la voir formellement reconnaître. Pour rappel, un arrêté du 1^{er} mars 2021 ⁽¹⁾ a étendu au territoire national un protocole de coopération initié en région Auvergne-Rhône-Alpes permettant la pose de voie veineuse centrale par les infirmiers. Pour y participer, ces derniers doivent avoir cinq ans d'ancienneté, disposer d'une compétence technique et relationnelle avérée auprès des patients et suivre une formation spécifique (un contenu théorique de 20 heures et un contenu pratique par compagnonnage).

(1) Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE ».

Proposition n° 3 : Faire monter individuellement en compétences les professionnels paramédicaux grâce à la portabilité des acquis

Valoriser les compétences que les professionnels de santé acquièrent dans le cadre des formations prévues par les protocoles de coopération en permettant à ces professionnels d'obtenir des unités de valeur universitaire et ainsi de conserver les compétences acquises, même en dehors de tout protocole de coopération.

3. La création de nouvelles spécialités

Une troisième manière de faire évoluer les professions paramédicales consiste à instaurer de nouvelles spécialités, à l'image des spécialités existant pour la profession infirmière. Il s'agit d'une demande forte de certains acteurs auditionnés. La DGOS a indiqué à la mission étudier l'opportunité de reconnaître une spécialité pour les infirmières en soins critiques.

Pour le rapporteur, la création de nouvelles spécialités peut être envisagée dans des cas bien précis mais elle ne doit pas constituer la voie privilégiée pour faire évoluer les professions de santé. S'il est souvent nécessaire de reconnaître les spécificités d'une discipline, il ne faut pas pour autant qu'une telle reconnaissance conduise à rigidifier le fonctionnement de l'offre de soins et à bloquer les mobilités des professionnels spécialisés.

Proposition n° 4 : Faire preuve de vigilance quant à la création de nouvelles spécialités

- Trouver un équilibre consistant à reconnaître les spécificités d’une discipline, sans pour autant rigidifier le fonctionnement de l’offre de soins et bloquer les mobilités des professionnels spécialisés ;
- Étudier plus en détail l’opportunité de reconnaître une spécialité pour les infirmières en soins critiques.

4. L’accès à la pratique avancée

Enfin, l’évolution des professions de santé peut passer par le renforcement de l’exercice en pratique avancée (pour les infirmières) ou par la création d’un tel exercice (pour les autres auxiliaires médicaux).

- *Conforter la pratique avancée des infirmiers*

Un certain nombre de freins à la pratique avancée des infirmiers ont été identifiés. Un travail a été engagé par le Gouvernement pour les lever progressivement. Le rapporteur appelle avant tout de ses vœux une adaptation du modèle économique des IPA, notamment en libéral. Comme le suggère l’UNIPA, le nombre de forfaits facturés par les IPA pourrait être adapté en fonction des besoins du patient et le montant des forfaits pourrait être majoré en cas de suivi complexe.

Lors d’auditions organisées par le rapporteur, des IPA ont formulé le souhait d’étendre la pratique avancée à plusieurs autres domaines. Ainsi, par exemple, après avoir validé et exercé la néphrologie, leur carrière pourrait évoluer vers un autre domaine d’intervention (comme l’oncologie) en faisant seulement une année de formation (la première année de formation étant socle). La « culture » médicale de ces infirmières pluri-compétentes pourrait alors les amener à être considérées comme une « profession intermédiaire ».

- *Faut-il créer une pratique avancée pour de nouvelles professions ?*

Toutes les professions ne se prêtent pas forcément à la pratique avancée. Les auditions menées par le rapporteur ont permis de faire émerger un consensus sur l’opportunité de créer un exercice en pratique avancée pour deux professions : celle de technicien de laboratoire et celle de manipulateur en électroradiologie. Les modalités précises (durée d’expérience minimale, formation, nature des missions confiées, etc.) devront, bien sûr, être définies en concertation avec l’ensemble des acteurs concernés. Le présent rapport ne fait que dresser un certain nombre de pistes qui pourraient être étudiées.

Comme le préconise le Conseil national professionnel des techniciens de laboratoire médical, une pratique avancée pour les techniciens de laboratoire pourrait être envisagée pour la gestion des différentes banques de données (en informatique,

en *data management*, en génétique, etc.) ainsi qu'en anatomocytopathologie ⁽¹⁾. Dans les centres de prélèvements, des techniciens en pratique avancée pourraient également assurer la phase post-analytique ⁽²⁾ et être des interlocuteurs privilégiés des patients lors du rendu de résultat des examens.

Concernant les manipulateurs en électroradiologie médicale (ERM), l'exercice en pratique avancée pourrait utilement se développer dans les quatre domaines que sont l'imagerie interventionnelle, la radiologie, l'échographie et la radiothérapie. Comme le suggèrent les acteurs auditionnés, le manipulateur en pratique avancée pourrait, en radiothérapie, bénéficier d'un champ d'autonomie en matière d'éducation à la santé, de dosimétrie clinique ainsi que de surveillance du patient et d'alerte en cas d'effets indésirables. Pour ce qui est du champ de l'échographie, le manipulateur en pratique avancée pourrait, sans qu'il y ait besoin de protocole de coopération, réaliser l'acquisition des images et signaux d'ultrasonographie vasculaire, mettre en œuvre des techniques d'exploration fonctionnelle vasculaire non vulnérante et effectuer une pré-interprétation des examens réalisés ⁽³⁾.

Proposition n° 5 : Conforter la pratique avancée

– Lever les freins à la pratique avancée infirmière, notamment en adaptant le modèle économique des infirmiers en pratique avancée (IPA). En libéral, réfléchir à l'opportunité d'adapter, en fonction des besoins du patient, le nombre de forfaits facturés par les IPA et à l'opportunité de majorer le montant des forfaits en cas de suivi complexe ;

– Ouvrir l'exercice en pratique avancée à d'autres professions de santé, notamment aux techniciens de laboratoire et aux manipulateurs en électroradiologie.

C. RENFORCER LES COOPÉRATIONS

Le rapporteur est convaincu que l'avenir est aux coopérations, notamment entre la ville, l'hôpital et le médico-social, et particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques. La délégation de tâches (voire d'actes techniques) et le travail en groupe, notamment en maisons de santé pluri-professionnelles, sont d'ailleurs vus par de plus en plus de professionnels – notamment chez les jeunes générations ⁽⁴⁾ – comme une manière de mieux maîtriser leur temps de travail et de gagner en qualité de vie, quitte à perdre un peu d'indépendance.

(1) *Spécialité médicale qui consiste à examiner les organes, les tissus ou les cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. On parle aussi d'anatomopathologie ou encore, par abréviation, d'« anapath ».*

(2) *Validation, interprétation contextuelle du résultat et communication appropriée du résultat au prescripteur et au patient.*

(3) *Un récent protocole de coopération entre médecins radiologues et manipulateurs ERM, autorisé par un arrêté du 19 mai 2021, permet aux manipulateurs de réaliser, lors des examens d'exploration vasculaire non vulnérante, l'acquisition des images et signaux ainsi que certaines mesures. Il ne permet néanmoins pas au manipulateur d'effectuer une pré-interprétation des examens réalisés.*

(4) *« Étude sur l'installation des jeunes médecins. Ordre national des médecins », Conseil national de l'ordre, 2019.*

1. Faire du numérique un outil utile pour améliorer la collaboration entre professionnels

Les outils numériques font de plus en plus partie du quotidien des professionnels de santé (logiciels d'aide à la prescription et au diagnostic, informatisation des dossiers médicaux, télétransmission des feuilles de soins, etc.). Le rapporteur salue les progrès importants réalisés en la matière, accélérés par la création de la délégation ministérielle au numérique en santé (DNS). Force est néanmoins de constater que les outils d'échange et de communication entre les professionnels sont encore insuffisamment développés.

● *Les échanges d'informations*

Trois principaux freins semblent empêcher les professionnels de recueillir et d'échanger entre eux des informations dans un format standardisé. Ces freins, rappelés dans un récent rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ⁽¹⁾, sont les suivants :

- l'absence d'incitation des éditeurs à réaliser des produits dont l'architecture répond aux normes d'interopérabilité ;

- l'absence de culture de la donnée du côté des professionnels de santé, aggravée par l'absence de politique d'accompagnement ;

- le faible engagement de l'État dans son rôle de régulateur.

Le rapporteur réitère donc les propositions faites dans le cadre de son récent rapport ⁽²⁾ sur le dossier médical partagé (DMP). Il nous faut désormais mettre en place un référentiel d'interopérabilité opposable aux éditeurs de logiciel et rendre obligatoire l'utilisation d'un logiciel médical comportant les dernières mises à jour compatibles avec l'alimentation du DMP.

Les auditions ont également mis en évidence la nécessité de rendre effectif l'accès de certains professionnels au DMP. Ainsi, par exemple, le logiciel utilisé par les médecins de l'éducation nationale, nommé Esculape, ne permettrait pas encore l'accès au DMP. Quant aux ergothérapeutes, l'absence de conventionnement avec l'assurance maladie les empêche également d'y accéder.

(1) « Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé », actes des séminaires du HCAAM 2019-2020.

(2) Rapport d'information (n° 3231) en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le dossier médical partagé et les données de santé, présenté par M. Cyrille Isaac-Sibille, 22 juillet 2020.

Au-delà des outils numériques, le rapporteur souhaite insister sur l'importance des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ⁽¹⁾, essentielles au partage d'information dans le cadre du travail en équipe et des délégations de tâches.

- *La télémédecine*

Le rapporteur est convaincu que la télémédecine peut considérablement renforcer les coopérations entre les professionnels de santé. À ce sujet, il se félicite qu'un récent décret ⁽²⁾ soit venu assouplir les conditions de sollicitation d'une télé-expertise ⁽³⁾, en l'ouvrant désormais aux professionnels paramédicaux.

Proposition n° 6 : Faire du numérique un outil utile pour améliorer la collaboration entre les professionnels de santé

– Rendre effectif l'accès de tous les professionnels de santé au dossier médical partagé (notamment les ergothérapeutes ou les médecins de l'éducation nationale) avec le consentement du patient ;

– S'assurer que les organismes de tutelle mettent en place et financent un référentiel d'interopérabilité obligatoire, opposable aux éditeurs de logiciel ;

– Inciter les professionnels à recourir à la télé-expertise, récemment ouverte aux professions paramédicales.

2. Réfléchir à de nouvelles modalités de financement

Les modes de financement ne sont pas neutres. Le HCAAM ⁽⁴⁾ montre ainsi que les systèmes dans lesquels le paiement à l'acte domine, comme en France, aboutissent à des coordinations entre professionnels de santé moins bonnes que les systèmes dans lesquels un ensemble de services est rémunéré (« paiement groupé »). Si dans de nombreux pays, l'acte intègre une partie du travail de coordination, ce n'est pas le cas en France.

Le rapporteur préconise donc de poursuivre l'expérimentation de nouvelles modalités de rémunération, sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽⁵⁾. Dans le cadre de ces expérimentations, le versement de forfaits correspondant à la prise en charge globale de certains patients par plusieurs professionnels de santé pourrait être privilégié. Ce mécanisme permet aux professionnels de conserver une liberté quant au mode de fonctionnement de leurs coopérations même s'il requiert, en pratique, une très forte coordination.

(1) D'après la définition de la HAS, ces réunions regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.

(2) Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté.

(3) La télé-expertise permet à un professionnel de santé de solliciter à distance via le numérique l'avis d'un ou de plusieurs confrères en raison de leurs compétences particulières.

(4) « Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé », op. cit.

(5) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Proposition n° 7 : Instauration de nouvelles modalités de financement propices aux collaborations

– Poursuivre l'expérimentation de nouvelles modalités de rémunération sur la base de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Privilégier, dans ce cadre, le versement de forfaits correspondant à la prise en charge globale d'un patient par plusieurs professionnels de santé.

3. Faciliter l'extension des protocoles de coopération locaux

Afin de renforcer les coopérations entre les professionnels, nous devons également réfléchir à la manière de faciliter l'extension des protocoles de coopération locaux qui rencontrent le plus de succès. Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut aujourd'hui proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national ⁽¹⁾. Afin de faciliter ce déploiement, la DGOS pourrait être chargée de s'assurer que des dispositifs de formations formalisés existent bien sur l'ensemble du territoire.

Proposition n° 8 : Faciliter le déploiement national des protocoles de coopération locaux

– Charger la direction générale de l'offre de soins (DGOS) de s'assurer que des dispositifs de formations formalisés existent bien sur l'ensemble du territoire lorsqu'un protocole local est étendu.

III. LES POINTS DE CONVERGENCE POUR UNE ÉVOLUTION DES FILIÈRES

Les travaux menés par le rapporteur ont permis de faire émerger un certain nombre de mesures sur lesquelles la très grande majorité des acteurs auditionnés, voire la totalité, ont réussi à s'accorder. Ces mesures, dont certaines pourraient trouver leur place dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), gagneraient à être mises en œuvre à court terme.

A. LA FILIÈRE VISUELLE

La filière visuelle repose sur plus de 5 800 ophtalmologistes, 5 000 orthoptistes (qui interviennent sur la rééducation et de plus en plus sur des fonctions de pré-examen auprès des ophtalmologistes) et plus de 38 000 opticiens-lunetiers. Les faiblesses de l'organisation de cette filière sont connues et ont été rappelées par un récent rapport des corps d'inspection ⁽²⁾. La structuration autour du passage obligatoire au cabinet de l'ophtalmologiste, y compris pour les troubles les plus simples, combinée à une répartition géographique très inégale des

(1) Article L.4011-4-6 du code de la santé publique.

(2) « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations », Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, janvier 2020.

professionnels (voir annexe 1), se traduit par de très sérieuses difficultés d'accès aux soins. Les délais d'obtention d'un rendez-vous sont, en moyenne, proches de trois mois ⁽¹⁾. La baisse prévisible des effectifs d'ophtalmologistes au cours des dix prochaines années ne fera que renforcer ces difficultés.

Certaines mesures ont été prises pour réformer l'organisation de la filière visuelle. D'une part, de nouvelles compétences ont été octroyées aux opticiens-lunetiers et aux orthoptistes en matière d'adaptation des prescriptions médicales et de renouvellement ⁽²⁾. D'autre part, le travail aidé ⁽³⁾ s'est considérablement développé. Le Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) estime ainsi qu'en 2020, 71 % des ophtalmologistes étaient en travail aidé. 49 % d'entre eux avaient recours à un ou plusieurs orthoptistes salariés, 23 % à des orthoptistes libéraux, 19 % à des infirmiers et 11 % à des assistants ou des opticiens salariés ⁽⁴⁾. Des mesures ont également été prises pour faciliter l'ouverture de cabinets secondaires par les ophtalmologistes et pour aider les ophtalmologistes à former ou recruter des orthoptistes. Enfin, des protocoles organisationnels et de coopération ont été mis en place pour favoriser la collaboration entre les professionnels.

(1) Ibid.

(2) L'article L. 4342-1 du code de la santé publique permet aux orthoptistes de prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, de renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie énumérés par arrêté et leur permet d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire. L'article L. 4362-10 du code de la santé publique permet aux opticiens-lunetiers d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité et les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

(3) Un ophtalmologiste en travail aidé s'appuie sur les compétences d'autres professionnels pour réaliser ses missions.

(4) Enquête réalisée entre le 1^{er} janvier et le 20 septembre 2019 auprès de 1 582 participants, soit un taux de participation de 60 % des adhérents du SNOF.

Les protocoles de la filière visuelle

– Les protocoles organisationnels (article R. 4342-1-2 du code de la santé publique) sont un cadre souple et individualisé permettant à un orthoptiste de participer à la prise en charge de patients suivis par un médecin ophtalmologiste signataire de ce protocole. Ces protocoles peuvent concerner la préparation par l'orthoptiste de l'examen médical du médecin ophtalmologiste (travail aidé) ou le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée.

– Il existe également trois protocoles financés, qui peuvent être utilisés sur un site secondaire en l'absence de l'ophtalmologiste :

* le protocole organisationnel de dépistage de la rétinopathie diabétique. Selon le SNOF, ce protocole concernerait entre 100 000 et 150 000 patients par an ;

* le protocole de coopération RNO (renouvellement d'optique), qui concerne le bilan visuel, réalisé sur des patients connus du cabinet et ayant consulté depuis moins d'un an, par un orthoptiste sur le même site de consultation que l'ophtalmologiste. Selon le SNOF, ce protocole concernerait 129 000 patients en 2020 ;

* le protocole de coopération RNM, dit Muraine, qui est un protocole de télé-médecine permettant la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste pour le renouvellement et l'adaptation des corrections optiques chez des patients de 6 à 50 ans. Le bilan visuel est réalisé à distance par l'orthoptiste pour des patients connus ou inconnus du cabinet d'ophtalmologie dont la dernière consultation doit dater de moins de cinq ans.

– Par ailleurs, deux protocoles organisationnels ont été validés par le Conseil national professionnel d'ophtalmologie et sont en attente de financement depuis deux ans :

* un protocole de suivi d'un glaucome chronique simple stabilisé ou d'une hypertonie oculaire simple, par des contrôles alternés entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste ;

* un protocole intitulé « Opht&Go » reposant sur un bilan visuel avec dépistage pathologique réalisé par un orthoptiste, en l'absence de l'ophtalmologiste (avec ou sans unité de lieu), dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques chez les patients de 51 à 64 ans, sans pathologie oculaire connue, avec lecture médicale du dossier en différé.

