

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 des affaires sociales

- Communication de Mme Anchya Bamana, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Josiane Corneloup et M. Stéphane Viry, rapporteurs de la mission « flash » sur les infirmiers en pratique avancée 2
- Informations relatives à la commission..... 11
- Présences en réunion 12

Mercredi
8 juillet 2026
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 95

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Hadrien Clouet,
vice-président**



La réunion commence à neuf heures trente.

(Présidence de M. Hadrien Clouet, vice-président)

La commission des affaires sociales examine la communication de Mme Anchya Bamana, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Josiane Corneloup et M. Stéphane Viry, rapporteurs de la mission « flash » sur les infirmiers en pratique avancée.

M. Hadrien Clouet, président. Nous avons confié il y a quelques semaines à quatre de nos collègues une mission « flash » sur les infirmiers en pratique avancée (IPA), dont les rapporteurs, Mmes Anchya Bamana, qui est avec nous en visioconférence, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Josiane Corneloup et M. Stéphane Viry, vont nous présenter les conclusions.

Mme Josiane Corneloup, rapporteure. Il y a dix ans, l'Assemblée nationale votait, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, l'acte de naissance de la pratique avancée en France. Conçue comme pouvant s'ouvrir à tous les professionnels paramédicaux, cette pratique répondait à deux objectifs : reconnaître le rôle déjà exercé par de nombreux professionnels de santé et répondre aux besoins croissants du système de soins.

En effet, ces professionnels, dont l'action était devenue plébiscitée et indispensable à l'hôpital comme en ville, demeuraient limités dans leurs perspectives d'évolution. Dans un contexte marqué par les pénuries médicales, le vieillissement démographique et la chronicisation des pathologies, il paraissait pertinent de disposer de professionnels dotés d'une expertise renforcée, capables de conduire des évaluations cliniques, de coordonner les parcours des patients et de permettre aux médecins de se recentrer sur le cœur de leur expertise.

Le législateur s'est ainsi engagé en faveur de cette évolution dès 2016. En 2018, ont été institués par décret le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée et le référentiel de compétences afférent. Toutefois, le cadre juridique initial demeurait particulièrement restreint, conçu davantage pour tenir compte des contraintes et des réticences du système médico-centré que pour répondre à un besoin clairement identifié.

Afin de corriger ces limites, la loi « Rist 2 » du 23 mai 2023 a instauré l'accès direct aux IPA sans passer par un médecin et la possibilité pour eux de prescrire certains traitements. Pourtant, malgré ces avancées, le soutien politique constant et la progression du nombre de diplômés – bientôt 4 000 IPA diplômés et près de 2 000 en formation –, le métier d'IPA demeure aujourd'hui dans les limbes, entravé par de multiples freins qui rendent l'exercice très difficile, voire impossible, en pratique.

M. Stéphane Viry, rapporteur. Ces freins sont de plusieurs ordres et rejoignent les intuitions formulées dès le lancement de la mission. Les travaux se sont d'abord concentrés sur trois problématiques majeures : la formation, la structuration des mentions et le modèle économique. Les auditions ont confirmé que ces trois items constituaient des obstacles déterminants au développement de la profession.

Le principal frein concerne la structuration des mentions de la pratique avancée. Au nombre de cinq – oncologie ; néphrologie ; urgences ; pathologie chronique stabilisée ; psychiatrie et santé mentale –, elles apparaissent largement hospitalo-centrées et médico-centrées. La pratique avancée a été calquée sur l'exercice médical en étant segmentée par

pathologie, alors même que cette expertise a vocation à s'exercer de manière transversale et à se centrer sur le parcours global des individus. Les IPA se trouvent ainsi enfermés dans des domaines de compétences trop limités.

Le deuxième obstacle réside dans le modèle économique. En ville comme à l'hôpital, les rémunérations ne correspondent pas aux responsabilités assumées ni aux années d'études supplémentaires exigées. Dans notre rapport, nous montrons que le manque de valorisation économique des IPA est étroitement lié à notre incapacité à retracer leur apport dans un système de soins qui valorise les actes curatifs, bien plus que la prévention et la coordination, lesquelles figurent au cœur du métier IPA. En libéral, cette rémunération très faible s'explique aussi par le manque d'autonomie des IPA et leur dépendance aux médecins pour avoir une patientèle. Les évolutions que nous votons dans les textes ne se matérialisent pas toujours dans les faits à cause des réticences des médecins et à cause d'une méconnaissance généralisée du métier d'IPA.

