

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête relative à l'organisation du système de santé et aux difficultés d'accès aux soins

- Table ronde ouverte à la presse, réunissant des syndicats de professionnels paramédicaux : M. Daniel GUILLERM, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI), Mme Ghislaine SICRE, présidente de Convergence infirmière (CI), M. John PINTE, président du syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL), Mme Diane BRACCAGNI DESOBEAU, présidente de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) et M. Philippe BESSET, président de la Fédération des pharmaciens de France.. 2
- Présences en réunion 13

Mardi
13 mai 2025
Séance de 17 heures

Compte rendu n°11

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

**Présidence de
M. Jean-François Rousset,
Président**



La séance commence à dix-sept heures cinq.

M. le président Jean-François Rousset. Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à notre invitation à cette table ronde des syndicats des professions paramédicales. L'actualité des débats qui nous rassemblent est évidente.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous prie de lever la main droite et de dire « je le jure ».

(M. Daniel Guillerm, Mme Ghislaine Sicre, M. John Pinte, Mme Diane Braccagni Desobeau et M. Philippe Besset prêtent successivement serment.)

M. Philippe Besset, président de la Fédération des pharmaciens de France. Simple précision : le code de la santé publique distingue les professions médicales, les professions paramédicales et les professions de la pharmacie et de la physique médicale. Les pharmaciens d'officine, que je représente ici, n'exercent donc pas à proprement parler une profession paramédicale.

Cette profession a profondément évolué depuis la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), qui a inscrit les missions du pharmacien dans le code de la santé publique. Jusqu'alors, le pharmacien était considéré comme un acteur de la chaîne du médicament ; depuis, c'est un professionnel de santé.

Le mode de rémunération des pharmaciens a fait l'objet d'une réforme systémique. Désormais, cette rémunération ne repose plus sur les marges mais sur des honoraires, à l'instar des autres professionnels de santé. Les 4 milliards d'euros de marges que nous tirions de la vente des médicaments ont été transférés vers le système conventionnel, pour financer les honoraires de délivrance des médicaments, ce qui a permis d'en diminuer le prix. Les médicaments et la prestation du pharmacien d'officine donnent donc désormais lieu à deux factures distinctes.

Les missions du pharmacien ont aussi évolué. Notamment à la suite de l'épidémie de covid, il s'est emparé de missions de santé publique, souvent en matière de prévention – notamment des vaccinations et des dépistages –, mais également en matière de suivi et d'accompagnement des traitements, en collaboration avec le médecin. Depuis juillet 2024, la loi nous autorise à prendre directement en charge les angines et les infections urinaires en officine, en suivant des protocoles émis par la Haute Autorité de santé.

Enfin, le Sénat examine actuellement la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires de M. Philippe Mouiller, qui tend à étendre encore le champ d'action des pharmaciens.

Mme Diane Braccagni Desobeau, présidente de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux. Mon organisation souhaite partager avec vous les témoignages des infirmières libérales, qui sont indissociables des difficultés d'accès aux soins de leurs patients.

Pour ma part, j'exerce depuis vingt ans en Eure-et-Loir, dans une région très sous-dotée.

Les 100 000 infirmières libérales que compte notre pays interviennent pour plus de 90 % d'entre elles à domicile, en étroite collaboration avec le pharmacien et le médecin traitant. En France, 1,5 million de personnes vivent seules à domicile.

En ville, on compte sur les professionnelles de santé que nous sommes pour intervenir dans des domaines très variés, tels que les soins palliatifs, les maladies chroniques, les sorties d'hospitalisation, mais aussi la prévention, la coordination, l'éducation thérapeutique, afin de participer à l'optimisation du parcours de soins du patient. Les infirmières libérales alertent, orientent vers d'autres professionnels de santé, le cas échéant. Elles ont toujours répondu présentes pour ces nombreux défis. Il faudra s'appuyer sur elles, au vu du vieillissement prévu de la population – le nombre de personnes âgées dépendantes doit passer de 1,3 à 3 millions d'ici à 2030 – et de la multiplication des pathologies chroniques évolutives, qui concernaient 15 % de la population active en 2019 contre 25 % désormais.

Les infirmières libérales travaillent essentiellement en cabinet, afin d'assurer la continuité des soins, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. Elles participent à la mission de service public de permanence des soins.

Notre profession est répartie de manière satisfaisante sur tout le territoire français depuis la régulation de l'installation, il y a plus de vingt ans, même s'il subsiste des zones sous-dotées et des zones surdotées.

Ces atouts ne sont pas suffisamment exploités, en partie à cause de l'obligation d'obtention d'une prescription médicale avant toute intervention, y compris pour les actes qui entrent dans le domaine de compétence des infirmières – c'est-à-dire leur rôle propre, inscrit dans le code de la santé publique. Cela conduit à des passages aux urgences évitables, ou à des prises en charge tardives, qui causent des dépenses inutiles et une perte de chances pour les patients.