Le modèle de l'équipe de soins pluri-professionnelle et du travail aidé a permis des avancées majeures mais qui sont encore loin d'être suffisantes. Comme le rappelle le rapport des corps d'inspection précité, faute de confier de nouvelles compétences propres aux orthoptistes et/ou aux opticiens, le travail aidé butera sur une série de limites, en particulier le manque de temps médical. Le rapporteur est donc convaincu qu'il faut aller plus loin dans la délégation de tâches, notamment aux orthoptistes. Cela est d'autant plus pertinent que les effectifs d'orthoptistes progressent rapidement (il devrait y avoir, en 2030, trois orthoptistes pour deux ophtalmologistes) et que la densité d'implantation des orthoptistes ne sont pas corrélées à celle des ophtalmologistes (voir l'annexe 1).

Les auditions menées par le rapporteur ont permis d'identifier quelques pistes d'évolution qui semblent bien faire consensus :

– mieux communiquer sur la possibilité de renouvellement des équipements par les orthoptistes et opticiens-lunetiers ⁽¹⁾ et s’assurer du remboursement, par les complémentaires, de ce renouvellement ⁽²⁾ ;

– instaurer un dispositif de règles et de sanctions professionnelles pour les opticiens-lunetiers et les orthoptistes ⁽³⁾ et sécuriser juridiquement l’emploi des opticiens dans les cabinets d’ophtalmologistes ;

– s’assurer du déploiement des protocoles organisationnels et de coopération en direction des orthoptistes libéraux et des ophtalmologistes non employeurs ;

– créer un protocole de coopération national « filière visuelle » sur la base des actuels protocoles de coopération et de certains protocoles organisationnels ⁽⁴⁾ ;

– développer, dans le cadre du travail aidé et notamment des cabinets secondaires, les délégations de tâches aux opticiens et orthoptistes.

Le rapporteur souhaite insister sur l’importance de cette dernière proposition. Pour lui, le modèle de collaboration entre ophtalmologistes et orthoptistes à privilégier est le second modèle détaillé dans l’encadré ci-après.

Les différents modèles d’organisation des soins possibles sur les sites secondaires

- la présence en permanence d’ophtalmologistes, qui se relayent, accompagnés de professionnels paramédicaux et de secrétaires ;
- la présence d’un orthoptiste en permanence durant l’ouverture du site, agissant sur protocole, et associé à un ophtalmologiste en présentiel à temps partiel, lequel est en charge des cas complexes et des nouveaux patients inconnus du cabinet ;
- la présence d’un orthoptiste seul réalisant des actes d’orthoptie ou des actes délégués par les ophtalmologistes *via* des protocoles de télémedecine.

Une expérimentation pourrait être prévue dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), pour permettre aux orthoptistes de se voir déléguer davantage de tâches, à partir du moment où ils se trouvent dans un territoire où la densité d’ophtalmologistes est faible. Les territoires ciblés pourraient être les territoires vie-santé ⁽⁵⁾ où la densité en ophtalmologistes est inférieure à 5/100 000 habitants. Les tâches déléguées aux orthoptistes pourraient reprendre tout ou partie des tâches prévues par les protocoles RNO, RNM, Opht&Go, par le

(1) Cette proposition est également suggérée par le rapport précité des corps d’inspection (propositions n° 16, n° 17 et n° 18).

(2) Certaines assurances complémentaires imposeraient de présenter une nouvelle ordonnance en cas de renouvellement et de modification de correction inférieurs à deux ans.

(3) Cette proposition recoupe, en partie, la proposition n° 21 du rapport précité des corps d’inspection.

(4) Cette proposition est également suggérée par le rapport précité des corps d’inspection (proposition n° 10).

(5) Les territoires vie-santé sont constitués des bassins de vie INSEE. Ils sont construits, non pas selon les limites administratives, mais en fonction de l’accès aux équipements et aux services les plus fréquents au quotidien.

protocole organisationnel de dépistage de la rétinopathie diabétique et par celui de suivi d'un glaucome chronique simple stabilisé ou d'une hypertension oculaire simple.

Proposition n° 9 : Améliorer l'organisation de la filière visuelle

- Développer, dans le cadre du travail aidé et notamment des cabinets secondaires, les délégations de tâche aux opticiens et orthoptistes ;
- Prévoir une expérimentation permettant aux orthoptistes de se voir déléguer davantage de tâches dans les territoires où la densité d'ophtalmologistes est faible. Les tâches déléguées aux orthoptistes pourraient reprendre tout ou partie des tâches prévues par les protocoles RNO, RNM, Ophth&Go, par le protocole organisationnel de dépistage de la rétinopathie diabétique et par celui de suivi d'un glaucome chronique simple stabilisé ou d'une hypertension oculaire simple ;
- Mieux communiquer sur la possibilité de renouvellement des équipements par les orthoptistes et opticiens-lunetiers et s'assurer du remboursement, par les complémentaires, de ce renouvellement ;
- Instaurer un dispositif de règles et de sanctions professionnelles pour les opticiens-lunetiers et les orthoptistes et sécuriser juridiquement l'emploi des opticiens dans les cabinets d'ophtalmologistes ;
- S'assurer du déploiement des protocoles organisationnels et de coopération en direction des orthoptistes libéraux et des ophtalmologistes non employeurs ;
- Créer un protocole de coopération national « filière visuelle » sur la base des actuels protocoles de coopération et de certains protocoles organisationnels.

B. LA FILIÈRE AUDITIVE

Afin de répondre aux tensions liées à la démographie médicale sur certains territoires, une réflexion doit être engagée pour améliorer la coopération entre l'ensemble des professionnels de l'audition. La France compte 4 125 audioprothésistes, 3 023 médecins oto-rhino-laryngologistes (ORL) et 26 984 orthophonistes⁽¹⁾. Ces professionnels sont inégalement répartis sur le territoire (voir annexe 1). Les difficultés d'accès aux soins risquent de se faire particulièrement ressentir dans les années à venir, dans la mesure où une grande partie des médecins ORL partiront à retraite dans les dix prochaines années⁽²⁾.

Pour le rapporteur, il est possible de réfléchir à de potentielles délégations de tâches entre les professionnels de l'audition mais il faut garder à l'esprit l'importance de séparer les actes de prescription et les actes de vente pour les dispositifs d'audioprothèses. Pour améliorer l'accès aux soins auditifs et pallier la pénurie de médecins ORL, une réflexion doit être menée sur la place que pourraient avoir les audioprothésistes au sein de structures médicales (établissements de santé, maisons ou centres de santé, structures médico-sociales, cabinets d'ORL et cabinets de

(1) Chiffres de la DREES au 1^{er} janvier 2020.

(2) L'âge moyen des ORL en France est de près de 53 ans.

groupe). Le travail aidé n'est, en effet, pas du tout institué dans la filière auditive contrairement à la filière visuelle. Une mission vient d'être confiée à l'IGAS pour améliorer l'organisation de la filière auditive. Le rapporteur, qui a d'ailleurs été auditionné par cette mission, sera particulièrement attentif à ces travaux.

Le rapporteur insiste sur la nécessité de renforcer la coopération entre les professionnels de l'audition mais, plus largement, entre l'ensemble des professions médicales et paramédicales en charge du repérage des fragilités – dont les troubles auditifs – chez les personnes âgées.

Proposition n° 10 : Améliorer l'organisation de la filière auditive

– Mener une réflexion sur la place que pourraient avoir les audioprothésistes au sein de structures médicales, tout en gardant à l'esprit l'importance de séparer les actes de prescription et les actes de vente pour les dispositifs d'audioprothèses.

C. LA FILIÈRE DU SOIN

Parmi l'ensemble des professionnels du soin, le rapporteur a concentré son attention sur les professions d'aide-soignant et d'infirmier. À la différence des infirmiers, la réglementation ne reconnaît, pour l'instant, pas de rôle propre aux aides-soignants. Ces derniers exercent leur activité sous la responsabilité d'un infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci ⁽¹⁾. La collaboration entre aides-soignants et infirmiers, essentielle à la qualité des soins, peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers.

- *Accroître la coopération entre aides-soignants et infirmiers dans le secteur libéral*

Pour le rapporteur, il est nécessaire d'accroître la coopération entre aides-soignants et infirmiers dans le secteur libéral. Ce secteur joue un rôle majeur dans la prise en charge des personnes âgées à domicile, laquelle est assurée, pour une part prépondérante, par des cabinets d'infirmiers libéraux ⁽²⁾. Le rapporteur est convaincu que le virage domiciliaire reposera non seulement sur une réforme profonde et globale des services d'aide et d'accompagnement à domicile mais également sur un renforcement des coopérations entre professionnels exerçant en libéral.

Certaines dispositions ont d'ores et déjà été prises pour renforcer la coopération entre aides-soignants et infirmiers dans le secteur libéral. Ainsi, depuis

(1) Article R. 4311-4 du code de la santé publique.

(2) Chiffres recueillis en audition. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) peuvent d'ailleurs avoir recours, régulièrement ou ponctuellement, à des infirmiers du secteur libéral, qu'ils rémunèrent à l'acte.

2016⁽¹⁾, un infirmier libéral peut salarier un aide-soignant. Cette mesure s’est accompagnée de la réforme du bilan de soins infirmiers (BSI)⁽²⁾, avec l’objectif de faciliter le partage d’activité entre infirmiers et aides-soignants. Toutefois, comme l’a bien indiqué la CNAM lors de son audition, peu d’infirmiers libéraux recourent, dans les faits, au salariat. La plupart ne souhaitent pas nécessairement devenir des employeurs et certains craignent qu’il soit difficile de concilier l’organisation du temps de travail de leurs salariés et l’obligation de continuité des soins.

La majorité des acteurs auditionnés partagent la conviction qu’il est nécessaire d’aller plus loin. Un statut libéral d’aide-soignant pourrait ainsi utilement être créé. Les aides-soignants qui disposeraient de ce statut travailleraient néanmoins au sein de cabinets d’infirmiers libéraux et sous la responsabilité de ces infirmiers. En cela, le statut d’aide-soignant libéral que les acteurs appellent de leurs vœux se distingue de celui envisagé par les propositions de loi déposées sur ce sujet à l’Assemblée nationale⁽³⁾.

À court terme, la création de ce statut pourrait passer par la mise en place d’une expérimentation, comme suggéré par le rapport « Grand âge et autonomie » élaboré par Mme El Khomri⁽⁴⁾. Ce rapport préconisait en effet d’expérimenter, dans le cadre de l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la mise en place d’une activité libérale pour les aides-soignants dans les zones sous-denses. Il précisait qu’une telle expérimentation n’aurait vocation à concerner que les aides-soignants confirmés – c’est-à-dire ceux disposant d’une expérience professionnelle au moins égale à dix ans – et que les aides-soignants resteraient sous la responsabilité des infirmiers.

Le rapporteur est convaincu qu’un tel statut permettrait d’offrir aux professionnels une plus grande diversité de modes d’exercice et de garantir aux patients un choix plus large de modalités de prise en charge. Les acteurs auditionnés ont insisté sur la nécessité d’accompagner la création de ce statut par la mise en place de règles professionnelles.

(1) Le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers a supprimé la disposition de l’article R. 4312-48 du code de la santé publique relative à l’interdiction des infirmiers d’employer comme salarié un aide-soignant.

(2) Depuis le 1^{er} janvier 2020, le bilan de soins infirmiers (BSI) remplace progressivement la démarche de soins infirmiers (DSI) dans le suivi à domicile des patients dépendants. Le BSI acte la création de trois nouveaux forfaits journaliers de prise en charge d’un patient dépendant. Il concerne dans un premier temps les patients de 90 ans et plus, puis sera étendu de manière progressive jusqu’à sa généralisation en janvier 2023 à l’ensemble des patients dépendants.

(3) Trois propositions de loi ont été déposées sur le sujet : la proposition de loi de M. Étienne Pinte (septembre 1993), la proposition de loi de M. Léonce Deprez et plusieurs de ses collègues visant à créer un statut libéral d’aide-soignant (4 novembre 2003) et la proposition de loi de M. Alain Moyne-Bressand et plusieurs de ses collègues visant à créer un statut libéral d’aide-soignant (1^{er} avril 2009).

(4) Rapport sur le grand âge et l’autonomie établi par Mme Myriam El Khomri et remis à la ministre des solidarités et de la santé (2018).

- *Renforcer les compétences socles des infirmiers et des aides-soignants*

Au-delà de la coopération entre infirmiers et aides-soignants, le rapporteur insiste sur la nécessaire revalorisation de ces métiers. Un grand nombre de personnes auditionnées ont, en effet, regretté que le métier socle d’infirmier ait tendance à être réduit à une pure exécution de tâches induisant une perte de responsabilité.

À la demande du rapporteur, les syndicats d’infirmiers ont identifié un certain nombre d’actes, réalisés aujourd’hui par les infirmiers dans le cadre de protocoles de coopération, qui pourraient à l’avenir être inclus dans leur décret de compétences. Parmi ces actes figurent les prélèvements de peau mince ou de cornée sur personnes décédées, le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans, l’évaluation et le suivi de plaies complexes, etc. ⁽¹⁾. Le rapporteur souhaite que la DGOS s’empare de ces réflexions.

Quant aux aides-soignants, de récentes évolutions sont à saluer ⁽²⁾ en matière de réingénierie de la formation. Un projet de décret en Conseil d’État prévoit d’octroyer plus d’autonomie aux aides-soignants, explicitant que « *l’aide-soignant peut réaliser, de sa propre initiative, les soins courants de la vie quotidienne définis par arrêté du ministre chargé de la santé* ».

Proposition n° 11 : Améliorer l’organisation de la filière du soin

- Renforcer les compétences socles des infirmiers et des aides-soignants ;
- Permettre à des aides-soignants de travailler sous statut libéral, et non salarié, au sein de cabinets d’infirmiers libéraux et sous la responsabilité de ces infirmiers, ce qui engendrera une pleine coopération entre aides-soignants et infirmiers dans le secteur libéral.

D. LA SANTÉ MENTALE

La filière de la santé mentale est sans doute celle où les points de convergence entre les professionnels – au premier rang desquels les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues – sont les plus difficiles à établir. Les psychologues ne sont d’ailleurs pas reconnus comme professionnels de santé par le code de la santé publique et un certain nombre d’entre eux ne souhaitent pas l’être.

Pourtant, il y a urgence à réformer cette filière. Notre système de santé répond difficilement aux besoins en santé mentale et la crise sanitaire a renforcé ces difficultés, du fait d’une ressource médicale insuffisante et inégalement répartie sur le territoire (voir annexe 1). Il nous faut donc dès maintenant réfléchir aux moyens

(1) Exemples issus de la contribution écrite remise au rapporteur par le syndicat CNI.

(2) Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d’État d’aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

de renforcer le rôle des psychologues dans les soins de proximité et en établissements psychiatriques et aux mesures à prendre pour accroître la coordination entre les professionnels.

Une meilleure coordination entre les professionnels de santé est possible. Trois expériences de terrain le montrent et pourraient utilement inspirer d'autres territoires en associant les professionnels qui le souhaitent : il s'agit des dispositifs de soins partagés mis en place dans les Yvelines Sud depuis 2001, à Créteil depuis 2012 et à Toulouse depuis 2017.

Les dispositifs de soins partagés en santé mentale (DSP)

Si les modalités de mise en œuvre pratique des DSP varient d'un dispositif à l'autre, les principes sont les suivants :

- le médecin généraliste adresse le patient vers les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale (psychiatre et/ou psychologues le plus souvent), qui reçoivent alors le patient en consultation ;
- le professionnel spécialisé communique ensuite des informations au médecin généraliste sur le diagnostic et des conseils relatifs à la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre ;
- le médecin généraliste et le patient décident ensemble de la prise en charge. Pour les pathologies qui nécessitent un suivi spécialisé, le projet de soins peut s'accompagner d'une orientation vers la filière psychiatrique.

Les équipes des trois DSP se composent de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers. Le dispositif toulousain associera, à partir de septembre 2021, des IPA en psychiatrie.

Source : « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux », HAS, 2018.

Un certain nombre d'autres expérimentations ont été lancées et mériteraient d'être finement évaluées, à l'instar de l'expérimentation portée par la CNAM permettant le remboursement des thérapies dans le cas des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée ou de l'expérimentation Ecoute'Emoi, qui s'adresse aux jeunes de 11 à 21 ans en détresse psychologique ⁽¹⁾.

Proposition n° 12 : Améliorer l'organisation de la filière santé mentale

- Favoriser sur l'ensemble du territoire la mise en œuvre de dispositifs de soins partagés, à l'image de ceux mis en place dans les Yvelines Sud, à Créteil et à Toulouse, en y associant les professionnels qui le souhaitent ;
- Évaluer l'ensemble des expérimentations existantes (remboursement par la CNAM de certaines thérapies ou expérimentation Ecoute'Emoi) avant d'envisager leur généralisation.

(1) Dans le prolongement de ces expérimentations, le Gouvernement a récemment annoncé la mise en place de binômes médecin généraliste-psychologue au sein des structures d'exercice coordonné.

E. LA FILIÈRE BUCCO-DENTAIRE

L'accès aux soins bucco-dentaires est un enjeu de santé publique. Il est nécessaire de passer d'une politique de la maladie à une politique de la santé bucco-dentaire, mettant l'accent sur la prévention, l'éducation à la santé et la valorisation des soins précoces. La démographie des chirurgiens-dentistes, très atone au cours des trente dernières années ⁽¹⁾, et l'inégale répartition de ces professionnels sur le territoire (voir annexe 1) rendent très compliquée cette évolution.

Afin de permettre aux chirurgiens-dentistes de se concentrer sur les actes les plus techniques et de renforcer la place de la prévention, le métier d'assistant dentaire a été créé. Il a même été récemment consacré dans le code de la santé publique ⁽²⁾. Les assistants dentaires assistent les chirurgiens-dentistes, sous leur responsabilité et leur contrôle effectif, dans leurs activités de prévention et d'éducation à la santé. Un diplôme de niveau V et dix-huit mois de formation en alternance sont requis pour exercer ce métier.