Enfin, le déploiement du métier a souffert d'un accompagnement institutionnel insuffisant. Les évolutions législatives ont tardé à trouver leur traduction réglementaire, tandis que la profession demeure méconnue des médecins, des patients et de nombreux acteurs du système de soins. Dès lors, les IPA doivent souvent livrer un combat pour se faire connaître, expliquer leur rôle, générer des revenus suffisants et donc pour exister.

Mme Ancha Bamana, rapporteure. Actuellement, il faut avoir exercé trois ans comme infirmier pour devenir IPA. Les aides aux étudiants IPA sont très hétérogènes, parfois insuffisantes selon les territoires, et le prix des formations est très variable. Les difficultés sont majorées dans les territoires d'outre-mer où il est nécessaire de renforcer une offre de soins souvent très déficitaire.

La connexion avec Mme Bamana s'interrompt.

M. Hadrien Clouet, président. Madame Bamana, je propose que vos collègues poursuivent la présentation.

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Faute d'enseignants-chercheurs IPA pour le moment, les formations demeurent pilotées par des médecins, ce qui renforce le prisme médico-centré. À l'heure actuelle, la formation IPA, telle qu'elle est structurée, ne permet pas de constituer un vivier suffisant de jeunes diplômés capables de développer cette profession dans ses dimensions clinique et universitaire. Ces difficultés sont encore plus marquées dans les territoires d'outre-mer, comme l'indiquait Mme Bamana, alors même que les IPA y auraient un rôle essentiel pour renforcer une offre de soins particulièrement déficitaire. L'accès à la formation y est plus complexe encore : à Mayotte, les étudiants doivent se rendre à La Réunion, ce qui implique d'abandonner métier et famille et de devoir financer trajets et hébergements. Une fois diplômés, les IPA peinent à exister dans ces territoires où ils demeurent isolés et méconnus.

Ce constat peut sembler décourageant. Pourtant, il existe des motifs d'espoir. Lorsque les dynamiques locales sont favorables, que l'encadrement et les équipes médicales sont impliqués, qu'un projet existe et que des implantations réussies d'IPA ont démontré leur plus-value sur l'organisation des soins et le parcours des patients, la satisfaction est réelle. En collaboration totale avec les médecins, les IPA prennent en charge des patients en autonomie et répondent à un besoin auparavant non couvert, grâce à une approche globale.

Au terme de nos auditions et après l'examen de nombreuses contributions écrites qui nous ont été transmises, nous avons formulé vingt recommandations.

Les premières concernent le pilotage et la communication institutionnelle. Cette nouvelle profession peine encore à trouver sa place dans un système largement médico-centré alors même que les besoins sont réels. Il est indispensable de réaffirmer plus clairement la volonté de développer ce métier, de mieux en expliquer les objectifs aux médecins comme aux patients et d'assurer un suivi plus opérationnel de son déploiement. C'est pourquoi nous préconisons la réactivation du comité de suivi des IPA dans une composition élargie.

Le deuxième chantier concerne l'architecture des mentions de pratique avancée. Le consensus est large sur les limites du système actuel, marqué par une hyperspécialisation et par des listes de pathologies et de prescriptions qui freinent l'exercice des compétences acquises. Nous proposons une évolution vers une approche davantage populationnelle, notamment avec la création d'une mention « IPA enfants », tout en prévoyant des passerelles simplifiées pour les professionnels déjà diplômés. Les expertises spécialisées pourraient être acquises par des formations complémentaires ou du mentorat.

Troisièmement, les modalités d'accès à la formation doivent être revues. L'obligation de trois années d'exercice préalable constitue un frein important. Nous préconisons donc le développement de la formation initiale tout en conservant la voie de la formation continue.

Quatrièmement, il apparaît nécessaire de lever les freins juridiques qui limitent encore l'autonomie des IPA. Cette autonomie ne signifie pas isolement mais exercice coordonné. Il convient notamment de généraliser l'accès direct et de simplifier les règles de prescription autour d'une liste élargie, commune à l'ensemble des mentions.