L'adoption de la proposition de loi sur la profession d'infirmier doit être saluée. Elle permettra de mieux reconnaître le rôle de l'infirmière libérale et d'accroître son autonomie, dans un cadre sécurisé, avec la création de la consultation infirmière et la reconnaissance du diagnostic infirmier.

Cependant, la profession demande unanimement la rapide revalorisation des actes infirmiers. Nous vivons le blocage du tarif des AMI (actes médicaux infirmiers) depuis seize ans comme un désaveu, qui nous démotive. De plus en plus d'infirmières quittent le métier pour se reconvertir. Il faudrait objectiver dans une étude le nombre de fermetures de cabinet d'infirmière libérale dans les déserts médicaux, car c'est selon moi un phénomène inquiétant.

Alors que la demande de soins de la population française augmente, investir dans les quelque 100 000 infirmières libérales de France n'est pas une option, mais une urgence. Dans les structures, certains services sont fermés, faute de soignants. L'offre de ville connaîtra-t-elle le même scénario ?

L'âge moyen des infirmières libérales augmente. Le métier n'est plus attractif ; 42 % des étudiants en soins infirmiers souhaitent abandonner leurs études. Une fois que les infirmières en exercice auront quitté le métier, il sera très coûteux de les faire revenir.

Un budget pluriannuel de financement du système de santé, tel que proposé par le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins, serait une très bonne chose. Toutefois, ce budget pluriannuel devra être complété par un plan concernant les ressources humaines. Nous ne pourrions satisfaire la demande croissante de soins si nous continuons à repousser la nécessaire revalorisation de la rémunération des infirmières. Les bénéfices des infirmières diminuent, à cause du gel du tarif des lettres clés. Une infirmière qui se déplace à domicile pour

une prise de sang gagne 8,58 euros brut, déplacement compris, soit 3,43 euros net. Comment s'étonner que certaines infirmières libérales déclinent ces demandes de soins, alors que leur rémunération est inférieure au seuil de rentabilité ?

De nouveaux déserts sanitaires menacent d'apparaître. Les infirmières libérales ne peuvent être l'éternelle variable d'ajustement des recherches d'économies. Le destin du patient et celui de l'infirmière sont liés. Ignorer les besoins de l'un pour satisfaire les besoins de l'autre est voué à l'échec.

M. John Pinte, président du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux. Les effectifs des infirmiers libéraux, que je représente, ont crû de manière constante pendant plus de vingt ans, à un rythme annuel oscillant entre 3,5 et 4 %. Puis ils ont stagné en 2021 et 2022. En 2023, ils ont baissé, quoique de manière faible. Notre pays compte actuellement près de 99 500 infirmiers libéraux conventionnés, auxquels il faut ajouter les remplaçants. Cette diminution récente est inquiétante, alors que, à l'heure du virage ambulatoire, le vieillissement de la population et la multiplication des pathologies chroniques conduiront à davantage de prises en charge à domicile. Il est urgent d'agir.

Notre profession a été mobilisée au cours des dernières années pour résoudre les problèmes du système de santé, mais sans cohérence. Nous sommes donc globalement satisfaits de la réforme du métier prévue par la proposition de loi sur la profession d'infirmier. Elle permettra de redonner du sens au métier et de développer nos compétences pour assurer l'avenir des prises en charge. Les soins techniques ont évolué et ont, dans certains cas, perdu en fréquence, si bien qu'actuellement, une partie des compétences des infirmiers n'est pas suffisamment utilisée. La proposition de loi y remédiera, en remettant en avant l'expertise infirmière et en inscrivant la consultation infirmière en accès direct dans le rôle propre des infirmiers. Cela pourrait permettre de stabiliser les effectifs, voire d'attirer davantage de professionnels.

Actuellement, beaucoup d'étudiants abandonnent leurs études d'infirmier à cause de la densité de la formation, ainsi que de la mauvaise qualité de l'accueil dans les lieux de stage et de l'encadrement. Pour cette raison, la proposition de loi tend également à confier aux infirmiers une mission d'accompagnement des étudiants, ce qui permettra d'ouvrir davantage de terrains de stage dans les cabinets libéraux et de mieux encadrer les étudiants.

Il faut faire rêver les futurs professionnels. Or ceux actuellement en poste sont démotivés et font face à des perspectives peu encourageantes, au vu des conditions de travail en ville et à l'hôpital. Nous comptons sur ce texte pour y remédier.

Une revalorisation de l'exercice libéral est également nécessaire. Entre 2019 et 2021, le chiffre d'affaires des infirmiers a augmenté, grâce à certaines mesures de l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, mais aussi à cause de la crise sanitaire. Il a stagné les années suivantes puis a commencé à diminuer en 2023. Surtout, les bénéfices des infirmiers ont fortement diminué, de 6,4 % en 2022. L'impact de l'inflation est important.