Les auditions menées par le rapporteur ont mis en évidence le souhait de l'ensemble de la profession d'instituer des assistants dentaires plus qualifiés, également appelés assistants dentaires « de niveau II ». Ces derniers pourraient se voir déléguer davantage de tâches que les assistants dentaires dits « de niveau I » mais exerceraient toujours au sein des cabinets dentaires, sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste. Les assistants dentaires « de niveau I » pourraient accéder à ce nouveau métier après une certaine durée d'expérience (deux ans par exemple) et une formation en alternance. La convention collective nationale des cabinets dentaires a établi une liste des tâches qui pourraient leur être déléguées (voir annexe 2).

La CNAM a indiqué, lors de son audition, ne pas avoir de réticence de principe quant à la création d'assistants dentaires « de niveau II ». Elle a néanmoins précisé qu'un travail important devra être réalisé sur la nomenclature des actes qui seront réalisés par ces professionnels. La création de ce nouveau métier nécessitera également que les chirurgiens-dentistes s'équipent de plateaux techniques supplémentaires.

À très court terme, le rapporteur propose d'expérimenter la création d'assistants dentaires « de niveau II » dans les zones sous-denses. Cette expérimentation pourrait utilement prévoir un dispositif de financement de la formation de ces professionnels ainsi que des modalités spécifiques de rémunération (paiement au forfait, par exemple, ou « bonus » sur les actes réalisés par ces professionnels).

(1) *La densité des chirurgiens-dentistes stagne sur la période récente et est sensiblement plus faible que la moyenne européenne (62 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en France contre 74 en moyenne dans l'Union européenne, d'après l'ONDPS).*

(2) *La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a consacré l'existence de la profession d'assistant dentaire, désormais codifiée aux articles L. 4393-8 et suivants et R. 4393-8 et suivants du code de la santé publique. Les professionnels regrettent que cette reconnaissance n'ait pas été accompagnée d'une évolution du référentiel métier des assistants dentaires.*

Proposition n° 13 : Améliorer l'organisation de la filière bucco-dentaire

– Créer un statut d'assistant dentaire de niveau II (ces derniers ne pourraient exercer qu'au sein des cabinets dentaires, sous le contrôle d'un chirurgien-dentiste) auquel l'assistant de niveau I pourrait accéder après une certaine durée d'expérience et une formation ;

– Dans les zones sous-denses, prévoir un dispositif de financement de la formation des assistants dentaires de niveau II ainsi qu'un paiement au forfait ou un « bonus » sur la facturation des actes dentaires, permettant de les rémunérer.

F. LA FILIÈRE DE L'ANESTHÉSIE

La crise sanitaire que nous traversons a rappelé avec force l'importance de disposer d'une filière d'anesthésistes-réanimateurs forte et bien structurée. L'ensemble des acteurs s'accordent d'ailleurs à dire que le bon fonctionnement du binôme médecins anesthésistes réanimateurs (MAR)/infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) est le garant du haut niveau de sécurité en anesthésie. Aujourd'hui, le déficit de médecins réanimateurs ⁽¹⁾ rend d'autant plus nécessaires la coordination entre ces professionnels et la libération de temps médical.

Les IADE revendiquent une plus grande valorisation de leur profession, ce qui est tout à fait légitime et nécessaire. Pour le rapporteur, cette valorisation ne peut néanmoins pas passer par l'intégration des IADE dans les pratiques avancées, tant l'exercice des infirmiers spécialisés diffère de celui des IPA (voir *infra*). Les IADE sont d'ailleurs foncièrement opposés à ce que l'anesthésie figure comme l'une des mentions de la pratique avancée et souhaitent absolument conserver un exercice pluridisciplinaire et maintenir leurs prérogatives dans leurs quatre champs de compétences que sont l'anesthésie, la réanimation, les soins d'urgence et la prise en charge de la douleur.

Pour le rapporteur, l'évolution de la profession des IADE doit, d'abord, passer par le développement des protocoles de coopération. Des appels à manifestation d'intérêt pour des protocoles nationaux de coopération entre MAR et IADE gagneraient à être publiés par le comité national des coopérations interprofessionnelles. Les thématiques retenues pourraient concerner le champ de l'anesthésie (réalisation des anesthésies loco-régionales ou de la visite pré-anesthésique) ou d'autres champs (comme les unités d'accès vasculaires, les urgences, ou le post-opératoire). Les IADE parties prenantes de ces protocoles pourraient ensuite avoir la possibilité de valoriser leurs nouvelles compétences à travers des unités de valeur (voir *infra*).

Le développement des protocoles de coopération pourrait s'accompagner d'une évolution statutaire. Les infirmiers spécialisés, dont les IADE font partie, pourraient faire l'objet d'une reconnaissance plus importante dans le code de la santé publique, à travers la création d'un chapitre qui leur serait consacré.

(1) L'ampleur de ce déficit ne fait néanmoins pas consensus parmi les acteurs de la filière.

Proposition n° 14 : Améliorer l'organisation de la filière de l'anesthésie

- Reconnaître les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) dans le code de la santé publique, à travers la création d'un chapitre qui leur serait consacré ;
- Publier des appels à manifestation d'intérêt pour des protocoles nationaux de coopération entre médecins anesthésistes réanimateurs et IADE ;
- Élargir, dans le cadre des protocoles de coopération, les compétences des IADE à d'autres champs (comme les unités d'accès vasculaires, les urgences, ou le post-opératoire).

G. LA SANTÉ DES ENFANTS

Les constats et préconisations établis à l'issue des auditions rejoignent en grande partie ceux formulés par l'IGAS dans un récent rapport ⁽¹⁾. Les professionnels intervenant auprès des enfants sont insuffisamment nombreux, insuffisamment valorisés et insuffisamment coordonnés, ce qui n'est pas de nature à améliorer la prévention et à réduire les fortes inégalités sociales en matière de santé des enfants et des adolescents.

Comme le rappelle l'IGAS, en ville, la médecine préventive de l'enfant recule. La pédiatrie libérale est faiblement attractive, notamment en raison d'un niveau de rémunération plus faible que les autres spécialités médicales et connaît une baisse démographique importante ⁽²⁾. Le rôle préventif des services de protection maternelle et infantile (PMI) décline lui aussi, ces derniers investissant davantage les activités liées aux modes de garde et aux mineurs en danger, dans un contexte de contraction forte des moyens. Quant à la médecine scolaire, elle est en grande difficulté et souffre d'un manque d'attractivité important auprès des médecins, et d'un vieillissement de ses effectifs ⁽³⁾. En 2015, 42 % seulement des postes ouverts aux concours de médecin de l'éducation nationale ont été pourvus ⁽⁴⁾. Les professions paramédicales de l'enfant (infirmière puéricultrice, auxiliaire de puériculture ⁽⁵⁾) sont insuffisamment reconnues et les délégations de tâches très peu développées. L'articulation entre la ville et l'hôpital est également globalement insuffisante. Face à l'ensemble de ces constats, l'IGAS propose une nouvelle organisation (voir encadré ci-après).

(1) « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », IGAS, mai 2021.

(2) L'IGAS rappelle que dans huit départements, la densité est inférieure à 1 pédiatre pour 100 000 habitants, avec des inégalités territoriales qui tendent à s'accroître (voir annexe 1).

(3) Selon l'IGAS, le nombre de médecins scolaires a nettement diminué ces dernières années : on dénombre environ 1 200 médecins en 2018 (soit 966 ETP), en baisse de 17 % depuis 2011, alors que les effectifs d'élèves augmentent sur la même période (+2 %).

(4) « Pour des élèves en meilleure santé », Conseil économique, social et environnemental, mars 2018.

(5) Environ 80 000 auxiliaires de puériculture exercent en crèche, à l'hôpital et dans le secteur médico-social.

La nouvelle organisation proposée par l'IGAS

Le système proposé clarifie le rôle et le positionnement des différents professionnels :

- en distinguant les acteurs de premier recours (en ville), les acteurs de deuxième recours (en ville ou à l'hôpital) et de troisième recours (à l'hôpital) ;
- en différenciant le rôle des médecins généralistes de celui du pédiatre en ville ;
- en recentrant la pédiatrie hospitalière sur son rôle de recours et sur ses compétences très spécialisées ;
- en généralisant les compétences paramédicales (infirmière puéricultrice) en ville pour permettre un suivi universel et une prévention renforcée, et valoriser plus généralement l'exercice paramédical, en ville comme à l'hôpital ;
- en renforçant les coopérations entre acteurs et l'exercice en binôme ou en groupe.

Source : « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », IGAS, mai 2021.

Parmi ces propositions, le rapporteur souhaite insister sur la nécessité de renforcer la coopération entre les différents acteurs. Il se félicite qu'un protocole national soit en cours de rédaction concernant la réalisation du bilan de santé à l'école maternelle par les infirmières puéricultrices. Il est désormais nécessaire d'aller plus loin dans la reconnaissance du rôle joué par les professions paramédicales, notamment en matière de prévention et de dépistage.

Cela doit notamment passer par le développement de l'exercice des infirmières puéricultrices en ville. Comme le suggère l'IGAS, ces dernières pourraient exercer en binôme avec des médecins, de manière privilégiée dans le cadre d'un exercice de groupe, sous un statut salarié ou libéral. Cette mesure requiert, en amont, l'inscription d'actes spécifiques aux infirmières puéricultrices dans la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP) – notamment d'actes de prévention – pour permettre leur financement par l'assurance maladie. Les CPTS ont également un rôle majeur à jouer pour améliorer la coordination entre les professionnels. Comme l'ont suggéré plusieurs acteurs auditionnés ainsi que l'IGAS, il s'agirait de promouvoir l'élaboration d'axes « santé de l'enfant » au sein des CPTS, intégrant la PMI et la santé scolaire.

Proposition n° 15 : Améliorer l'organisation des professionnels de santé auprès des enfants

- Développer l'exercice des infirmières puéricultrices en ville. Inscrire des actes spécifiques aux infirmières puéricultrices dans la nomenclature générale des actes et des prestations (NGAP) ;
- Promouvoir l'élaboration d'axes « santé de l'enfant » au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), intégrant la protection maternelle et infantile (PMI) et la santé scolaire.

H. LES AUTRES POINTS DE CONVERGENCE POSSIBLES

Au-delà des filières précédemment étudiées, un certain nombre de mesures paraissent être de nature à faire consensus et à enrichir l'exercice des professions paramédicales.

- *Les masseurs-kinésithérapeutes*

Le rapporteur souhaite mettre en avant trois propositions concernant ces professionnels.

Tout d'abord, les masseurs-kinésithérapeutes pourraient exercer en accès direct pour les pathologies en affection longue durée (ALD) – donc déjà diagnostiquées par un médecin – qui nécessitent des soins de kinésithérapie. Cette mesure pourrait ouvrir la voie, à plus long terme, à un élargissement des actes réalisés en accès direct.

Ensuite, les deux protocoles de coopération existants ⁽¹⁾ concernant les masseurs-kinésithérapeutes gagneraient à être étendus aux équipes de soins spécialisées. Ils ne concernent aujourd'hui que les professionnels exerçant dans le cadre d'une maison ou d'un centre de santé, ce qui limite considérablement leur déploiement.

Enfin, il semble nécessaire de renforcer le rôle de prévention exercé par les masseurs-kinésithérapeutes. Le dépistage du risque de fragilité et d'entrée dans la dépendance de la personne âgée à domicile doit devenir un acte à part entière dans la NGAP.

- *Les professionnels prothésistes*

Le rapporteur préconise d'ouvrir aux orthopédistes-orthésistes, aux orthoprothésistes et aux podoprothésistes la possibilité de renouveler les prescriptions d'orthèses plantaires. Cette proposition n'a pas fait l'objet d'opposition de la part des podologues auditionnés, ces derniers insistant néanmoins sur l'importance, pour les différents professionnels prothésistes, de disposer d'une formation adéquate en la matière.

(1) Ces deux protocoles sont les suivants : « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » et « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

Proposition n° 16 : Autres points de convergence

– Ouvrir aux orthopédistes-orthésistes, aux orthoprothésistes et aux podo-orthésistes, la possibilité de renouveler les prescriptions d'orthèses plantaires, en en référant au médecin traitant ;

– Permettre aux masseurs-kinésithérapeutes, en en référant au médecin traitant, d'exercer en accès direct pour les pathologies en affection longue durée nécessitant des soins de kinésithérapie, renforcer leur rôle de prévention et étendre aux équipes de soins spécialisées les deux protocoles de coopération existants auxquels les masseurs-kinésithérapeutes peuvent adhérer.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Au cours de sa réunion du mercredi 7 juillet 2021, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de la mission d'information ⁽¹⁾.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur. Madame la présidente, chers collègues, je tiens à vous remercier pour m'avoir confié, il y a trois mois, cette mission passionnante relative aux professions de santé. J'ai le plaisir vous en présenter le rapport que j'ai souhaité intituler « Organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? De la théorie de l'escalier ! »

Nous sommes nombreux dans cette commission, sur tous les bancs, à vouloir faire évoluer l'organisation de notre système de santé, avec l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et d'enrichir les missions et les carrières des professionnels paramédicaux.

Les réflexions se sont récemment concentrées sur l'opportunité ou non de créer une profession de santé intermédiaire. Faute de consensus et devant la difficulté à mieux la définir, la création de cette nouvelle profession n'a pas été adoptée par notre Assemblée. Un rapport sur le sujet a néanmoins été confié au Gouvernement. Cette mission, pilotée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), est en cours. J'ai souhaité que ce travail soit mené en parallèle de la mission du ministère. Elle m'a auditionné et son rapport nous sera remis à l'automne.

Partant de notre interrogation sur cette nouvelle profession intermédiaire, j'ai souhaité examiner les autres leviers à notre disposition qui permettraient d'améliorer la qualité des soins dispensés et d'offrir aux professionnels de santé une perspective d'évolution de leurs missions. Les travaux de la mission se sont concentrés sur trois de ces leviers : le renforcement des coopérations entre l'ensemble de ces professionnels, le développement de l'exercice en pratique avancée et les modifications des périmètres de compétences des différents professionnels. Bien sûr, l'évolution des professions doit aller de pair avec l'évolution des formations, sujet que nous avons pu aborder la semaine dernière avec le rapport d'Annie Chapelier.

Afin d'identifier des solutions concrètes, j'ai souhaité que cette mission pose le constat de convergences entre l'ensemble des professions. Dans ma recherche de ces convergences, j'ai tenu à rencontrer les deux principaux ordres – médecins et infirmiers – au début de la mission et à leur en rendre compte à son issue. J'ai également procédé à des échanges avec les différentes directions centrales. Dans la conduite de mes travaux, j'ai adopté une méthodologie particulière combinant deux

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11037774_60e55557e729b.commission-des-affaires-sociales--rapport-des-missions-d-information--maladie-de-lyme---et--prof-7-juillet-2021

approches : une approche transversale par grandes catégories de professions – infirmiers, kinésithérapeutes, prothésistes... – ainsi qu’une approche par filières – visuelle, auditive, bucco-dentaire, santé mentale –, provoquant ainsi des rencontres entre professionnels médicaux et paramédicaux lors d’une même audition. La plupart des acteurs entendus ont d’ailleurs salué cette démarche, indiquant qu’ils avaient rarement été réunis autour de la même table afin d’évoquer l’organisation de leur filière.

L’objectif du rapport ne consiste pas à imposer par le haut une nouvelle organisation des professions de santé, mais bien de consulter l’ensemble des acteurs concernés afin d’identifier les mesures susceptibles d’emporter l’adhésion d’un grand nombre d’entre eux. D’ailleurs, les professionnels sont bien souvent conscients des difficultés que pose l’organisation actuelle de notre système de santé. Il existe un véritable consensus sur son inaptitude à répondre aux grands défis à venir. Nous ne pourrions pas faire face au vieillissement de la population, à l’explosion des maladies chroniques et aux virages préventifs si nous conservons un système dans lequel la répartition des compétences entre professions médicales et paramédicales est extrêmement rigide et dans lequel encore trop peu de place est réservée au travail en équipe et aux délégations de tâches. Nous nous devons de faire évoluer l’organisation des professions de santé. D’ailleurs, face à l’urgence sanitaire, l’autorisation de vacciner contre la covid-19 a été élargie à un plus grand nombre de professions de santé.

L’ensemble des propositions contenues dans le rapport s’attache à servir la vision de l’organisation des professions de santé que nous souhaitons voir se dessiner dans dix ans. Je suis convaincu que cette vision, qui mériterait de faire l’objet d’une large concertation, pourrait s’articuler autour de trois grands axes.

Le premier axe repose sur la montée en compétences de l’ensemble des professionnels de santé. Dans le rapport, je parle de « logique de l’escalier ». Dans la filière du soin par exemple, les aides-soignants pourraient pratiquer, sous leur contrôle, des actes réalisés actuellement par des infirmiers qui eux-mêmes pratiqueraient, sous le contrôle des médecins, des actes considérés actuellement comme médicaux. Cette démarche serait bénéfique pour les médecins, car cela leur permettrait de dégager du temps médical, non seulement pour réaliser les actes les plus complexes, mais également pour remplir au mieux leur rôle de coordinateur de la prise en charge des patients.

Les médecins sont conscients que l’explosion des besoins de santé à l’horizon de dix ans nécessitera l’augmentation du nombre de professionnels, leur meilleure répartition sur le territoire, l’extension de leurs compétences et une coopération accrue. La concurrence entre les professions de santé, que nous constatons malheureusement souvent, sera, de facto, considérablement réduite du fait d’un plus grand nombre de personnes à prendre en charge, et ce, de manière coordonnée.