Enfin, nous jugeons indispensable de renforcer la recherche en pratique avancée. Le développement de postes d'enseignants-chercheurs permettra de mieux mesurer l'impact organisationnel, médical et économique des IPA.

Le métier est encore jeune et son déploiement reste complexe. Pourtant, les IPA ont un rôle essentiel à jouer dans le suivi des patients complexes et dans la coordination des parcours de soins. Il est également indispensable de poursuivre un effort de pédagogie autour des évolutions introduites par la loi du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier afin de favoriser leur appropriation par l'ensemble des acteurs et renforcer pleinement la place et la mission des IPA au sein du système de santé. En conclusion, nous appelons le Parlement à conduire rapidement les évolutions nécessaires.

M. Hadrien Clouet, président. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Lionel Tivoli (RN). Le rapport présenté aujourd'hui met en exergue une contradiction assez nette. Sur le papier, les IPA ont vocation à occuper une place croissante au sein de notre système de santé. Pourtant, huit ans après sa création, le dispositif demeure fragile, comme l'illustre le fait qu'en 2024, Mayotte, la Guadeloupe et la Martinique ne comptaient chacune qu'une seule IPA.

Sans remettre en cause leur efficacité en matière de suivi des pathologies chroniques, de prévention, d'éducation thérapeutique, de coordination des parcours ou d'accompagnement

des situations complexes, il convient de rappeler que les IPA ne sauraient, à eux seuls, résoudre la crise de l'accès aux soins. Le rapport souligne que les difficultés sont autant économiques et organisationnelles que juridiques. Dès lors, cette profession exige des postes adaptés, une rémunération ajustée ainsi qu'une reconnaissance à la hauteur de son niveau de qualification. En conclusion, nous sommes favorables à la reconnaissance, à la formation et à un cadre juridique plus précis ; mais nous nous opposons à un transfert progressif des compétences médicales. Les IPA doivent constituer un renfort pour le système de soins, et non un simple palliatif à l'absence de médecins.

M. Jean-François Rousset (EPR). Huit ans après la création des IPA, nous demeurons dans une situation paradoxale. Malgré un cadre juridique continuellement élargi, avec l'accès direct, la primo-prescription et de nouvelles mentions, le déploiement reste très éloigné des ambitions initiales. Nous visions 18 000 IPA, mais nous comptons aujourd'hui moins de 4 000 diplômés et seulement 712 exerçant en libéral. Les difficultés sont avant tout systémiques. L'architecture actuelle des mentions, construite autour des pathologies et spécialités médicales, apparaît inadaptée à la vocation transversale de la pratique avancée. Une évolution vers une approche populationnelle semble donc pertinente. L'attractivité de la formation constitue également un obstacle majeur. L'obligation de trois années d'exercice préalables, le coût élevé et l'interruption d'activité freinent fortement les candidatures. Dès lors, existe-t-il des dispositifs d'évaluation des compétences cliniques déjà éprouvés permettant de remplacer cette condition préalable ? Une telle réforme peut-elle être mise en œuvre actuellement ou nécessite-t-elle une modification législative ?

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). Notre groupe soutient naturellement le développement des IPA dans un contexte marqué par la pénurie médicale. Ils constituent une réponse précieuse pour améliorer l'accès aux soins, notamment dans le suivi des maladies chroniques. Pourtant, un paradoxe demeure : les compétences des IPA se sont élargies, mais leur reconnaissance ne suit pas. Après deux années de formation supplémentaire au niveau master, ils disposent désormais d'un accès direct aux patients et de compétences de prescription accrues. Pourtant, selon l'enquête nationale de l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée, une majorité d'entre eux demeure insatisfaite de sa rémunération. La reconnaissance statutaire et salariale que vous préconisez doit-elle passer par une revalorisation des rémunérations et une harmonisation entre les différents modes d'exercice ?

Je souhaite également évoquer les outre-mer. Face aux difficultés d'accès aux soins et à la prévalence élevée de maladies chroniques, notamment à La Réunion, les IPA pourraient jouer un rôle majeur. Pensez-vous que ces territoires devraient devenir prioritaires pour leur déploiement ?