Mme Ghislaine Sicre, présidente de Convergence infirmière. Pas moins de 6 millions de Françaises et de Français n'ont pas accès à un médecin généraliste. La population vieillit : en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans en France. Le nombre de maladies dégénératives et chroniques est amené à augmenter de manière exponentielle. Le rôle des 100 000 infirmiers libéraux qui maillent tout le territoire national deviendra crucial.

Malgré cela, la profession reste profondément en souffrance. Désabusée, elle ne se sent ni reconnue, ni suffisamment rémunérée. Le turnover est important, notamment à cause d'abandons au profit d'autres métiers. Le sens du métier s'étirole, en raison de la pression, du manque de temps, de l'augmentation des heures travaillées, de la pénibilité du travail, du degré

d'exigence des patients et de leurs familles et de la charge mentale amplifiée par la désertification médicale. La baisse de la rémunération des actes est invisible car les infirmiers maintiennent leur chiffre d'affaires en travaillant davantage.

Les infirmières sont un acteur majeur de la prise en charge à domicile des personnes dépendantes ou ayant subi une chirurgie en ambulatoire – dont le nombre a crû de plus de 20 % depuis 2021 –, du suivi des patients affectés d'une maladie chronique ou d'un cancer, et des soins palliatifs, jusqu'au décès.

Chaque jour, les infirmières prennent en charge 2,5 millions de patients. Ce n'est pas rien. Un article paru en février 2024 dans l'*International Journal of Nursing Studies* démontre encore une fois le lien entre sous-effectif infirmier et surmortalité. Le décret de compétences des infirmiers leur assigne, notamment dans le cadre de leur rôle propre, de nombreuses missions – telles que la prévention, l'éducation, la promotion de la santé, l'organisation et la coordination des interventions soignantes – qui, alors qu'elles permettent d'éviter les complications et les hospitalisations, ne sont pas reconnues dans la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels).

Il est temps d'œuvrer pour redonner du sens au métier. La proposition de loi sur la profession d'infirmier permettra de valoriser le rôle propre des infirmiers, notamment en instaurant une consultation infirmière et en étendant le champ des diagnostics infirmiers – actuellement au nombre de 267, ceux-ci n'ont rien à voir avec des diagnostics médicaux.

En structure, l'infirmière joue un rôle de pivot, d'organisatrice des prises en charge. Alors que les infirmières libérales effectuent les mêmes missions à domicile, ce travail n'est pas reconnu. C'est dommage. Il faudrait s'appuyer davantage sur elles.

Il faut transformer le système de soins en visant une santé globale pour tous. Une prise en charge holistique de la santé pourrait être développée grâce à des actions de prévention et d'éducation. L'infirmière libérale exercerait ainsi ce rôle pivot. Elle se coordonne déjà régulièrement avec le médecin traitant pour éviter les complications, les hospitalisations. Il est rare qu'elle n'appelle pas un médecin traitant pendant la journée ou la semaine.

Il faut permettre aux infirmières et aux infirmiers libéraux de travailler en autonomie pour identifier les besoins du patient dans son environnement, pour coconstruire avec le patient un plan d'action de soins ou de prévention, qui doit pouvoir être évalué, clos, amélioré ou poursuivi selon les besoins. L'infirmière a toutes les capacités pour exercer ce rôle, mais n'est pas reconnue pour l'exercer. C'est bien dommage.

L'État doit reconnaître le jugement clinique infirmier, fondé sur des diagnostics, la capacité d'évaluer l'état de santé du patient à l'instant T et son adaptation à son environnement. Or il méconnaît le rôle de l'infirmier, le travail que celui-ci accomplit dans son domaine d'exercice.

Les infirmiers et les infirmières libéraux prennent en charge le malade de façon holistique et l'accompagnent à travers l'éducation en santé, pour améliorer sa prise en charge, grâce aux diagnostics infirmiers. Le médecin, lui, prend en charge la pathologie du patient et élabore le diagnostic médical. Ces deux professions travaillent donc en complémentarité pour maintenir la santé du patient.

Dans les déserts médicaux, il serait possible de s'appuyer sur les infirmières libérales et la télémédecine, pour accompagner ceux et celles qui n'ont plus accès à un médecin traitant. Il faudrait également permettre aux infirmières de renouveler certaines ordonnances, comme cela a été possible pendant la crise du covid. Par exemple, il ne devrait pas être nécessaire de passer par un médecin pour renouveler l'ordonnance de dépendance, valable

pendant un an. Une fois l'année écoulée, le malade reste dépendant ! Les modalités actuelles de renouvellement font perdre du temps au médecin. Les exemples de ce type sont nombreux. Il faut travailler sur ce point pour améliorer l'accès aux soins.

M. Daniel Guillerm, président de la Fédération nationale des infirmiers. Cette audition a lieu dans un contexte inédit, alors que la proposition de loi sur la profession d'infirmier a été adoptée à l'unanimité par les deux chambres. Nous attendons de connaître la date de la réunion de la commission mixte paritaire, en espérant que la trajectoire inscrite par les deux chambres sera respectée.