Le rapport établit des propositions visant une montée en compétence des différentes professions paramédicales, notamment la montée individuelle en compétences. Il est nécessaire de fluidifier les parcours professionnels et de mieux

valoriser les compétences acquises, notamment dans le cadre des formations prévues par les protocoles de coopération. L'octroi d'unités de valeur universitaires pourrait, par exemple, venir sanctionner le suivi d'une formation et l'acquisition d'une compétence. Cela permettrait aux professionnels de conserver leurs nouvelles compétences pour la suite de leur carrière, même en dehors de tout protocole de coopération.

Le deuxième axe autour duquel s'articule cette vision à dix ans vise au renforcement des missions de prévention. Le champ actuel de la prévention est insuffisamment structuré et la crise sanitaire a crûment souligné ses faiblesses. Les missions de prévention – notamment la prescription d'actes de prévention – nécessiteraient un plus large partage entre les professionnels de santé. Si l'élaboration du diagnostic médical et la définition d'une conduite à tenir et d'une thérapeutique, à savoir les premières prescriptions, doivent demeurer dans le champ de compétences des médecins, sauf exception bien délimitée, la prévention est l'affaire de tous et il est essentiel que l'ensemble des professions y jouent un rôle. Elle consiste en effet à mettre l'accent sur l'éducation à la santé, sur l'éducation thérapeutique, sur le repérage des fragilités, notamment chez les personnes âgées, et sur un meilleur dépistage chez les enfants, notamment en milieu scolaire. Le rapport contient des propositions visant à renforcer le rôle des professionnels en matière de prévention, notamment celui des infirmiers en pratique avancée (IPA) exerçant dans le secteur libéral. Il est également nécessaire de poursuivre activement les réflexions de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) afin de mieux valoriser financièrement les missions de prévention.

Le troisième grand axe autour duquel s'articule cette vision à dix ans réside dans le renforcement du travail en équipe, et ce, notamment, pour ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques. Dès lors qu'un diagnostic d'affection de longue durée est posé, des coopérations doivent facilement pouvoir s'instaurer entre les différents professionnels, de la ville, du médico-social ou de l'hôpital. Il s'agit notamment de développer l'exercice coordonné entre les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les équipes de soins primaires, qui recourent des logiques différentes, et de renforcer les échanges d'information entre les professionnels.

Les outils numériques, complétés par la tenue en présentiel de réunions de concertation pluridisciplinaires, s'avèreraient, à ce titre, extrêmement utiles. Vous connaissez mon attachement au dossier médical partagé et au futur « Mon espace santé ». Des progrès ont été réalisés en la matière, notamment depuis la création de la délégation ministérielle au numérique en santé. Je me félicite, par exemple, que les organismes de tutelle travaillent activement à la mise en place et au financement d'un référentiel d'interopérabilité obligatoire, opposable aux éditeurs de logiciel. Il importe de poursuivre activement ces travaux.

Le renforcement du travail en équipe impose également des protocoles de coopération, dispositifs encore trop peu utilisés. Le rapport propose, par exemple, de

faciliter le déploiement, sur le territoire national, des protocoles locaux de coopération. La direction générale de l'offre de soins pourrait être chargée de s'assurer que des dispositifs de formations formalisés sont opérants sur l'ensemble du territoire lorsqu'un protocole local est étendu.

Montée en compétences des professionnels, renforcement de la prévention et du travail en équipe : telle est la vision à dix ans, mise en avant dans le rapport. Cette vision n'est pas utopique, bien au contraire. Elle nécessite néanmoins que nous nous retrouvions préalablement sur les définitions. Le rapport s'attache à définir des notions trop souvent confondues, comme celles de compétence et de qualification, d'autonomie et d'indépendance ou encore de pratique avancée et de spécialisation. Dans le rapport figure un tableau dans lequel nous avons répertorié les différents niveaux dans la pratique des professionnels paramédicaux. Ainsi, par exemple, la pratique avancée, qui repose sur un haut degré d'autonomie – et non pas d'indépendance –, un travail de collaboration renforcée avec les autres membres de l'équipe et des missions larges et transversales, se distingue assez nettement de la spécialisation. Le rapport contient d'ailleurs des propositions visant à renforcer la pratique avancée, notamment en l'ouvrant à d'autres professions de santé, telles que les techniciens de laboratoire et les manipulateurs en électroradiologie.

Au-delà des propositions « générales » qui concernent l'ensemble des professions de santé, les travaux de la mission ont permis de faire émerger des mesures, déployables par filière, sur lesquelles la très grande majorité des acteurs auditionnés, voire la totalité, ont réussi à s'accorder.

Dans la filière visuelle, il apparaît essentiel de développer les délégations de tâches aux opticiens et orthoptistes. Les ophtalmologistes y sont favorables sous certaines conditions. Il est urgent que nous répondions aux faiblesses d'organisation de la filière visuelle, qui engendrent des difficultés majeures d'accès aux soins.

Dans la filière auditive, il est essentiel de mener une réflexion sur la place occupée par des audioprothésistes au sein de structures médicales, tout en gardant à l'esprit l'importance de séparer les actes de prescription et les actes de vente pour les dispositifs d'audioprothèses. Une mission de l'IGAS a été lancée à ce sujet. Je pense que nous gagnerons collectivement à nous saisir de ses propositions lorsqu'elles seront publiées.

Dans la filière du soin, un très grand nombre d'acteurs auditionnés appellent de leurs vœux la création d'un statut libéral d'aide-soignant. J'insiste sur le fait que les aides-soignants qui disposeraient de ce statut travailleraient au sein de cabinets d'infirmiers libéraux et sous la responsabilité de ces infirmiers. Il s'agit ici surtout d'instaurer une coopération pleine et entière entre aides-soignants et infirmiers dans le secteur libéral et de contribuer au virage domiciliaire que nous appelons tous de nos vœux.

La filière de la santé mentale est probablement celle où les points de convergence entre les professionnels – au premier rang desquels les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues – ne sont pas établis. Les auditions de la mission ont néanmoins permis de démontrer qu’une meilleure coordination entre ces professionnels était envisageable. Trois expériences de terrain pourraient utilement inspirer d’autres territoires en associant les professionnels qui le souhaitent, à savoir les dispositifs de soins partagés mis en place dans les Yvelines Sud, à Créteil et à Toulouse.

Concernant la filière bucco-dentaire, l’ensemble des intervenants semblent favorables à la proposition de création d’un statut d’assistant dentaire de niveau 2, auquel l’assistant de niveau 1 pourrait accéder, après une durée d’expérience définie et une formation, et qui serait très bénéfique dans le domaine de la prévention. Comme les assistants de niveau 1, les assistants dentaires de niveau 2 exerceraient uniquement au sein des cabinets dentaires, sous le contrôle d’un chirurgien-dentiste. À très court terme, nous pourrions expérimenter la création d’assistants dentaires de niveau 2 dans les zones sous-denses et prévoir un dispositif de financement de leur formation.

Concernant la filière de l’anesthésie, il paraît essentiel de reconnaître les infirmiers anesthésistes diplômés d’État dans le code de la santé publique, *via* la création d’un chapitre dédié, et d’élargir, dans le cadre des protocoles de coopération, leurs compétences à d’autres champs tels que les unités d’accès vasculaires ou le post-opératoire.

Enfin, la mission a consacré une partie de ses travaux à la santé des enfants, sujet préoccupant. J’insisterais surtout sur la nécessité de renforcer le rôle des services de protection maternelle et infantile et de la médecine scolaire. L’exercice des infirmières puéricultrices en ville gagnerait également à être soutenu et développé, notamment en matière de prévention.

En conclusion, je souhaiterais remercier l’ensemble des professionnels de santé auditionnés pour leur disponibilité et leurs propositions. J’espère que ce rapport sera utile et nous permettra collectivement d’avancer, notamment dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je vous remercie, monsieur le rapporteur, pour cette présentation très riche. La perspective d’organisation que vous nous proposez a probablement nécessité de nombreux échanges avec les professionnels de santé et requiert une certaine pugnacité pour aboutir.

M. Jean-Louis Touraine. Je vous remercie et je vous félicite, monsieur Isaac-Sibille pour cet important travail, qui apporte des propositions opportunes et nous offre l’occasion d’une discussion ouverte et bienvenue sur les professions de santé, notamment sur les professions paramédicales. Cette analyse et ce projet prolongent les propositions de Stéphanie Rist ainsi que celles d’Annie Chapelier.

Il apparaît donc que l'organisation des professions de santé n'est pas satisfaisante dans notre pays : répartition des compétences très rigide, exercice professionnel trop solitaire, absence d'évolution significative dans les dernières décennies, en dépit des modifications de la patientèle, aujourd'hui plus âgée et porteuse d'affections chroniques.

Dans le prolongement du Ségur de la santé, mais en allant bien au-delà, vous proposez de réformer très largement l'organisation des professions de santé et plus spécifiquement des professions paramédicales. Vous fixez quatre objectifs : montée en compétences de l'ensemble des professions, place plus importante dévolue aux missions de prévention, renforcement du travail en équipe et fluidification des parcours professionnels. J'adhère totalement à ces orientations fondamentales et salutaires, pour lesquelles vous formulez des suggestions très pragmatiques. J'ai plus particulièrement retenu trois d'entre elles

D'abord, le renforcement de la formation et de l'exercice en pratique avancée : cet excellent dispositif, relativement récent en France, ne progresse pas suffisamment rapidement alors qu'il donne satisfaction à un grand nombre de malades, qu'il améliore l'attractivité des métiers et qu'il redonne du temps médical aux praticiens.

Ensuite, l'instauration de nouvelles modalités de financement propices aux collaborations et à diverses synergies au service des patients.

Enfin, la mise en œuvre rapide de mesures consensuelles, souhaitées par les professionnels au sein de chaque filière, à savoir dans les domaines bucco-dentaire, visuel, auditif, de la santé mentale, des soins pédiatriques...

Monsieur le rapporteur, les perspectives que vous avez tracées sont très attendues par les professionnels, par les malades et leurs associations et par les pouvoirs publics. Je ne doute pas qu'elles soient suivies d'effet.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur Isaac-Sibille, je vous remercie pour ce rapport très pertinent. En effet, nous sortons d'une période de crise sanitaire dans laquelle nous avons constaté que la coopération entre les professionnels de santé sur les territoires était absolument indispensable. En outre, alors qu'il intervenait devant notre commission, le président de la Conférence des doyens des facultés de médecine nous a convaincus que, vraisemblablement, dans les années à venir, et malgré la suppression du *numerus clausus*, le nombre de médecins n'augmenterait pas. Dès lors, c'est bien à travers la mise en œuvre rapide d'une coopération que nous parviendrons à régler ces problèmes de démographie médicale sur les territoires.

Nous vous félicitons non seulement pour ce constat, que nous partageons intégralement, mais également pour les propositions que vous avancez. Elles sont concertées ; elles sont innovantes ; elles sont pertinentes et elles méritent d'être soulignées.

Vous évoquez la révision des décrets d'actes de certaines professions paramédicales. Une révision permanente, au fil de l'eau, afin d'adapter les décrets d'actes à la réalité de terrain dès que cela s'avère nécessaire ne serait-elle pas plus pertinente ? Jusqu'à un passé très récent, une infirmière libérale n'était pas autorisée à prescrire du sérum physiologique alors que ce produit est en vente libre en grande surface. La révision des décrets d'actes permettrait de mettre un terme à ce type d'abus.

Il me semble que, dans votre rapport, vous ne faites aucune mention de la filière maïeutique ni du rôle et de la mission des sages-femmes dans la prise en charge de la santé des femmes, non seulement en obstétrique, mais également plus largement.

Ne pensez-vous pas que l'expérience acquise par une infirmière ou une aide-soignante qui, pendant des décennies, exerce son métier dans le même service hospitalier mériterait que son expertise soit reconnue par la validation des acquis de l'expérience et que sa carrière soit revalorisée à due concurrence ? En effet, la rémunération des IPA, comme celle des autres professionnels, pose problème.

M. Philippe Vigier. Je crois que le rapport de Cyrille Isaac-Sibille apportera une pierre à l'édifice de ce chantier qui nous appartient à tous. Dans notre pays, l'accès aux soins ne cesse de régresser depuis de longues années. Ce rapport propose des solutions innovantes, concrètes, qui sont confrontées au vécu. Il serait essentiel que ce que nous proposons soit suivi d'actions concrètes de sorte à apporter de véritables solutions parce que force est de constater que les dix années à venir seront celles de tous les dangers.

Actuellement, le nombre d'heures de médecin disponibles équivaut à celui de 1980 alors que les besoins vont croissant, puisque la population a augmenté de 30 %. Par ailleurs, la pandémie a mobilisé l'ensemble du corps médical.

Il n'est pas juste d'affirmer que le *numerus clausus* a été supprimé ; il n'est pas supprimé. Quand déciderons-nous enfin, dans notre pays, de former un plus grand nombre de médecins ?

La création des IPA a été très bénéfique et je déplore que leur nombre stagne. Nous en dénombrons environ quatre cents alors que nous en espérions deux mille lorsque cette mesure a été lancée, en 2016.

J'adhère à l'idée d'une révision permanente, au fil de l'eau, des décrets d'actes, évoquée par notre collègue. Il mentionnait les infirmières, mais il était également interdit aux biologistes de vacciner, alors qu'ils sont en première ligne pour le dépistage de la covid.

Les CPTS ont montré leur véritable efficacité. Leur nombre stagne faute de financements et de moyens et c'est regrettable.

Il est nécessaire que nous progressions dans l'ensemble de ces domaines. Je félicite Cyrille Isaac-Sibille d'avoir porté toutes ces propositions et nous l'assurons de notre soutien dans leur concrétisation.

M. Boris Vallaud. La méthode choisie par notre collègue pour mener sa mission a permis une large concertation et des discussions décroisées qui, parfois, font défaut dans les instances de représentation alors qu'elles sont en pratique plus denses sur le plan local.

La question de la démographie médicale est prégnante et elle induit la nécessité d'organiser des coopérations afin de pallier des carences. Je ne suis pas certain qu'à l'horizon que vous évoquez, à savoir dix ans, nous disposions d'un plus grand nombre de médecins, en tout cas d'un nombre suffisant et d'un nombre suffisant là où ils seraient nécessaires. Dans mon département, la question de la démographie médicale et des déserts médicaux est essentielle. Dans les années 1990, l'écart entre l'espérance de vie d'un hyper-rural et celle d'un hyper-urbain s'élevait à deux ans ; actuellement, il est évalué à deux ans et deux mois. Certes, l'accès aux soins n'explique pas tout, mais il prend une part significative dans l'explication.

Selon vous, comment pourrions-nous articuler ces pratiques nouvelles avec des règles d'installation qu'il importe, à mon sens, de faire évoluer ? Nous avons, les uns et les autres, expérimenté une grande diversité d'incitations à l'installation dans ces déserts médicaux. Le groupe Socialistes et apparentés a formulé plusieurs propositions, notamment le conventionnement sélectif ou encore l'obligation, les cinq premières années, d'exercer dans des territoires déficitaires en médecins. Si nous n'apportons aucune réponse à la question de la démographie médicale, le reste, aussi utile soit-il, risque d'être inopérant.

M. Paul Christophe. Au nom du groupe Agir ensemble, je salue la qualité du travail accompli par notre collègue Cyrille Isaac-Sibille.

La grande leçon que nous tirons de la crise de la covid-19 réside dans le constat selon lequel les professionnels de santé constituent le socle de notre nation. Leur engagement sans faille nous a permis de faire face à des pics épidémiques et chacun a pu constater non seulement leur dévouement total, le courage exemplaire dont ils ont fait preuve dans la tourmente, mais également les difficultés auxquelles ils ont été confrontés et le manque de reconnaissance dont ils ont fait l'objet.

Le Ségur de la santé a apporté des réponses. Il a permis de revaloriser les salaires de manière pérenne inédite et de renforcer l'attractivité des métiers de santé. Certes, il s'agit d'un effort historique qu'il convient de saluer. Toutefois, il ne constitue pas une fin en soi. Il importe manifestement de faire évoluer l'organisation des professions de santé afin de répondre aux transformations qui traversent notre société et impactent notre système de santé. Le défi de l'autonomie et l'augmentation des maladies chroniques constituent autant d'enjeux auxquels il nous appartient d'apporter une réponse immédiate.

L'horizon de dix ans pour mener à bien cette ambition nous paraît pertinent. Nous privilégions en effet trop souvent les moyens à la vision. Notre groupe partage votre constat, qui fait d'ailleurs écho aux conclusions du rapport récemment présenté en commission par notre collègue Annie Chapelier sur la formation des professions paramédicales. Vous proposez ainsi de renforcer le socle de compétences des professions paramédicales, ce qui conduirait par exemple les aides-soignants à pratiquer des actes actuellement réalisés par des infirmiers qui, à leur tour, pratiqueraient des actes considérés actuellement comme médicaux. Une telle montée en compétences pourrait-elle, selon vous, s'appuyer sur des formations paramédicales universitaires et leur intégration dans le schéma classique d'un parcours universitaire licence-master-doctorat, comme le pratiquent la plupart de nos voisins européens ?

Mme Valérie Six. Monsieur le rapporteur, je tiens à vous remercier pour les travaux que vous avez menés. Il était en effet important de procéder à un point d'étape et d'analyser l'organisation des professions de santé en France de sorte à dégager des perspectives d'évolution face aux défis auxquels nous serons confrontés : le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et la nécessité de développer des politiques de prévention.

En effet, ces dernières années, nous avons vu s'enchaîner une série de mesures à ce sujet, parfois même une réforme n'était pas encore déployée qu'elle se voyait déjà percutée par la suivante qui tentait de la corriger. Le dernier exemple en date fut apporté par la volonté de créer une profession médicale intermédiaire alors que les pratiques avancées n'étaient pas encore complètement mises en œuvre sur notre territoire.