Le choix d'examiner ce texte en procédure accélérée n'est pas neutre. Notre système souffre. Nous attendons, à l'issue de son adoption, une batterie de textes réglementaires, notamment le décret précisant les missions et définissant le référentiel d'activités et de compétences de la profession, ainsi que l'arrêt énumérant les actes autorisés. Enfin, la réforme de la formation infirmière devrait entrer en application dès septembre 2026. Ce contexte historique fait naître de fortes attentes, tant du côté de la profession que du côté du législateur et de la technostructure.

La proposition de loi sur la profession d'infirmier ne répond pas à la question des déserts médicaux à proprement parler. Elle est d'abord une valorisation de la profession et une reconnaissance de son expertise. Elle permettra toutefois d'augmenter le nombre de *gatekeepers* – portiers – du système de santé. Jusqu'à présent, c'était quasiment toujours un médecin, notamment le médecin traitant. Cela pourra être désormais des infirmières, notamment libérales.

Notre profession est souvent confrontée à une injonction paradoxale. La stratégie nationale de santé préconise le virage ambulatoire et l'approche domiciliaire. Les associations de patients plébiscitent le maintien à domicile des patients. Or nous constatons avec amertume que les fléchages budgétaires ne suivent pas. Le Ségur de la santé, qui s'est tenu après la crise sanitaire, a prévu plus de 20 milliards d'euros pour l'hôpital, mais seulement 300 millions d'euros pour la ville, avec un fléchage centré sur les médecins.

Pour les structures de ville, notamment le secteur libéral, le contexte est inquiétant. La courbe des primo-installations et celle des cessations d'activité se croisent, la première baissant, la deuxième montant. Nous craignons des trous dans la démographie infirmière, notamment dans les déserts médicaux.

Notre objectif, pour la négociation conventionnelle, est d'accroître l'attractivité du statut d'infirmier. Il faudra revaloriser les tarifs et simplifier les démarches administratives. La Cnam (Caisse nationale de l'assurance maladie) doit cesser le harcèlement administratif – je pèse mes mots – des infirmiers, car la gestion du risque, de médicale, est devenue purement administrative. Il faut également ouvrir aux infirmiers des perspectives, tout en prenant en compte le fait que l'argent magique n'existe pas. Ces négociations seront peut-être décevantes. Vous pouvez en tout cas compter sur les organisations représentatives pour qu'elles le soient le moins possible.

Le ministère de la santé et Matignon indiquent qu'une enveloppe – dont nous ne connaissons pas le montant – a été budgétée dans l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) pour 2025. Mais nous savons pertinemment qu'elle ne suffira pas au rattrapage attendu par la profession et qu'il faudra une nouvelle enveloppe pour 2026.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Je salue le travail des infirmières et des infirmiers libéraux. Nos concitoyens reconnaissent à juste titre leur expertise.

Selon vous, quels actes devraient être revalorisés en priorité et à quel niveau ?

Alors qu'à sa création, le métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) avait suscité un certain enthousiasme, son attractivité diminue. Pourquoi et comment redonner envie aux infirmiers de suivre les deux années de formation nécessaires pour obtenir ce diplôme ?

M. Daniel Guillerm, président de la Fédération nationale des infirmiers. Il faut revaloriser en priorité les actes liés aux contraintes lourdes qui s'imposent à la profession. Dans le code de la santé publique, nous sommes l'une des seules professions soumises à l'obligation d'assurer la continuité des soins – celle-ci est d'ailleurs également inscrite dans notre code de déontologie. Quand un infirmier prend en charge un patient, dépendant ou non, la prise en charge ne peut être interrompue le dimanche, les jours fériés ou parce qu'il fera bientôt nuit. Elle doit être maintenue tous les jours de l'année, y compris la nuit, si c'est nécessaire. C'est une contrainte plus lourde que la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Nous l'assumons notamment en nous associant entre praticiens au sein des cabinets, afin de nous répartir les tournées et les roulements. Cette organisation se développe depuis vingt-cinq ans.

Un acte en particulier devrait être revalorisé, en tenant compte des enjeux de santé publique : la prise en charge des patients lourdement dépendants à domicile. Leur nombre est amené à exploser et les associations plébiscitent le maintien à domicile. Encore faut-il que les actes qui le permettent soient suffisamment attractifs pour être réalisés par le secteur libéral infirmier. Actuellement, ce n'est clairement pas le cas.

Deuxièmement, les actes participant à la continuité des soins devraient également être revalorisés, car cet aspect n'est absolument pas pris en compte dans les tarifs conventionnels. C'est notamment le cas de l'indemnité de nuit, qui s'élève à 9,15 euros depuis au moins 1986, date à laquelle j'ai commencé mon activité en libéral. J'ajoute d'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit dans nos réponses écrites à votre questionnaire, qu'il sera nécessaire d'aborder la question des remplacements car, dans le cas contraire, plus aucun cabinet libéral ne pourra contribuer à la continuité des soins.

S'agissant des IPA, au risque de jeter une pierre dans votre jardin, le texte que vous avez voté nous laisse au milieu du gué, dans la mesure où la pratique avancée a été placée sous tutelle médicale. Il n'y aurait pas eu de problème si cette nouvelle profession était restée cantonnée aux établissements. Un statut libéral a été créé *ex nihilo*, mais nous n'avons pas été maîtres du jeu lors de la négociation des textes conventionnels afférents.

De fait, la capacité des infirmières en pratique avancée de créer leur patientèle dépend des médecins. S'ils jouent le jeu, il n'y a pas de problème, mais ce n'est pas toujours le cas. Et si les IPA souffrent d'une mauvaise rémunération, c'est en raison de ce péché originel, si je puis présenter les choses ainsi. Il aurait fallu intégrer dès le départ les soins de ville et ne pas instaurer une tutelle médicale, sachant que, j'y insiste, la pratique avancée devrait bénéficier de tarifs plus élevés.

Mme Ghislaine Sicre. Les infirmières attendent une revalorisation de l'acte médical infirmier (AMI) qui, au regard de l'inflation, devrait atteindre 3,96 euros. Nous savons bien que les enveloppes ne sont pas extensibles, aussi ce point peut-il être discuté, mais, d'une manière générale, les professionnels demandent une revalorisation des actes du quotidien.

La pose d'un pansement, par exemple, est valorisée à 6,30 euros depuis 2009, ce qui est scandaleux. Il en va de même de l'injection et du prélèvement, dont le coût respectif est fixé à 4,50 et 6,075 euros depuis 2012. Il s'agit d'actes techniques, qui peuvent prendre beaucoup de temps, sachant que l'infirmière doit ensuite déposer les échantillons au laboratoire, ce qui est chronophage alors même qu'elle court après les actes, tant elle est peu payée.

Les prises en charge les plus lourdes, dont vient de parler Daniel Guillerm, sont holistiques et également trop peu valorisées, tout comme les actes associés. Les dialyses

péritonéales, par exemple, ne peuvent être facturées en raison du bilan de soins infirmiers (BSI), qui fait l'objet d'un forfait journalier. Avant, avec les actes infirmiers de soins (AIS), après un premier passage chez le patient, nous pouvions comptabiliser ces dialyses séparément, mais ce n'est plus le cas. C'est une perte de pouvoir d'achat pour les infirmiers à laquelle il faudra absolument remédier. Et je pourrais également citer d'autres actes associés, tels que les sondages évacuateurs ou l'alimentation entérale, qui ne sont pas davantage comptabilisés alors qu'ils sont très réguliers dès lors que nous avons un patient qui en a besoin : je sais de quoi je parle.

Quant aux IPA, mon collègue l'a dit, le métier n'attire pas en raison de la tutelle des médecins. J'ajoute qu'il n'existe pas d'aides pour les professionnels qui veulent accéder à ce statut. Comment font-ils alors qu'ils n'ont pas de revenus pendant la formation et qu'ils doivent même s'acquitter de leurs cotisations et de leurs charges pour l'année antérieure ? Enfin, on parle beaucoup des IPA, mais il n'y en a que 2 367 au total, dont seulement 400 en libéral, ce qui est très peu.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. C'est tout de même un métier jeune.

M. John Pinte. Je rejoins pleinement ce qui vient d'être dit au sujet des IPA. D'emblée, nous avons créé un métier précaire, dans la mesure où ils dépendent de la bonne volonté des médecins. Même si les infirmiers concernés parviennent à développer leur activité, ils sont susceptibles de la perdre si les médecins de leur secteur partent en retraite ou changent de zone et que leurs remplaçants, s'il y en a, ne veulent pas travailler de cette manière.

C'est une caractéristique de notre système : les métiers comme celui d'IPA sont toujours créés en fonction de ce que les médecins pourront déléguer. Il faut arrêter avec cette manière de faire. Les IPA ont été formés pendant deux ans : nous devons leur faire confiance – ce qui semble se dessiner – et leur accorder un accès direct aux patients. Nous avons perdu plusieurs années parce que ce n'était pas le cas, ce qui a nui à l'attractivité du métier. Le problème de la confiance vis-à-vis des infirmiers est d'ailleurs général, ce qui est dramatique et dommageable pour l'avenir. Espérons que les réformes en cours y remédieront.

Pour ce qui est de la rémunération, comme mes collègues, j'insisterai sur les patients lourds, polyhandicapés et sur les soins palliatifs. Nous le savons pertinemment : certains infirmiers refusent désormais ce type de patients, faute d'une rémunération suffisante. Il y a donc un besoin urgent de revaloriser les actes les plus lourds.