Je partage la vision d'analyser l'organisation des professions de santé sous l'angle des filières métier afin d'identifier les difficultés ou les blocages auxquels elles sont confrontées. Cependant, monsieur le rapporteur, je resterai vigilante quant à l'élargissement des compétences des professions et sur les éventuels risques de séparation entre les filières. En effet, cela pourrait complexifier et rendre illisible l'organisation des professions de santé, ce qui s'avèrerait contre-productif. Il est important que chacun reconnaisse la compétence de l'autre, pour une meilleure complémentarité.

La coopération des professionnels de santé devient en effet une nécessité pour les années à venir. Cependant, nous avons besoin dès maintenant d'une adaptation de ces métiers de la santé. Le parcours de soins du patient et sa fluidification constituent une priorité. Ce rapport doit nous amener à identifier des aides et des mesures concrètes lors du PLFSS que nous examinerons à la rentrée.

Mme Martine Wonner. Il y a unanimité autour du constat établi par le rapport sur le fait que notre système de santé est de plus en plus en décalage par rapport aux besoins de la population. Nous sommes confrontés au vieillissement de la population et au développement croissant des problématiques de santé liées aux

catégories d'âge les plus avancées et des maladies chroniques ainsi qu'à l'augmentation de la dépendance.

Dès lors, je partage certaines des conclusions pragmatiques de votre rapport. Il s'avère effectivement essentiel d'augmenter les effectifs de soignants et de les répartir de façon plus pertinente sur notre territoire afin d'éviter toute forme de désert de soins et d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé.

Cependant, un grand nombre de professions médicales alertent et manifestent depuis plusieurs mois sur la déshumanisation progressive des soins. Médecins, infirmiers et aides-soignants dénoncent régulièrement les contraintes économiques et la recherche constante de l'efficacité, qui conduisent progressivement à considérer le patient comme un dossier. Dans son parcours de soins, le patient doit de plus en plus faire face à la multiplicité d'intervenants suivant des protocoles rigoureux, souvent schématiques, qui dépersonnalisent l'acte de soin. Nous constatons les prémices de cette déshumanisation dans la réorganisation du secteur sanitaire et médico-social, notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Vous avez mentionné le secteur psychiatrique et je vous en remercie. J'avais évoqué en 2019, dans mon rapport parlementaire sur la santé mentale, le dispositif coordonné du centre hospitalier universitaire de Toulouse, exemplaire tant en matière de partenariat public-privé sur le territoire que pour les liens humains qu'il développe entre le soignant et le patient.

M. Pierre Dharréville. La vision périphérique de la répartition des tâches et de la coopération entre les différentes fonctions médicales et paramédicales que nous propose ce rapport est très utile.

Nous ne pourrions pas résoudre la problématique de la démographie médicale simplement par un simple redécoupage et cela ne doit pas constituer un objectif. En revanche, des évolutions sont nécessaires, souhaitables et souhaitées. Dès lors, j'apprécie la démarche qui consiste à y réfléchir et à afficher une volonté d'élargir les compétences des différentes professions de santé, tout en tentant de répondre à la question de la perte de sens, prégnante pour les professions de santé, ainsi que l'a révélé la crise sanitaire que nous traversons.

Notre groupe a également proposé le conventionnement sélectif et la création plus volontaire de centres de santé. Cette démarche mériterait d'être intégrée dans les dispositifs publics.

Par ailleurs, nous contestons les logiques de tarification des actes et de tarification à l'acte.

Dans le respect des métiers, il me semble que dans la réflexion qui est la vôtre, il est indispensable de construire les contours des métiers, et non pas

simplement d'agréger des compétences, de sorte à favoriser la formation et la qualification des professionnels de santé. Émergent alors les enjeux liés au lien direct qui existe entre les grilles de qualification et la rémunération.

M. Bernard Perrut. Il est indispensable de dessiner l'évolution des professions de santé. Je félicite bien sûr notre collègue pour cet excellent rapport.

Les publics fragiles, seniors ou personnes atteintes d'un handicap, expriment une volonté d'accès aux soins au plus près de chez eux, à domicile, dans la mesure du possible. Cette évolution majeure de la prise en charge suppose de construire et de financer un système réunissant prévention, soins primaires, suivi médico-social et social, dans une logique ambulatoire. Ce nouveau paradigme de la protection sociale doit tenir compte de l'allongement de la durée de la vie et du développement des maladies chroniques. La complémentarité des acteurs de santé, la continuité des parcours et les innovations de produits et services se situent au cœur des enjeux. C'est pourquoi vous proposez, cher collègue, à ce titre, la création d'un statut libéral d'aide-soignant susceptible d'offrir aux professionnels une plus grande diversité des modes d'exercice et de garantir aux patients un choix plus large des modalités de prise en charge. Pourquoi pas ?

Pour autant, cela est-il suffisant ? Ce n'est pas suffisant si, dans le même temps, le secteur de l'aide à domicile, indispensable, n'obtient pas la juste considération qu'il mérite. Vous n'abordez pas ce sujet, sur lequel je souhaiterais connaître votre point de vue. Les conditions de travail, le manque de reconnaissance sociale ou encore les faibles rémunérations qui nuisent à l'attractivité du secteur de l'aide à domicile et qui freinent ainsi le développement du virage domiciliaire et participe de la rupture du parcours de soins.

Comment soutenir une revalorisation pérenne des métiers de l'aide à domicile ?

Quel encadrement proposez-vous afin de garantir une qualité des prestations déployées ?

Comment tenir compte des facteurs de pénibilité des métiers du secteur ?

Comment intégrer la notion de parcours dans le développement du maintien à domicile ?

Comment assurer la complémentarité et la coordination des acteurs du secteur ?

Nous sommes ici même, monsieur le rapporteur, au cœur de l'actualité et il y a urgence.

Mme Stéphanie Rist. Je vous remercie, cher collègue pour ce rapport, que j'ai eu plaisir à lire, et je vous félicite pour ce travail.

Sur un sujet, l'évolution des professions de santé, qui est primordial, nous accusons un retard important par rapport aux pays qui nous entourent et cette démarche constitue un enjeu majeur pour les années à venir afin d'améliorer, d'une part, l'accès aux soins, et d'autre part et surtout, l'attractivité de métiers importants et la qualité de la prise en charge des patients.

Je partage votre insistance sur la nécessité de valoriser les soignants, sous une forme de certification, dans le cadre des protocoles de coopération.

J'adhère également à votre proposition de développement de ces professions intermédiaires de sorte à favoriser la prévention et la prise en charge des personnes âgées, face à l'évolution de notre démographie qui se dessine pour les années à venir.

Enfin, je soutiens votre volonté de renforcer le travail de coopération et de coordination.

Cependant, vous proposez la montée en compétence des professionnels sous le contrôle d'autres professionnels. Je ne pense pas que ce contrôle soit indispensable si les soignants sont formés, notamment *via* des parcours universitaires. Nous vivons sous le joug d'une culture médicale très marquée par les officiers de santé et qui confère un monopole aux médecins, notamment. Comment pensez-vous que cette culture puisse évoluer au bénéfice des patients ? Cette évolution, cette transformation, est-elle envisageable sans repenser le mode de rémunération des professionnels de santé ?

M. Alain Ramadier. Monsieur le rapporteur, vous formulez plusieurs propositions dans ce projet de rapport d'information. Je souhaiterais vous interroger sur la douzième, à savoir « améliorer l'organisation de la filière santé mentale » qui soumet deux suggestions : favoriser sur l'ensemble du territoire la mise en œuvre de dispositifs de soins partagés sur le modèle de ceux qui ont été déployés en Yvelines Sud, à Créteil et à Toulouse, en y associant les professionnels ; évaluer l'ensemble des expérimentations existantes avant d'envisager leur généralisation.

Les professionnels de santé mentale sont trop peu nombreux en France, et ce d'autant plus que la crise sanitaire a littéralement fait exploser les besoins, un nombre croissant de nos compatriotes étant victimes d'une grande détresse.

Si je souscris sans réserve à la proposition avancée dans ce rapport, je m'interroge toutefois quant à l'application d'une telle mesure selon les territoires. En effet, s'il est envisagé de favoriser la mise en œuvre de tels dispositifs de soins, je crains qu'ils soient difficilement applicables dans les territoires ruraux, éloignés des centres urbains qui présentent une forte densité de population et des services de soins bien plus nombreux. Je souhaiterais connaître votre position sur ce point précis.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je vous remercie, monsieur le rapporteur, pour votre investissement sur ce sujet de l'évolution des professions de santé et pour vos recommandations.

Ainsi que vous le rappelez dans votre rapport, plusieurs dispositifs ont été mis en place ces dernières années afin de décloisonner les parcours professionnels et d'inciter au développement de nouveaux modes d'organisation des soins. Vous mentionnez les pratiques avancées, l'exercice coordonné et les protocoles de coopération. Parmi ceux-ci, les CPTS me paraissent offrir un laboratoire précieux pour réfléchir à la question de la montée en compétence de l'ensemble des professionnels et de la fluidification de leur parcours. Vos auditions vous ont-elles permis d'observer, en leur sein, des pratiques innovantes ? Quelles seraient vos recommandations pour soutenir ces laboratoires d'innovation que peuvent constituer les CPTS ?

M. Thibault Bazin. Quelles préconisations proposeriez-vous pour nos territoires ruraux ou périurbains dans lesquels, parfois, il n'y a pas suffisamment de place pour plus d'un médecin ? Je vous donne l'exemple d'une jeune femme médecin qui, depuis deux ans, tente d'innover et de mettre en place une coopération avec une infirmière qui, comme elle, travaille en libéral. Leur initiative se heurte à un véritable parcours du combattant. Mettre en place une coopération simple d'un binôme libéral, médecin et infirmière, sans créer une maison de santé pluri-professionnelle, sans passer par un lien d'organisation économique, de sorte à éviter une requalification, pourrait conceptuellement paraître simple afin de répartir les actes et de faire de la prévention à laquelle l'infirmière pourrait contribuer. Néanmoins, force est de constater que la démarche s'avère complexe.

Pouvez-vous imaginer un tel dispositif de coopération, dans de petits villages de moins de mille habitants, entre un médecin et un infirmier ? La création d'une structure qui ne soit ni trop technologique ni trop importante et qui corresponde à la réalité de certains territoires vous paraît-elle envisageable ?

Mme Isabelle Valentin. Je vous remercie, monsieur le rapporteur, pour votre travail qui émane d'un terrain qui vous est familier.

Dans la crise sanitaire que nous traversons depuis plus d'un an, la réactivité et la proximité nous ont permis d'être opérationnels. L'éclosion des initiatives locales doit inspirer la transformation profonde de notre système de santé. Il convient de poursuivre cette dynamique de décloisonnement, à tous les niveaux, entre hôpital, médecine de ville, secteur public et secteur privé. La crise sanitaire nous a démontré que cela fonctionne.

Il importe que la formation des professionnels de santé réponde aux enjeux futurs, que les études de santé soient réformées de sorte à devenir mieux adaptées aux connaissances, aux compétences et aux aptitudes attendues par les futurs professionnels, tout en demeurant garantes d'un haut niveau d'exigence.

Il est également nécessaire d'encourager davantage les coopérations et les passerelles entre les professionnels.

J'adhère à vos propos relatifs au défaut de prévention de santé pour les enfants et à la carence en médecins dans la médecine scolaire. J'identifie deux préoccupations majeures : le *numerus clausus*, qui bloque toujours, et le zonage, problème administratif de non-sens.

Ma première question porte sur l'annexe 1, à savoir le tableau des effectifs, dans lequel l'évolution pourrait sembler croissante. Pouvez-vous nous préciser si vous chiffrez en nombre de personnes ou en équivalents temps plein (ETP), ce qui est très différent ? Une préconisation pourrait consister à évaluer des effectifs systématiquement en ETP, notamment pour ce qui concerne les zonages. Dans ma circonscription, nous connaissons un déficit de sages-femmes. Se référant aux textes, l'agence régionale de santé est sourde à nos arguments.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) deviennent le modèle qui s'imposera de gré ou de force sur le territoire. Or si ce mode d'organisation constitue un véritable apport dans certains territoires, force est de constater qu'il n'est pas toujours pertinent selon les territoires concernés. Il serait préférable de laisser les GHT poursuivre leur intégration et de soutenir ceux qui sont dans une situation plus complexe, sans chercher à uniformiser, plutôt que d'imposer une vision technocratique. Qu'en pensez-vous ?

Ma dernière question concerne le secteur bucco-dentaire. En Suisse, des hygiénistes dentaires viennent en soutien des chirurgiens-dentistes qui font cruellement défaut. Une telle démarche pourrait apporter une solution à cette filière. Qu'en pensez-vous ?

M. le rapporteur. Je n'ai pas étudié la question des sages-femmes parce que j'ai centré mon analyse sur les professions paramédicales et sur les opportunités d'évolution que nous pourrions leur offrir.

Le rapport porte sur les professions de santé, et notamment celles du livre III. Il existe dans notre pays une segmentation entre les professions médicales – médecins, dentistes, sages-femmes – et les professions paramédicales du livre III. Il conviendrait de les rapprocher. Dans le passé, il a été question de créer des professions intermédiaires entre les professions médicales et les professions paramédicales. Lors des auditions que j'ai menées, personne n'a évoqué le principe de la profession intermédiaire entre ces deux secteurs. C'est la raison pour laquelle j'évoque la « théorie de l'escalier », qui consiste à augmenter les compétences des professions existantes – infirmiers, manipulateurs radio, kinésithérapeutes... – de sorte à répartir différemment le travail entre les professions médicales et paramédicales.

Nous nous sommes attachés à préciser les définitions, qui revêtent une grande importance, de sorte à différencier les professions médicales – médecins, dentistes, sages-femmes – des professions paramédicales. La profession médicale impose une culture globale qui permet de poser un diagnostic médical et d'identifier la conduite à tenir ensuite. En revanche, les actes de soins ou de prévention, qui ne nécessitent pas d'avoir fait entre dix et douze années d'études, peuvent être partagés puisqu'ils relèvent de l'ensemble des professions.

La pratique avancée est une notion assez récente. J'ai eu l'occasion d'auditionner et d'écouter des IPA, dont le nombre va croissant. Cette année, plus de mille IPA ont été formés. Nous avons identifié plusieurs problèmes dans ce cadre de la pratique avancée.

Le premier réside dans le financement de la formation. Certaines formations sont financées par des établissements de soins ou des hôpitaux qui prennent en charge la formation et la rémunération pendant deux ans. *A contrario*, certains IPA ont dû financer leur formation sur leurs deniers personnels, voire parfois, vendre leur maison pour y parvenir. Il importe que cette formation devienne accessible à tous.

La pratique avancée fonctionne très bien effectivement dans les établissements de soins publics ou privés et elle suscite même parfois une certaine concurrence. En revanche, dans le secteur libéral, les infirmiers formés à la pratique avancée ne sont pas rémunérés à hauteur de cette spécialisation. J'ai donc auditionné les directions centrales et la CNAM afin d'identifier des pistes de financement de la pratique avancée exercée en libéral, sachant qu'elle concerne essentiellement la prévention et les maladies chroniques.

Les IPA montent en puissance. Leur nombre était limité à cinq mille, mais je pense qu'il conviendrait d'aller au-delà. La formation comporte une année de tronc commun et une année de spécialisation. Il serait possible d'imaginer que les IPA suivent plusieurs cursus de spécialisation au cours de leur carrière et ce qui tendrait à les faire évoluer vers cette profession intermédiaire que nous évoquons, alliant formation et expérience. Il convient donc d'insister au sujet de la formation et de la rémunération de ces IPA, notamment pour ceux qui travaillent en libéral.

Il est vrai que la crise sanitaire a quelque peu fait exploser le système. La pratique de la vaccination a notamment été étendue.

Le problème du *numerus clausus* relève d'un débat différent. Le déficit de médecins sera toujours prégnant dans les prochaines années. La fin du *numerus clausus* est limitée par la capacité des universités à former les étudiants et à leur proposer des stages. Néanmoins, il est possible d'imaginer que, dans dix ans, nous disposions d'un nombre de médecins équivalent à celui d'il y a dix ans. Il s'agit surtout de définir le rôle d'un médecin. Selon moi, le médecin est le praticien capable de poser un diagnostic et d'identifier la conduite à tenir. Il a également la mission de coordonner les soins ou la prévention au sein de son équipe.

L'idée d'une évolution des décrets d'actes au fil de l'eau me semble intéressante. Actuellement, il existe un Comité national des coopérations interprofessionnelles, qui pourrait faire évoluer les compétences et le périmètre des activités des différentes professions. Une évolution globale de l'ensemble des professions semble complexe à mettre en œuvre, notamment pour ce qui concerne la formation. Il existe des protocoles de coopération, mais leur validité reste locale, voire limitée à un service. Il serait intéressant que la coopération locale puisse être validée par des unités de valeur universitaires, en sachant qu'un infirmier pourrait cumuler jusqu'à trois unités de valeur et faire ainsi évoluer sa carrière.

Vous évoquez le rôle des sages-femmes, dont chacun sait qu'il est essentiel dans de nombreux domaines, y compris celui de la prévention pour la santé de la mère et de son enfant.

Vous m'interrogez sur la reconnaissance des compétences. Il s'agit en effet de valoriser les compétences par une qualification, *via* les unités de valeur universitaires dont la validation induirait un niveau de rémunération.

S'agissant des heures disponibles des médecins, il est vrai que, dans le passé, certains médecins pouvaient travailler jusqu'à vingt heures, vingt-et-une heures, voire vingt-deux heures. La tendance a légitimement évolué et les médecins s'attachent désormais à conjuguer vie professionnelle et vie personnelle. Nous ne disposons d'aucune estimation d'un temps moyen quotidien qu'un médecin consacre actuellement à son travail. Pour autant, comme l'ensemble des professions libérales, les professions médicales et paramédicales ne sont pas soumises aux trente-cinq heures hebdomadaires.

La montée en compétences individuelle semble relativement aisée, notamment grâce à la reconnaissance des protocoles *via* les unités de valeur universitaires.

Nous constatons une augmentation du nombre des acteurs de la prévention. Selon moi, la prévention relève de la santé publique. Il s'agit en fait de procéder à une approche plus populationnelle qu'individuelle. La prévention individuelle relève davantage des professions de santé.

La déshumanisation constitue une réelle préoccupation. Elle est liée au temps médical ou paramédical. Alors que les IPA disposent d'un temps d'écoute des patients plus important, *a contrario*, et malheureusement, le temps médical, celui dont disposent les médecins, est beaucoup plus limité, de l'ordre de dix à vingt minutes. L'IPA prend le temps d'écouter le patient. Il est reconnu en tant que tel par le patient, qui s'autorise alors à discuter avec lui, à lui poser des questions, etc. Cela participe à l'humanisation de la médecine, qui retrouve alors du temps d'échange à consacrer aux malades et à leur éducation thérapeutique. Cela constitue le véritable intérêt de ces montées en compétence.

Nous accusons un déficit prégnant en psychiatres et en infirmiers psychiatriques. Néanmoins, nous disposons de nombreux psychologues. La table ronde que nous avons organisée sur le thème de la santé mentale a mis en évidence deux types d'attitude des psychologues. Certains psychologues ne souhaitent pas être reconnus comme appartenant à une profession de santé ; d'autres y sont favorables. S'ils sont volontaires, il serait possible d'envisager leur intégration, rémunérée, dans la prise en charge du patient. Des expérimentations sont en cours dans ce sens. Il serait, selon moi, intéressant d'associer les psychologues qui le souhaitent, afin de répondre à la demande croissante en matière de santé mentale.

J'ai constaté que certaines professions paramédicales sont sollicitées pour des tâches qui ne relèvent pas de leurs compétences, notamment dans les établissements de soins. À titre d'exemple, face au déficit en secrétaires médicaux, il arrive que des infirmières assurent cette fonction. Il serait nécessaire de renforcer les fonctions administratives ce qui permettrait de redonner du sens à chacune des professions.

La différence entre les maisons de santé et les centres de santé réside dans le statut de chaque établissement. Le personnel des uns est libéral alors que celui des autres est salarié. Chacun peut y trouver un intérêt. La demande des médecins à être salariés est croissante. Toutefois, il est souhaitable de renforcer l'attractivité des professions libérales, car elles assurent la continuité du service sur le territoire.

S'agissant du maintien à domicile, le virage domiciliaire est amorcé. Il impose d'organiser la prise en charge à domicile qui repose sur deux piliers : d'une part, tout ce qui relève des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, composés d'infirmiers, d'aides-soignants ou d'auxiliaires de vie salariés, et d'autre part, les infirmiers libéraux.

L'attractivité du métier d'aide-soignant serait accrue dans le cadre d'un statut libéral. Toutefois, ce métier rencontre des difficultés de recrutement, les aides-soignants privilégiant le secteur hospitalier à celui du maintien à domicile. Il convient donc d'agir en ce sens.

Le contrôle de la montée en compétence des professionnels par d'autres professionnels relève d'une question de définition : autonomie ou indépendance ? Je défends l'autonomie, c'est-à-dire le travail en équipe qui n'autorise pas l'indépendance, cette dernière consistant à travailler seul dans son coin. Il importe que l'ensemble des professions monte en compétence dans une synergie, dans le cadre d'une équipe de soins, sous la coordination des médecins qui, après avoir posé un diagnostic, établiront une ligne de conduite à suivre par leur équipe.

S'agissant de la santé mentale, des expérimentations sont en cours sur plusieurs territoires et il conviendra de les généraliser dès lors qu'elles auront été évaluées et qu'elles s'avèreront bénéfiques. Il serait également nécessaire d'étudier

la répartition des psychologues sur le territoire et notamment dans les territoires ruraux de sorte à envisager des délégations de tâches.

Les CPTS constituent des lieux d'échanges, de rencontres, pour l'ensemble des professions de santé, médicales et paramédicales. La crise sanitaire a mis en évidence l'intérêt de ces centres, notamment dans l'organisation de la vaccination. Les CPTS disposent également des éléments de diagnostic des territoires sur lesquels elles peuvent organiser des actions de prévention spécifiques. Les données de santé serviront de base à des indicateurs qui nous permettront d'évaluer l'action de ces communautés et l'évolution de la culture de santé sur les territoires et ainsi, de définir une rémunération collective.

La coordination s'articule dans deux secteurs : une coordination entre les professionnels de santé et une coordination sur le territoire, *via* les CPTS. Celles-ci s'adressent à un territoire sur des objectifs ; la coordination entre les équipes de soins primaires, par exemple, s'adresse à une patientèle. Il serait envisageable d'établir des protocoles locaux permettant à un médecin, un infirmier, voire un pharmacien et un kinésithérapeute de travailler ensemble avec des délégations de tâches. De telles coopérations existent, mais elles ne sont pas suffisamment connues.

Le tableau des effectifs figurant dans l'annexe 1 répertorie un nombre de personnels et non pas des ETP. Cependant, que signifierait un « équivalent temps plein » pour des personnels de santé ? Si nous nous fondons sur trente-cinq heures hebdomadaires, nous pouvons considérer que l'ensemble des effectifs travaille à temps plein. Certains effectuent entre cinquante et soixante, voire soixante-dix heures de travail hebdomadaires. Le personnel salarié est soumis à un temps de travail défini, mais ce n'est pas le cas des professionnels de santé en libéral.

Les GHT relèvent d'une organisation entre hôpitaux. Les CPTS constituent une organisation entre les professionnels de santé de ville. Les hôpitaux de proximité représentent des lieux de rencontre entre les GHT et CPTS et assurent le lien.

S'agissant de la santé bucco-dentaire, j'avance une proposition analogue à la profession d'hygiéniste que vous évoquez : les assistants dentaires de niveau 2. Il convient de définir s'ils doivent travailler dans un cabinet dentaire, sous le contrôle d'un dentiste, de manière autonome sans être indépendants, ou s'il est préférable qu'ils conservent leur indépendance, comme c'est le cas en Allemagne. La profession d'assistant dentaire de niveau 2 que je préconise serait l'équivalent d'un hygiéniste allemand, mais il serait associé à un cabinet dentaire, donc autonome sans être indépendant.

L'importance de ce rapport réside dans l'identification de points de convergence. Le ministère présentera des propositions à la rentrée de septembre. Dès lors que nous nous accordons sur le diagnostic, il convient de faire progresser nos propositions de sorte qu'elles soient mises en place dans le prochain PLFSS.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Chers collègues, au regard de la qualité de ce rapport, je suppose que vous ne verrez aucune objection à sa publication.

En application de l'article 145, alinéa 7, du Règlement, la commission autorise la publication du rapport d'information.

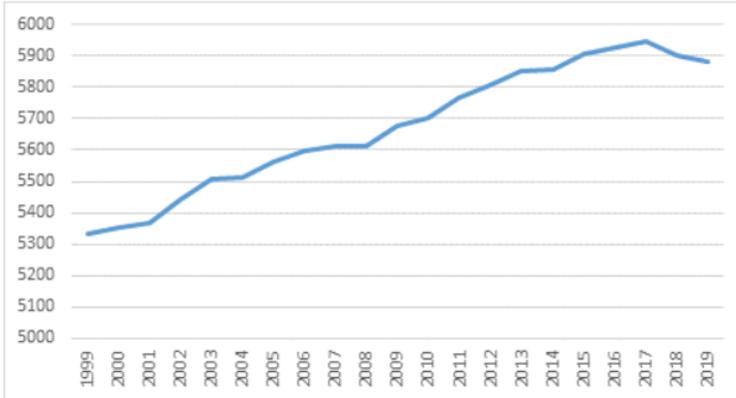
ANNEXE N° 1 : DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

I. EFFECTIFS AU 1^{ER} JANVIER 2020

	Nombre total au 1 ^{er} janvier 2020	Libéraux ou mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés	Evolution
Audioprothésistes	4 125	1 298	10	2 817	+57% (2012)
Dentistes	42 843	37 077	731	5035	+5,8% (2012)
Diététiciens	14 344	5 655	5 532	3 157	+82% (2012)
Ergothérapeutes	13 644	1 964	7 100	4 580	+68,9% (2012)
Infirmiers	744 307	131 575	479 836	132 896	+31,2% (2012)
<i>Puéricultrice</i>	23 054	1 056	14 560	7 438	+32,4%
<i>Infirmier anesthésiste</i>	11 440	414	10 440	586	+27%
Infirmier de bloc opératoire	8 522	334	7 752	436	+24,2%
Manipulateur en électroradiologie	38 413	0	30 322	8 091	+27,3% (2012)
Masseurs-kinésithérapeutes	91 485	75 551	11 712	4 222	+8,3% (2017)
Opticiens lunetiers	40 783	10 046	21	30 716	+63,1% (2012)
Orthophonistes	26 984	21 820	2 079	3 085	+27,3% (2012)
Orthoptistes	5 506	3 242	723	1 541	+50,7% (2012)
Pédicures podologues	14 039	13 782	123	134	+16,2% (2012)
Pharmaciens	73 788	29 558	9 244	34 986	+1,6% (2012)
Professionnels de l'appareillage	4 391	1 498	176	2 717	+65,1% (2012)
Psychologues	74 058	25 796	15 728	32 534	+79,2% (2012)
Psychomotriciens	14 509	3 663	3 722	7 124	+73,1% (2012)
Sages-femmes	23 175	7 637	13 959	1 579	+18,5% (2012)
Techniciens de laboratoire	48 374	13	22 040	26 321	80,8% (2013)
Médecins	Ensemble	Généraliste	Spécialiste		
	327 923	125 628	202 295		
	+22% de médecins (2012)	11 % de généralistes	+30% de spécialistes		

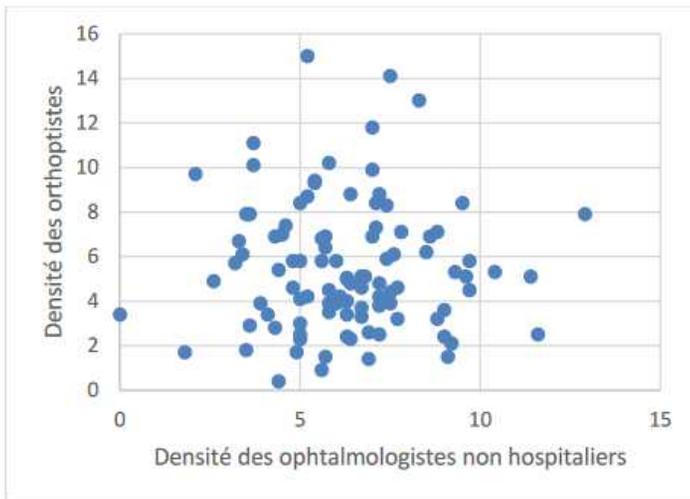
Source : commission des affaires sociales à partir de données de la DREES.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'OPHTALMOLOGISTES DE 1999 À 2019



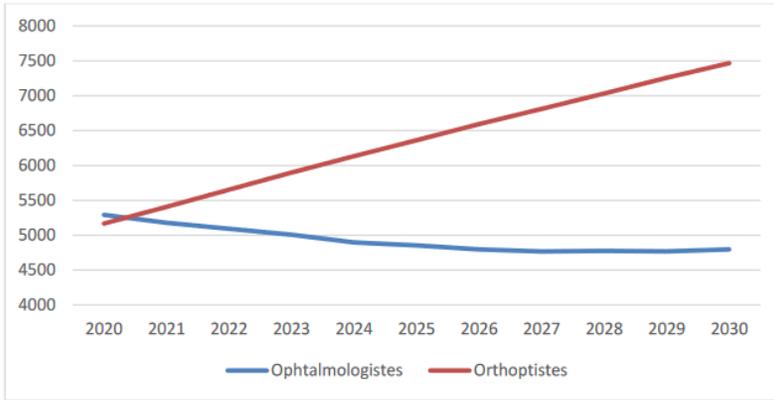
Source : « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations », Rapport de l'IGAS et l'IGESR, 2020.

DENSITÉ COMPARÉE DES OPHTALMOLOGISTES NON HOSPITALIERS ET DES ORTHOPTISTES, PAR DÉPARTEMENT, POUR 100 000 HABITANTS (HORS PARIS)



Source : « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations », Rapport de l'IGAS et l'IGESR, 2020.

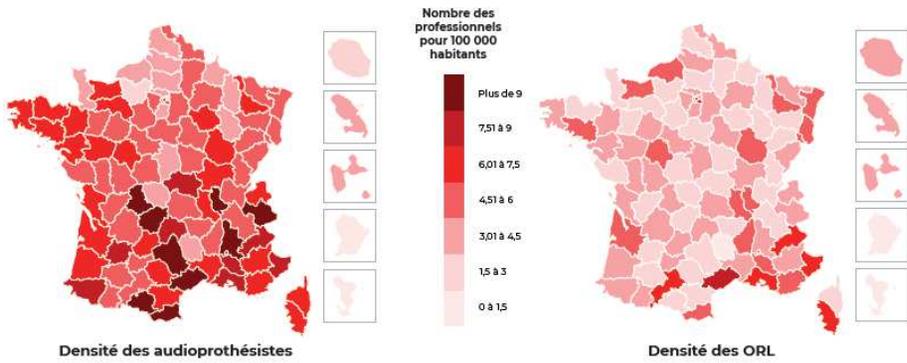
DÉMOGRAPHIE COMPARÉE DES ORTHOPTISTES ET DES OPHTALMOLOGISTES, PROJECTIONS JUSQU'EN 2030



Source : « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations », Rapport de l'IGAS et l'IGESR, 2020.

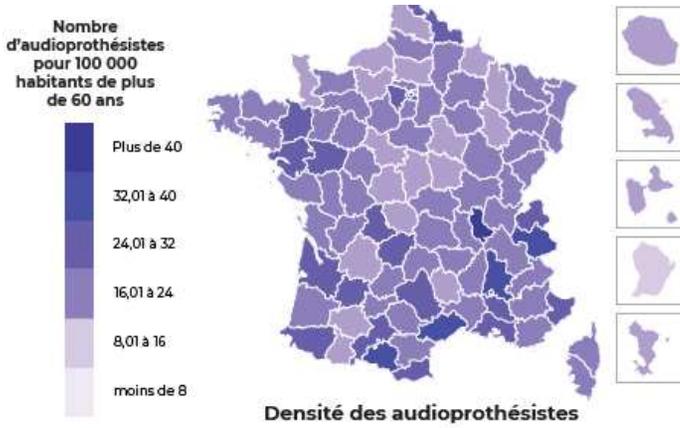
III. LA FILIÈRE AUDITIVE

DENSITÉ DÉMOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS DE L'AUDITION



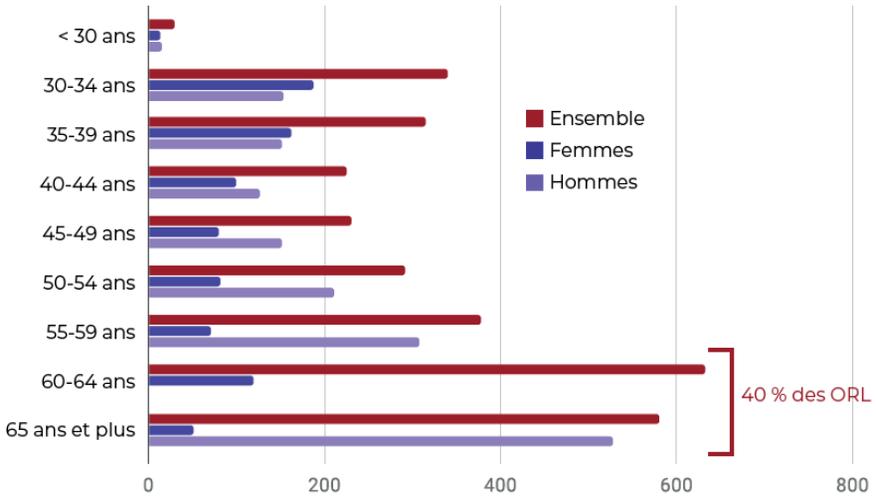
Source : magazine Audiologie Demain (numéro de septembre-octobre 2020).

UNE DENSITÉ PEU ADAPTÉE À LA PATIENTÈLE



Source : magazine Audiologie Demain (numéro de septembre-octobre 2020)

LES ORL : UNE POPULATION VIEILLISSANTE



Source : magazine Audiologie Demain (numéro de septembre-octobre 2020)

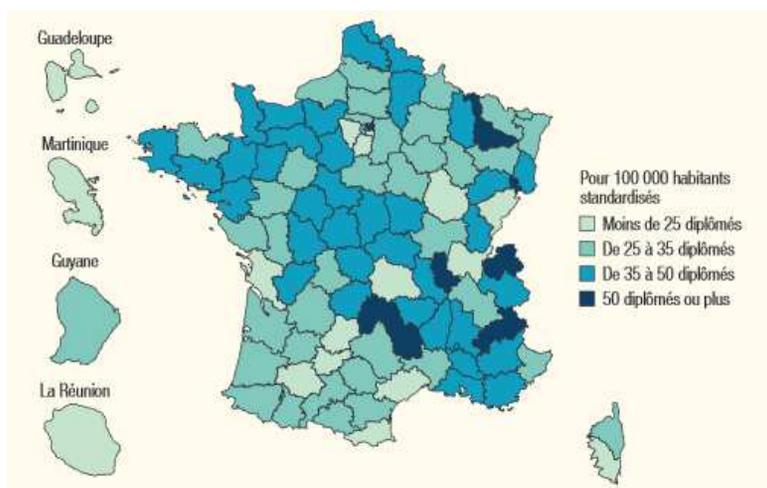
IV. LA FILIÈRE DU SOIN

DENSITÉ RÉGIONALE DES INFIRMIERS EN 2014 ET EN 2040 SELON LE SCÉNARIO TENDANCIEL



Source : « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui ne répond pas à la demande de soins », DREES, 2018.