De même, les actes les plus courants doivent également être mieux payés. Certains ont été revalorisés au fil des années, mais d'autres ne l'ont pas été depuis longtemps. Pendant la crise sanitaire, certains actes moins techniques ont été correctement valorisés, mais maintenant qu'ils ne sont plus pratiqués, la facturation des actes les plus courants, comme les prises de sang ou les injections, paraît d'autant plus dérisoire. Conjugée à l'inflation, la crise du covid a accentué les tensions dans la profession.

Un phénomène est particulièrement inquiétant : plus les infirmiers réalisent des soins techniques – plutôt que de prendre en charge des patients dépendants –, moins leur chiffre d'affaires est important. Je répète donc qu'il est urgent de revaloriser ces actes, sous peine de voir la situation dans les déserts médicaux s'aggraver.

S'agissant de la démographie, si des aides à l'installation et au maintien de l'activité ont été créées à destination des zones sous-dotées, celles-ci sont insuffisantes car, souvent, les infirmiers concernés ne génèrent pas un chiffre d'affaires élevé, en raison, justement, de leur patientèle peu élevée. Or si l'activité du professionnel n'est pas assez importante, il aura tendance à se tourner vers des territoires où elle le sera. Les aides peuvent atteindre 27 000 euros

sur trois ans, mais elles baissent ensuite à 3 000 euros par an, ce qui peut ne pas être suffisant en cas de faible chiffre d'affaires. C'est un autre levier à considérer.

Mme Diane Braccagni Desobeau. Je suis entièrement d'accord avec tout ce qui vient d'être dit, même si je prendrai le problème à l'envers. Il faut satisfaire la demande de soins. Elle n'est pas le fruit des caprices de la patientèle : ces soins ont trait à des pathologies chroniques et au vieillissement général de la population. Or nous ne parviendrons pas à prendre toutes les personnes en charge si la démographie infirmière diminue à cause d'un acte de base fixé à 3,15 euros. Les patients iront aux urgences, seront hospitalisés, souffriront de pathologies décompensées, voire verront leur pronostic vital engagé.

Voilà pourquoi il faut revaloriser l'AMI, bloqué depuis seize ans, à un niveau digne et pourquoi il faut permettre aux infirmières de procéder à des prises en charge précoces. Elles peuvent en effet utilement adresser les patients aux médecins. Pourquoi devrions-nous accorder une priorité aux patients dépendants, au détriment, par exemple, de ceux qui ont besoin d'un pansement, car ils risquent une amputation ou qu'ils ont un pied diabétique ? Tous les malades sont précieux et méritent un égal accès aux soins. Nous demander de choisir est contraire à notre métier.

En conclusion, il faudrait se polariser sur les actes qui, désormais, rebutent les infirmières. Elles sont de véritables cheffes d'entreprise et vous ne pouvez pas leur demander de travailler à perte, ce qui finit pourtant par arriver avec un AMI à 3,15 euros. J'ajoute qu'il faudra aussi se pencher sur la question de l'accès et du stationnement en centre-ville. Certaines municipalités infligent des contraventions aux infirmières, ce qui est surréaliste, surtout à l'heure des déserts médicaux et du manque d'accès aux soins.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Dans le questionnaire que nous vous avons envoyé, nous vous demandions justement s'il convenait de réformer, voire d'abroger les protocoles d'organisation entre les médecins et les IPA. En effet, un audit flash publié par la Cour des comptes en juillet 2023 indique qu'avec un tel dispositif, « le médecin est à même de réduire très fortement le cadre d'exercice des IPA ». N'hésitez donc pas à faire part de vos remarques à ce sujet.

J'aimerais également connaître votre avis à tous sur une possible participation obligatoire des médecins et des infirmiers libéraux à la permanence des soins. Une telle mesure serait-elle utile ?

Au cours des différentes auditions et rencontres que j'ai eues, l'exemple du pansement a été le plus cité. J'ai aussi entendu vos remarques relatives aux actes lourds qui, de fait, représentent une charge supplémentaire dans le quotidien des infirmières et infirmiers.

Par ailleurs, je souhaiterais avoir un état des lieux des pharmacies dans notre pays. Le nombre d'officines baisse alors que, comme vous l'avez très bien dit, monsieur Besset, les pharmaciens jouent un rôle incontournable en matière de permanence des soins.

Enfin, quels nouveaux actes pourraient être confiés aux pharmaciens et aux infirmiers libéraux, de manière à libérer du temps pour les médecins libéraux ? Les compétences de ces deux professions ont progressé ces dernières années. Peut-on aller plus loin et, si oui, dans quels domaines précis ?

M. Philippe Besset. Tout d'abord, il importe de distinguer les officines de pharmacie des professionnels de santé qui travaillent en leur sein, c'est-à-dire les pharmaciens et les préparateurs. Car si on entend souvent que l'installation des pharmaciens est réglementée, c'est en réalité l'implantation des lieux d'exercice qui l'est.