DENSITÉ DES DIPLÔMÉS D'AIDES-SOIGNANTS PAR DÉPARTEMENT EN 2017



Source : « Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits », DREES, 2019.

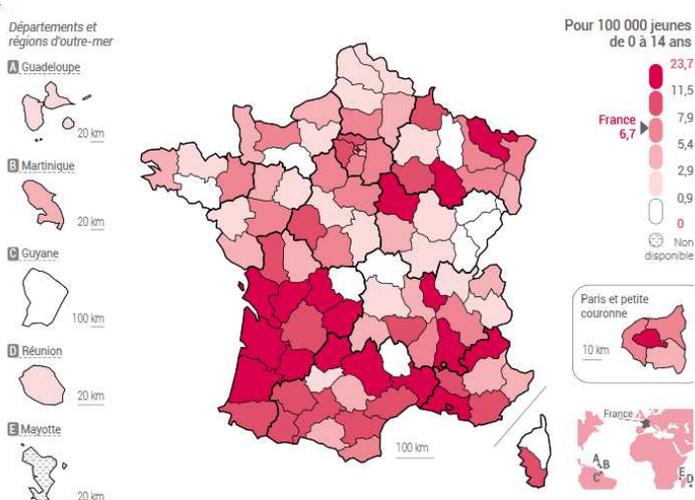
V. LA SANTÉ MENTALE

DENSITÉ DES DIFFÉRENTS TYPES DE PERSONNEL EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN 2015

Type de personnel	Psychiatrie générale pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus	Psychiatrie Infanto-juvénile pour 100 000 habitants de moins de 16 ans
Densité de psychiatres	10,8	13,4
Densité de personnels médicaux autres	1,7	0,7
Densité de personnels soignants et socio-éducatifs	156,4	134,4

Source : Atlas de la santé mentale en France, Magali Coldefy, Coralie Gandré, IRDES, 2020.

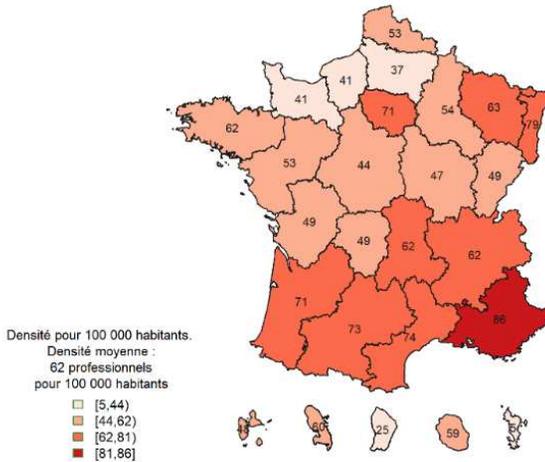
DENSITÉ DE PÉDOPSYCHIATRES LIBÉRAUX ET SALARIÉS EN 2016



Source : Atlas de la santé mentale en France, Magali Coldefy, Coralie Gandré, IRDES, 2020.

VI. LA FILIÈRE BUCCO-DENTAIRE

DENSITÉ RÉGIONALE EN CHIRURGIENS-DENTISTES EN 2020



Source : Conférence nationale du 26 mars 2021, rapport et propositions, Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025), Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), 2021.

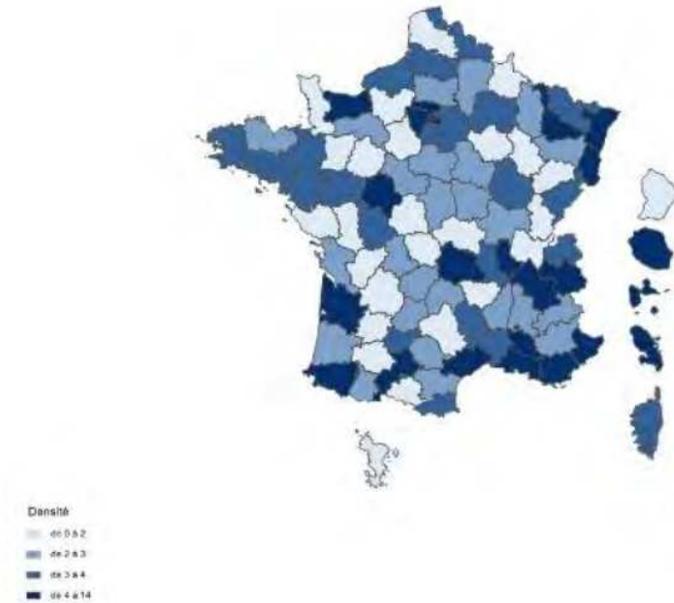
ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE CHIRURGIENS-DENTISTES EN ACTIVITÉ DEPUIS 1990



Source : Conférence nationale du 26 mars 2021, rapport et propositions, Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025), Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), 2021.

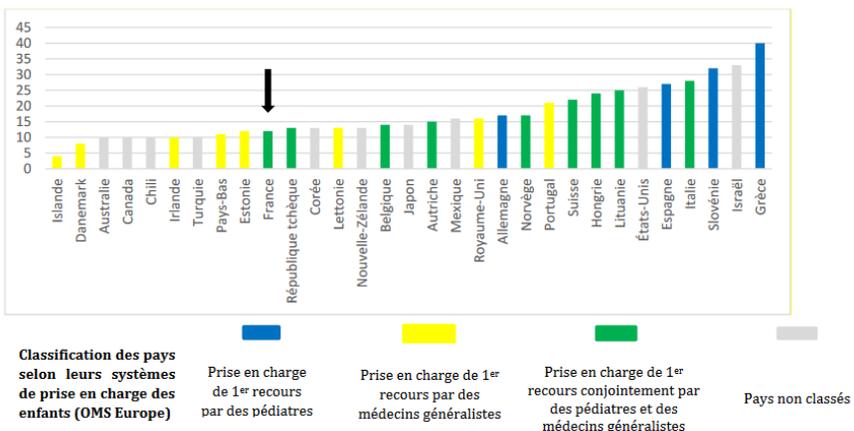
VII. LA SANTÉ DES ENFANTS

DENSITÉ DE PÉDIATRES LIBÉRAUX POUR 100 000 HABITANTS EN 2020, PAR DÉPARTEMENT



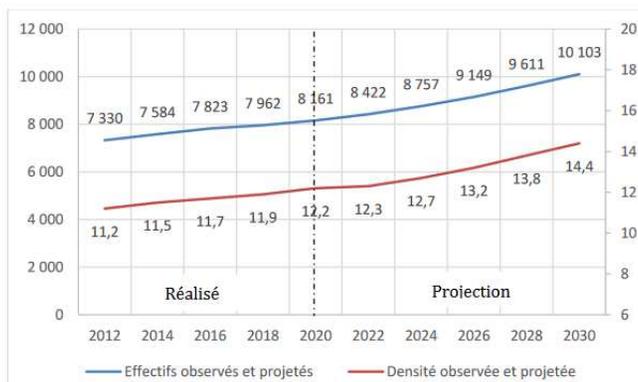
Source : « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », IGAS, 2020.

NOMBRE DE PÉDIATRES POUR 100 000 HABITANTS DANS LES PAYS DE L'OCDE EN 2018 SELON LE SYSTÈME DE SOINS PÉDIATRIQUES



Source : « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », IGAS, 2020.

ÉVOLUTION ET DENSITÉ DE PÉDIATRES EN FRANCE : RÉALISÉ DEPUIS 2012 ET PROJETÉ À DIX ANS



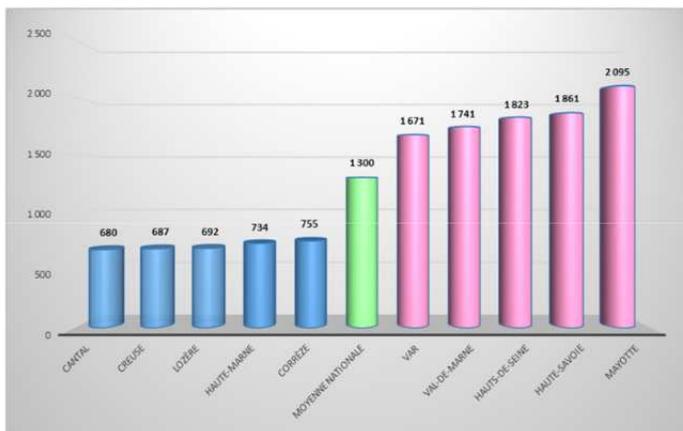
Source : « La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France », IGAS, 2020.

ÉVOLUTION COMPARÉE DES EFFECTIFS D'ÉLÈVES, DE MÉDECINS ET D'INFIRMIERS SCOLAIRES

	1998-1999	2010-2011	2018-2019	Évolution 1998-2018
Nombre de médecins	1 307	1 478	1 214	-7 %
dont médecins conseillers techniques	111	112	111	0 %
Nombre d'infirmiers	6 250	8 429	8 712	39,4 %
dont infirmiers conseillers techniques	ND	ND	121	
Effectifs d'élèves à la rentrée	12 295 596	12 017 495	12 295 641	0 %
dont 1 ^{er} degré public	5 709 947	5 770 941	5 755 682	1 %
dont 1 ^{er} degré privé	896 806	893 338	939 574	5 %
dont 2 nd degré public	4 549 977	4 213 928	4 402 162	-3 %
dont 2 nd degré privé	1 138 866	1 139 288	1 198 223	5 %

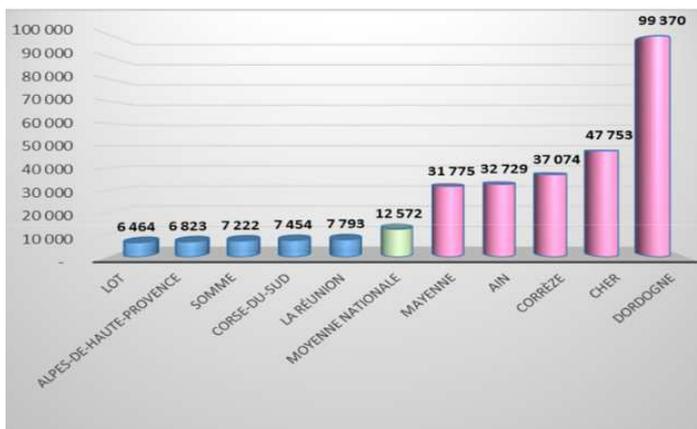
Source : « Les médecins et les personnels de santé scolaire », Cour des comptes, 2020.

NOMBRE D'ÉLÈVES PAR ETP D'INFIRMIERS SCOLAIRES : LES CINQ TAUX LES PLUS FAVORABLES ET LES CINQ TAUX LES PLUS DÉGRADÉS EN 2018



Source : « Les médecins et les personnels de santé scolaire », Cour des comptes, 2020.

NOMBRE D'ÉLÈVES PAR ETP DE MÉDECINS DE L'ÉDUCATION NATIONALE : LES CINQ TAUX LES PLUS FAVORABLES ET LES CINQ TAUX LES PLUS DÉGRADÉS EN 2018



Source : « Les médecins et les personnels de santé scolaire », Cour des comptes, 2020.

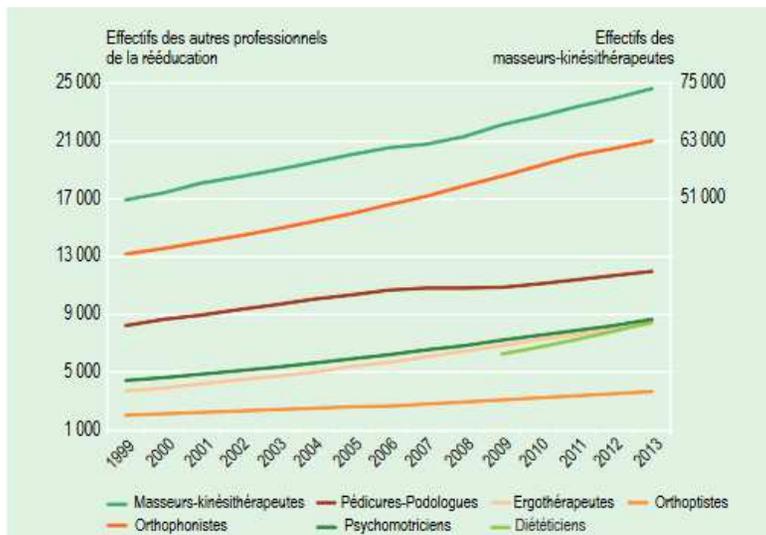
RECRUTEMENTS DES MÉDECINS DE L'ÉDUCATION NATIONALE PAR CONCOURS DEPUIS 2013 (HORS RECRUTEMENTS RÉSERVÉS)

Année	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nb postes offerts	47	47	47	56	150	56	56
Nb postes pourvus	21	18	21	31	18	30	24
% couverture	45 %	38 %	45 %	55 %	12 %	54 %	43 %

Source : « Les médecins et les personnels de santé scolaire », Cour des comptes, 2020.

VIII. LES PROFESSIONNELS DE LA RÉÉDUCATION

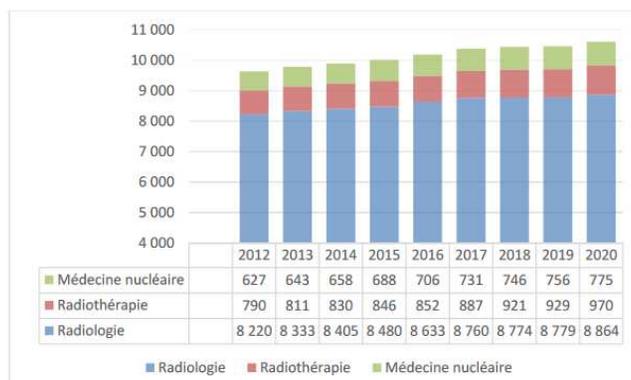
ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES PROFESSIONNELS DE LA RÉÉDUCATION



Source : « Métiers de la rééducation, des professionnels toujours plus nombreux », DREES, 2014.

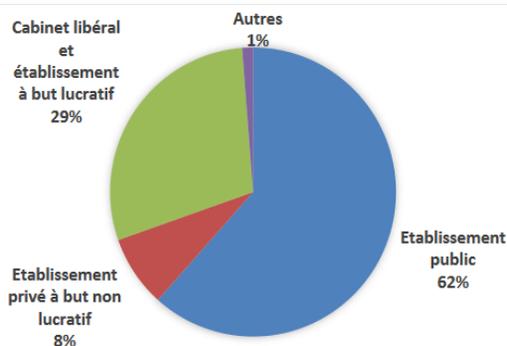
IX. LES PROFESSIONNELS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE ET TECHNIQUE

ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DANS LES DOMAINES D'INTERVENTION DES MANIPULATEURS EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE



Source : « Manipulateur en électroradiologie médicale : un métier en tension, une attractivité à renforcer », IGAS, 2020.

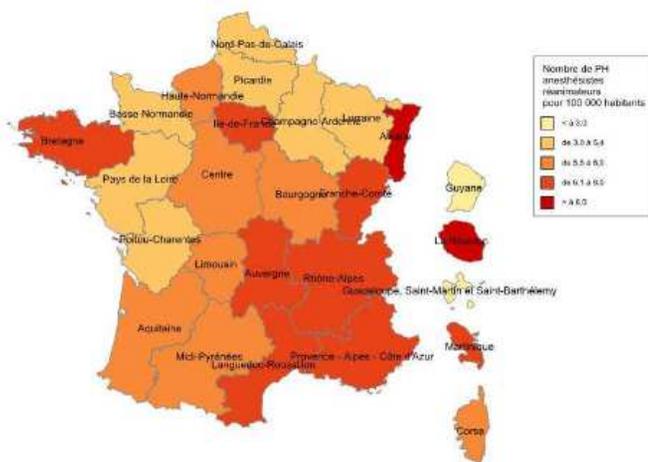
SECTEUR D'ACTIVITÉ DES MANIPULATEURS EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE EN 2020



Source : « Manipulateur en électroradiologie médicale : un métier en tension, une attractivité à renforcer », IGAS, 2020.

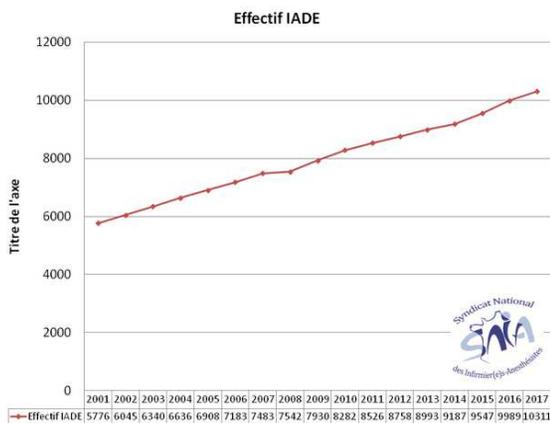
X. LA FILIÈRE ANESTHÉSIE

DENSITÉ DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS EN 2016



Source : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

ÉVOLUTION DE L'FFECTIF D'IADE ENTRE 2001 ET 2017



Source : Syndicat national des infirmier(e)s-anesthésistes.

ANNEXE N° 2 :
LISTE DES TÂCHES QUI POURRAIENT ÊTRE DÉLÉGUÉES AUX
ASSISTANTS DENTAIRES DE NIVEAU II

Liste des tâches déléguées de l'assistant dentaire niveau II, validée en commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation du 25 octobre 2018.