En moyenne, cinq à six professionnels travaillent dans une officine. Sauf erreur de ma part – qui, j’espère, ne serait pas considérée comme un parjure –, nous sommes passés de 24 000 à 20 000 officines entre 2007, qui fut l’année record, et 2024. Environ 4 000 pharmacies ont donc fermé, soit entre 200 et 300 par an, ce qui devrait être de nouveau le cas cette année. Cependant, le nombre de professionnels travaillant dans les 20 000 pharmacies restantes a, lui, augmenté, passant de 130 000 à 150 000 entre 2007 et 2025. Plus de monde travaille ainsi dans des officines de plus grande taille et proposant davantage d’actes et de services. Ces évolutions ont permis de réaliser des économies d’échelle, l’assurance maladie ayant fortement comprimé les ressources du réseau officinal.

Cela étant, 5 000 communes ne comptent qu’une seule officine. Nous avons insisté, lors de la négociation de la dernière convention avec l’assurance maladie, sur le fait que celles-ci ne devaient pas fermer. En effet, ce n’est pas la même chose de passer de deux à une pharmacie que de passer d’une à zéro – ou encore, dans le cas de Paris, de passer de 800 à 600. Des dispositions spécifiques ont été prises, à l’instar de celles relatives aux hôpitaux de proximité, pour que le paiement à l’acte, lorsqu’il ne génère pas des revenus suffisants, soit complété par une aide au titre de la mission de service public exercée par certaines officines. En définitive, on peut dire que le réseau souffre. Même si certaines pharmacies se portent bien, cette segmentation est inquiétante pour l’accès aux soins d’une partie de la population.

S’agissant de la participation des pharmaciens à la permanence des soins, qui est obligatoire, la loi prévoit qu’il revient aux organisations professionnelles, c’est-à-dire aux syndicats – que je représente –, de l’organiser. Cette mission de service public nous est donc déléguée.

À cet égard, n’oublions pas qu’une officine est immobile. En effet, si un médecin peut assurer une permanence ailleurs que dans son cabinet, ce n’est pas le cas d’un pharmacien – sachant qu’il est également impossible de faire travailler un pharmacien dans une autre officine que la sienne, car il ne saurait pas de quelle manière les médicaments sont rangés. C’est un problème, car nous voudrions que le pharmacien exerce à côté du médecin. Dans un secteur de garde qui compte une quinzaine de pharmacies, par exemple, un patient devra ainsi souvent parcourir cinq ou dix kilomètres pour récupérer des médicaments après avoir vu un médecin.

Nous nous sommes entendus avec l’assurance maladie autour de l’établissement de 1 150 secteurs de permanence de soins la nuit et de 1 450 secteurs le dimanche et les jours fériés. Nous suivons cet aspect de manière précise, avec une cartographie, et nous avons créé des centres d’appels. D’une manière générale, je reçois peu de remarques à ce sujet.

Nous nous sommes organisés seuls, sans budget spécifique, alors que cette organisation demande des moyens. Ce sont les pharmaciens syndiqués et les patients, en utilisant le serveur d’appel destiné à alimenter le système, qui payent. Nous avons recommandé de revoir ce fonctionnement, les autres possibilités étant de mettre à contribution tous les pharmaciens, y compris ceux qui ne sont pas syndiqués, ainsi que l’ensemble des assurés sociaux, et pas que les malades contraints d’utiliser le serveur d’appel. Nous sommes disponibles pour en discuter.

La question de la régulation devrait également être abordée, car les demandes des patients ne correspondent pas toujours à un besoin urgent de soins. Depuis trente ans que je travaille, j’ai successivement connu l’obligation de garde des médecins, l’absence totale de garde, puis la création d’une maison médicale de garde, où des praticiens font des gardes de nuit. Dans le premier cas, les médecins assuraient la régulation et les pharmaciens étaient de temps en temps dérangés la nuit pour des médicaments. Dans le deuxième, puisqu’il n’y avait plus de gardes, je n’étais logiquement jamais dérangé, sauf quand des patients sortaient de l’hôpital de Carcassonne, le plus proche de ma commune. Et dans le troisième, jusqu’à minuit,

c'est comme si je n'avais pas fermé. La collectivité paye ainsi 60 euros, en plus du défraiement de garde, la prestation d'un médecin pour des gens qui, parce que ça les arrange ou qu'ils considèrent qu'ils peuvent y aller la nuit, ne sont pas allés consulter pendant la journée. Je ne suis pas sûr que ce soit un bon système, car la permanence de soins, pour des raisons budgétaires, doit répondre aux besoins urgents et non à des besoins contingents de la population. Cela coûte trois fois plus cher de consulter un médecin de garde.

S'agissant enfin des actes, une officine en réalise en moyenne un peu moins de 200 par jour ; principalement des délivrances de médicaments. Pendant les deux années de crise sanitaire, on nous a demandé de faire des dépistages et des vaccinations, ce qui a représenté en moyenne vingt actes supplémentaires par jour. Cela a mis le réseau sous tension. Il s'agit du maximum que les 150 000 professionnels de santé peuvent réaliser. Le covid étant derrière nous, nous ne faisons plus ces actes supplémentaires, en remplacement de quoi nous réalisons, par semaine et en moyenne sur l'année, quatre à cinq dépistages d'angine et de cystite, ainsi qu'une dizaine de vaccinations contre la grippe. Nous pourrions donc effectuer des actes supplémentaires. Cela requiert toujours la formation des professionnels et l'engagement des pharmacies. Il faut donc que le besoin soit réel, mais nous sommes disponibles. C'est d'ailleurs le sens de la proposition de loi actuellement examinée au Sénat, à propos de laquelle je serai à votre disposition lorsque l'Assemblée s'en saisira.

M. Daniel Guillerm. La Fédération nationale des infirmiers estime que, pour répondre au double défi du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques, le second étant le corollaire du premier, il convient d'élaborer des accords conventionnels interprofessionnels entre les médecins traitants, les pharmaciens et les infirmiers. Ce n'est en rien stigmatisant pour les autres professions de santé : si nous voulons apporter une réponse de masse, il faut absolument réorganiser les soins primaires entre ces trois professions.

De fait, la mauvaise observance thérapeutique fait partir en fumée entre 9 et 15 milliards d'euros par an dans notre pays, si on inclut les coûts directs et indirects, comme les hospitalisations évitables. Dans un système contraint comme le nôtre, réaliser ne serait-ce que 10 % d'économies sur ce montant, grâce à un cercle vertueux entre médecins, pharmaciens et, en bout de chaîne, infirmiers, générerait entre 900 millions et 1,5 milliard d'euros.

À cet égard, ainsi que l'a dit Philippe Besset, chacun a sa place. Nous estimons en effet que la synergie entre les acteurs est préférable à la pseudo-concurrence à laquelle nous aboutissons parfois. Le cœur de métier des pharmaciens est le travail en officine ; le nôtre, c'est le domicile, où nous réalisons 98 % de notre activité. Il faut s'appuyer sur cet atout pour faire en sorte que notre activité améliore concrètement l'accès aux soins des patients.

S'agissant de la PDSA, des mesures ont été négociées dans le cadre de la mission flash conduite par François Braun. Nous avons néanmoins révisé ce dispositif dans l'un de nos avenants conventionnels, car les mesures ont été prises par voie réglementaire, sans participation des partenaires conventionnels, et qu'elles souffrent d'incohérences en matière de valorisation financière. En effet, lorsqu'un infirmier participe à un service d'accès aux soins (SAS) dans le cadre de la PDSA, il est mieux rémunéré s'il n'a rien à faire que s'il a des soins à prodiguer au patient. Dit autrement, une levée de doute est mieux payée qu'une injection. Nous avons demandé à Thomas Fatôme de remettre le dispositif à plat, en lien avec le ministère, mais nous attendons toujours.

Mme Géraldine Bannier (Dem). J'ai beaucoup entendu que, à cause du fonctionnement de Parcoursup, les jeunes inscrits dans les formations d'infirmier ne sont pas nécessairement motivés. Les professionnels regrettent que la motivation des candidats ne soit plus vérifiée lors d'un entretien. Peut-être y a-t-il ici une question à traiter ?

Il en va de même de la localisation des formations permettant d'obtenir le diplôme d'IPA. Un territoire comme le mien, la Mayenne, qui est un désert médical, a besoin de ces professionnelles pour assurer l'accès aux soins, mais elles doivent se rendre à Nantes pour se former. Aussi, peut-être que les départements les plus touchés par la désertification médicale pourraient être prioritaires pour accueillir des centres de formation.

Quant aux pharmacies, j'ai eu le cas, dans ma circonscription, d'une personne qui voulait transmettre son officine pour 1 euro symbolique, mais qui n'y parvenait pas. Elle m'expliquait être très embêtée par les injonctions du gouvernement au sujet de la délégation de tâches, car étant seule dans sa pharmacie, elle n'y arrivait pas. De la même manière, j'ai en tête une belle commune où le médecin s'apprête à arrêter son activité, ce qui menacera la pérennité économique de la pharmacie qui s'y trouve. Comme vous le disiez, il est difficile de voir disparaître une officine.

La localisation des formations, des médecins et des pharmacies sont des questions locales très importantes que je souhaitais relayer.

M. le président Jean-François Rousset. Je suis navré, mais je dois écourter nos échanges, car un vote important va avoir lieu dans peu de temps dans l'hémicycle. Je vous prie de nous excuser et vous remercie de vos témoignages. Je vous invite à les compléter par écrit si nécessaire.

La séance s'achève à dix-huit heures dix.

*

* *

Membres présents ou excusés

Présents. - Mme Géraldine Bannier, M. Christophe Naegelen, M. Jean-François Rousset

Excusées. - Mme Sylvie Bonnet, Mme Sabrina Sebaihi