1) Réalisation sous contrôle du praticien d'examens automatisés et soins prescrits

Examens automatisés

- Anamnèse médicale et renseignement du dossier médical
- Anamnèse dentaire : ouverture de dossier avec renseignement du schéma dentaire
- Bilan Hygiène (contrôle de plaque dentaire, test salivaire PST)
- S'assurer du consentement éclairé du patient ou de son représentant

Actes prescrits par le praticien et réalisés par l'assistant(e) dentaire 2

- Actes diagnostiques : réalisations de radiographies (intra-buccales de diagnostic, extra-buccales [panoramique, téléradiographie]), photographies intra et extra orales ;
- Actes prophylactiques : participation au détartrage supragingival et polissage, applications topiques de gels ou de vernis fluorés sur tissus sains, scellement de sillons, aéro-polissage ;
- Actes prothétiques et orthodontiques : nettoyage extra oral des prothèses, remplacement de pansement provisoire, préparation de modèles d'études en plâtre (coulée, taille) + réalisation des gouttières, explications sur la mise en place et l'entretien des prothèses amovibles, suite à la mise en place du praticien ;
- Pour les collages : essayage de gouttières de transfert (pour collage indirect) avant la préparation du collage ; après mise en place et stabilisation de la gouttière de transfert par le praticien, continuité de la polymérisation par l'assistante ;
- Pour les dispositifs fixes : pose de séparateurs ; dépose d'un arc orthodontique ou de ligatures élastomériques ou métalliques, pose d'une protection sur un bracket en cas de blessure (cire ou résine composite fluide) ; démonstration de l'activation d'un vérin disjoncteur + explication en 2^{ème} intention.
- Pour les contentions : essayage de gouttières passives, recommandations ; contrôle de l'intégrité des attelles + recollage éventuel d'un point de colle.

- Soins cosmétiques : éclaircissement externe

2) Assistance opératoire

- Préparation et accompagnement du patient avant / après l'acte opératoire
- Asepsie intra et extra orale
- Surveillance post chirurgicale
- Chirurgie : surveillance de l'hémostase post-chirurgicale, ablation des fils de sutures

3) Suivi du parcours de soins du patient

- Conseils pré, per et post opératoires
- Présentation au patient des plans de traitements définis par le praticien
- Renseignements des devis (après définition des plans de traitement par le Praticien)

Les membres de la CPNEFP précisent que les deux derniers points représentent un renforcement des connaissances.

4) Éducation à la santé buccodentaire et prophylaxie

- Participation à l'éducation à la santé bucco-dentaire (individuelle et collective)
- En externe possibilité d'intervenir dans les EHPAD par exemple et autres foyers d'accueil médicalisés
- Formation des aidants
- Éducation à la santé (liée à une formation et spécialisation du praticien)

Ex : addictions et maladies chroniques, obésité

- Suivi, contrôle et évaluation des séances éducatives

ANNEXE N° 3 : LISTE DES PROTOCOLES NATIONAUX DE COOPÉRATION AUTORISÉS

Domaine et secteur concernés	Intitulé du protocole	Profession du déléguant	Profession du délégué	Date de publication au <i>Journal officiel</i>
MCO/SAU/établissement de santé	Évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences	Médecin	Infirmier	14/12/2019
Cardiologie/établissement de santé	Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé-médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier	Médecin	Infirmier	31/12/2019
Soins non programmés/structure pluri-professionnelle	Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	Médecin	Infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluri-professionnelle	Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	Médecin	Masseur-kinésithérapeute	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluri-professionnelle	Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	Médecin	Infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluri-professionnelle	Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	Médecin	Infirmier/pharmacien d'officine	08/03/2020
Soins non programmés/structure pluri-professionnelle	Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à quatre semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	Médecin	Masseur-kinésithérapeute	08/03/2020

MCO/SAU/établissement de santé	Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin	Médecin	Infirmier	10/03/2020
Soins non programmés/structure pluri-professionnelle	Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	Médecin	Infirmier/pharmacien en d'officine	10/03/2020
Médecine addictologie/établissement de santé	Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences	Médecin	Infirmier	18/06/2020
Neurologie/établissement de santé	Consultation infirmière de suivi des patients atteints de dystrophie myotonique de Steinert (DM1) entre deux consultations multidisciplinaires	Médecin	Infirmier	05/09/2020
Cardiologie/établissement de santé	Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un(e) infirmier(e) associant une prise en charge en présentiel et en télé-médecine	Médecin	Infirmier	09/09/2020
MCO/SAU/établissement de santé	Réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin dans l'ensemble des services MCO notamment en structure d'urgence	Médecin	Infirmier	24/01/2021
Soins non programmés/structure pluri-professionnelle/libéral	ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Gérontologie/libéral	Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Ophtalmologie/structure pluri-professionnelle/libéral	Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et analysé <i>via</i> télé-médecine par un ophtalmologiste	Médecin	Orthoptiste	03/02/2021
Post-mortem/établissement de santé/libéral	Prélèvements de cornées dans le cadre de prélèvements de tissus et/ou de prélèvements multi-organes sur personnes décédées	Médecin chirurgien	Infirmier ou infirmier de bloc opératoire	03/02/2021
Post-mortem/établissement de santé	Prélèvements de peau mince (feuilletts épidermiques) dans le cadre de prélèvements de tissus sur personnes décédées	Médecin chirurgien	Infirmier ou infirmier de bloc opératoire	03/02/2021

Plaies/établissement de santé/réseau	Évaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémédecine	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Ophthalmologie/structure pluri-professionnelle	Réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique par un(e) orthoptiste et/ou infirmier(e) en lieu et place d'un ophtalmologiste	Médecin	Orthoptiste infirmier ou	03/02/2021
MCO/établissement de santé	Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Diabétologie/établissement de santé	Interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation des doses d'insuline de patients atteints de diabète de type 1, de diabète de type 2, ou de diabète gestationnel, par une infirmière en consultation hospitalière en lieu et place du médecin	Médecin	Infirmier	03/02/2021
MCO/établissement de santé	Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Cardiologie/établissement de santé	Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin : enregistrement et pré interprétation des paramètres échocardiographiques trans-thoraciques (ETT) par une infirmière diplômée d'État (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant contrôle et interprétation médicale définitive	Médecin	Infirmier	03/02/2021
MCO/établissement de santé	Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure FibroScan en lieu et place d'un médecin	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Radiologie interventionnelle/établissement de santé	Radiologues interventionnels et manipulateurs en électroradiologie médicale (ERM) pour la pose des PICC-line en salle de radiologie interventionnelle	Médecin	Manipulateur en électroradiologie	03/02/2021
Dépistage/structure pluri-professionnelle	Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Exploration interventionnelle/établissement de santé	Réalisation des manométries œsophagienne, ano-rectale et pHmétrie par des infirmier(e)s du service d'exploration fonctionnelle digestive	Médecin	Infirmier	03/02/2021
Vaccination/établissement de santé	Consultation infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins	Médecin	Infirmier	06/03/2021

Ophthalmologie/structure pluri-professionnelle/libéral	Réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans et analysé <i>via</i> télé-médecine par un ophtalmologiste	Médecin	Orthoptiste	18/03/2021
MCO/établissement de santé	Médecins anesthésistes-réanimateurs et infirmiers diplômés d'État pour la pose de Midline	Médecin (MAR)	Infirmier	18/03/2021
Échographie/établissement de santé	Coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs ERM formés à la réalisation d'actes d'échographie diagnostique et exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine	Médecin	Manipulateur en électroradiologie	30/05/2021
Échographie/structure libérale	Coopération entre médecins radiologues et manipulateurs ERM formés à la réalisation d'actes d'échographie diagnostique et exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine	Médecin	Manipulateur en électroradiologie	30/05/2021
Échographie exploratoire/établissement de santé	Coopération entre médecins radiologues et manipulateurs ERM pour l'acquisition des images et signaux, et la réalisation des mesures, lors des examens d'exploration vasculaire non vulnérante	Médecin	Manipulateur en électroradiologie	30/05/2021

Source : DGOS, au 11 juin 202

ANNEXE N° 4 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- *Audition conjointe*
 - **Conseil national de l'ordre des médecins – Dr François Simon**, président de la section Exercice professionnel, et **M. Francisco Jornet**, directeur des services juridiques
 - **Conseil national de l'ordre des infirmiers – M. Patrick Chamboredon**, président
- **Centre national des professions libérales de santé (CNPS) – Dr François Blanchecotte**, président
- *Table ronde des fédérations hospitalières*
 - **Fédération hospitalière de France (FHF) – Mme Amélie Roux**, responsable du pôle Ressources humaines, et **M. Vincent Roques**, directeur de cabinet
 - **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) (*) – Mme Christine Schibler**, déléguée générale, **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles, **M. Fabien Séguenot**, directeur du pôle social, et **Mme Laurence Mikano**, directrice adjointe du pôle social
 - **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) (*) – M. Antoine Perrin**, directeur général
- **M. Louis-Charles Viossat** et **Mme Françoise Zantman**, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, et **M. Stéphane Elshoud**, membre de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, auteurs du rapport « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations »
- **Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) – M. Éric Trouvé**, président, **M. Théo Brunois**, trésorier, **Mme Marie Brissac**, administratrice, et **M. Nicolas Biard**, directeur technique
- *Table ronde « filières visuelles »*
 - **Académie française de l'ophtalmologie (AFO) – Conseil national professionnel d'ophtalmologie – Pr Béatrice Cochener**, présidente
 - **Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) – Dr Thierry Bour**, président
 - **Fédération nationale des opticiens de France (FNOF) (*) – M. Alain Gerbel**, président, et **M. Hugues Verdier-Davioud**, chargé de mission
 - **Fédération française des étudiants en orthoptie (FFEO) – Mme Lucie Verniquet**, présidente

- **Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)** – **M. Laurent Milstayn**, président, et **Mme Cynthia Lions**, secrétaire générale
- **Syndicat national des centres d’optique mutualistes (Synom)** – **Mme Véronique Bazillaud**, déléguée générale
- *Table ronde des infirmières et infirmiers en pratique avancée (IPA)*
 - **Association nationale française des infirmier.e.s en pratique avancée (ANFIPA)** – **Mme Sophie Chrétien**, présidente
 - **Conseil national professionnel des infirmier.e.s en pratique avancée (CNP IPA)** – **Mme Julie Devictor**, présidente
 - **Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA)** – **Mme Tatiana Henriot**, présidente
- *Table ronde de professionnels de la rééducation*
 - **Syndicat national d’union des psychomotriciens (SNUP)** – **Mme Florence Bronny**, présidente
 - **Fédération française des psychomotriciens (FFP)** – **M. Nicolas Raynal**, secrétaire général
 - **Fédération française des masseurs kinésithérapeutes-rééducateurs (FFMKR)** – **M. Sébastien Guérard**, président, et **M. Laurent Rousseau**, premier secrétaire général
 - **Fédération nationale des orthophonistes (FNO)** – **Mme Anne Dehêtre**, présidente, et **Mme Marie Tabaud-Deboth**, vice-présidente chargée de la promotion de la santé
- *Table ronde de professionnels prothésistes*
 - **Fédération nationale des podologues (FNP) (*)** – **M. Jean-Louis Lafeuillade**, président, et **Mme Dominique Rouland**, vice-présidente
 - **Union française des ortho-prothésistes** – **M. Philippe Izard**, vice-président, **M. Stéphane Brangier**, délégué général, et **M. Michel Rebord**, directeur délégué à l’enseignement supérieur du lycée de La Salle (Alès)
 - **Fédération française des podo-orthésistes (FFPO)** – **M. Hugues Bontemps**, président, **Mme Marielle Dufaure**, déléguée générale, et **M. Olivier Pons**, directeur général de l’Institut supérieur technologique Montplaisir
 - **Syndicat national de l’orthopédie française (SNOF)** – **M. Jacques Fecherolle**, président

- *Table ronde de psychiatres et de psychologues*
 - **Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP) – Dr Bernard Odier**, président
 - **Syndicat des psychiatres français (SPF) – Dr Maurice Bensoussan**, président
 - **Syndicat national des psychologues (SNP) – M. Patrick Ange Raoult**, secrétaire général

- *Table ronde d’infirmiers et d’aides-soignants*
 - **Fédération nationale des associations d’aides-soignants (FNAAS) – M. Guillaume Gontard**, président
 - **Confédération générale du travail (CGT) Fédération Santé et action sociale – M. Pascal Mazet**, membre de la commission exécutive fédérale de la Fédération, et **Mme Annick Picard**, conseillère fédérale
 - **Fédération nationale des infirmiers (FNI) – M. Daniel Guillerm**, président
 - **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI-CFE-CGC) – Mme Virginie Schlier**, présidente

- *Table ronde de professionnels de l’anesthésie :*
 - **Conseil national professionnel d’anesthésie-réanimation – Pr Bertrand Dureuil**, président
 - **Société française d’anesthésie et de réanimation (SFAR) – Pr Pierre Albaladejo**, deuxième vice-président
 - **Syndicat national des anesthésiologistes réanimateurs de France – Dr Étienne Fourquet**, président
 - **SNPHARE – Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi aux autres spécialités – Dr Anne Geffroy-Wernet**, présidente, et **Mme Emmanuelle Durand**, vice-présidente
 - **Syndicat national des infirmiers(e)s-anesthésistes (SNIA) – M. Emmanuel Barbe**, vice-président, et **M. Simon Taland**, secrétaire général
 - **Société française des infirmiers anesthésistes (SOFIA) – M. Arnaud Bassez**, président, et **M. Damien Brault**, secrétaire général
 - **Conseil national professionnel des infirmiers anesthésistes (CNPIA) – M. Jean-Pierre Anthony**, président, et **M. Rémi Ruiz**, personne qualifiée participante ou infirmier anesthésiste

- **France Assos Santé**s – **M. Gérard Raymond**, président, et **M. Alexis Vervialle**, conseiller technique offre de soins

- *Table ronde des filières audio-visuelles*
 - **Rassemblement des opticiens de France (ROF)** – **M. Patrice Camacho**, trésorier, et **M. Nicolas Raynal**, administrateur
 - **Syndicat des audioprothésistes** – **M. Luis Godinho**, président, **M. Brice Jantzen**, vice-président, et **M. Stéphane Gallego**, secrétaire général adjoint
 - **Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)** – **M. Laurent Milstayn**, président

- *Table ronde des métiers de l'assistance médicale et technique*
 - **Association française des techniciens de laboratoire médical (AFTLM)** – **Mme Edwige Caroff**, présidente
 - **Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE)** - **M. Matthieu Caby**, président, et **Mme Béatrice Jamault**, présidente du Comité d'harmonisation des centres de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale (CHCFMEM)
 - **Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN)** – **M. Ghislain Grodard-Humbert**, président

- *Table ronde des infirmiers*
 - **Fédération nationale des infirmiers (FNI)** – **M. Daniel Guillerm**, président
 - **Convergence infirmière (CI)** – **M. Judicaël Feigueux**, trésorier adjoint et **M. Xavier Caloin**, administrateur
 - **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI)** – **M. Thierry Amoureux**, porte-parole
 - **Coordination nationale des infirmiers (CNI)** – **Mme Nathalie Depoire**, ancienne présidente et porte-parole

- *Table ronde des chirurgiens-dentistes et des assistants dentaires*
 - **Association dentaire française** – **M. Joël Trouillet** et **M. Julien Laupie**, secrétaires généraux
 - **Chirurgiens-dentistes de France (CDF)** – **Dr Thierry Soulié**, président
 - **Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL)** – **Dr Marie Biserte**, vice-présidente
 - **Union fédérale des assistants(es) dentaires (UFAD)** – **Mme Dominique Munoz**, présidente

- *Table ronde des infirmiers spécialisés*
 - **Syndicat national des infirmiers de bloc opératoire (Snibo)** – **M. Geoffroy Triboulin**, vice-président
 - **Syndicat national des infirmiers(e)s conseiller(e)s de santé (SNICS-FSU)** – **Mme Carole Pourvendier**, **Mme Sylvie Magne** et **Mme Saphia Guereschi**, secrétaire générale
 - **Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômées et des étudiants** – **Mme Brigitte Prévost-Meslet**, présidente
 - **Syndicat national des infirmiers-anesthésistes (SNIA)** – **M. Christophe Paysant**, président

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Katia Julienne**, directrice générale

- *Audition conjointe*
 - **Conseil national de l'ordre des médecins** – **Dr François Simon**, président de la section Exercice professionnel, et **M. Francisco Jornet**, directeur des services juridiques
 - **Conseil national de l'ordre des infirmiers** – **M. Patrick Chamboredon**, président

- **Ordre des masseurs-kinésithérapeutes** – **Mme Pascale Mathieu**, présidente, **M. Jean-François Dumas**, secrétaire général, et **M. Pierre Degonde**, conseil

- *Table ronde sur les enfants*
 - **Syndicat national des médecins de la protection maternelle et infantile (SNMPMI)** – **Dr Pierre Suesser**, coprésident
 - **Association nationale des puéricultrices/teurs et des étudiants (ANDPE)** – **Mme Brigitte Prévost-Meslet**, présidente
 - **Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU-UNSA)** – **Dr Claudine Némausat**, cosecraire générale
 - **Syndicat national des pédiatres français (SNPF)** – **Dr Jean-François Pujol**, secrétaire général
 - **Fédération nationale des orthophonistes (FNO)** – **Mme Anne Dehêtre**, présidente

- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS) – M. Nicolas Labrune**, sous-directeur du financement du système de santé, **M. Timothée Mantz**, adjoint au sous-directeur du financement du système de santé, et **M. Emmanuel Frère-Lecoutre**, chef de bureau relations avec les professions de santé

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*