Mme Béatrice Bellay (SOC). Cette mission « flash » met en évidence un paradoxe assez frappant. Depuis leur mise en place en 2018, les IPA ont vu leur cadre juridique s'élargir. Sur le papier, la profession gagne en reconnaissance, sans supplanter aucun médecin, puisqu'elle porte une tout autre approche du soin médical fondée sur l'accompagnement, la prévention et le suivi des parcours médicaux.

Pourtant, malgré cet élargissement, la profession demeure bridée : les mentions restent trop étroites, médico-centrées et hospitalo-centrées. Leur haut niveau de formation, leurs compétences cliniques avancées et leur expertise dans le suivi des patients chroniques sont reconnus, mais leur autonomie et leur capacité administrative restent entravées, tandis que le modèle économique demeure fragile, loin du revenu cible.

La formation, coûteuse et laborieuse, impose trois ans d'exercice préalable et, pour les infirmiers libéraux, l'interruption de l'activité. Dans les territoires d'outre-mer, où la vie est 40 % plus chère, cette formation peut devenir sacrificielle. Le problème ne vient pas d'un manque de considération pour ce métier, mais bien de sa méconnaissance. Pourtant, des réussites existent : à l'hôpital, les IPA fluidifient les parcours, renforcent le suivi des patients et soutiennent les équipes soignantes. Mais ces réussites dépendent trop des dynamiques locales, alors que les besoins y sont immenses. Il faut désormais valoriser la formation, adapter les mentions aux réalités territoriales, mieux rémunérer les IPA et leur donner une autonomie réelle dans un cadre coordonné. Face aux défis démographiques, ne pas leur accorder pleinement leur place serait une erreur.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). La profession d'infirmier, première profession paramédicale en France avec 600 000 professionnels, a connu des changements notables ces dix dernières années. Pour répondre aux difficultés d'accès aux soins et élargir le cadre d'exercice des infirmières, la loi du 26 janvier 2016 a ouvert la voie à la pratique avancée. Ce statut, accessible après une certaine durée d'exercice et l'obtention d'un diplôme, autorise des compétences normalement réservées aux médecins. Toutefois, malgré l'élargissement permis par la proposition de loi adoptée l'an passé, l'absence de décret bloque son application. Les entraves persistent dans un système de santé marqué par la primauté du médecin.

Alors que les besoins en soins infirmiers augmentent plus vite que le nombre de professionnels, il est nécessaire de répondre à la crise d'attractivité de la profession. Nous ne pourrions espérer une pleine appropriation de la pratique avancée sans revoir le système de tarification et une grille salariale encore dérisoire aujourd'hui. Il est urgent de considérer les IPA comme des professionnels à part entière dans notre système de santé et de leur donner les moyens d'avoir accès et d'exercer pleinement leur profession.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Créé par un décret du 18 juillet 2018, le métier d'infirmière en pratique avancée permet à des infirmiers diplômés d'État justifiant d'au moins trois ans d'expérience et titulaires d'un diplôme de niveau master d'assurer un suivi médical renforcé de certains patients en collaboration avec un médecin. Un infirmier en pratique avancée peut réaliser des examens cliniques, renouveler ou adapter certains traitements, prescrire des examens complémentaires et assurer la prévention ainsi que l'éducation thérapeutique. Avec près de 4 000 diplômés et 2 000 étudiants, la pratique avancée est installée, mais des freins structurels et une formation inchangée depuis 2018 limitent son déploiement. Le déséquilibre entre les mentions et la faible attractivité expliquent un impact encore insuffisant sur l'offre de soins et une viabilité financière à consolider.

Avez-vous pu évaluer les moyens nécessaires pour offrir plus de visibilité et de reconnaissance à cette profession ?

Mme Sabine Gervais (Dem). En tant que députée et infirmière puéricultrice, je mesure ce que représente la création des IPA. Huit ans après leur reconnaissance, un constat s'impose : les infirmières de pratique avancée démontrent leur utilité partout où les conditions d'exercice permettent d'exploiter pleinement leurs compétences. Elles améliorent le suivi des patients chroniques, fluidifient les parcours, renforcent la prévention et libèrent un temps médical précieux. Pourtant, leur développement reste en deçà des ambitions initiales, freiné par des obstacles organisationnels, réglementaires, économiques et culturels. Nous continuons de raisonner en délégation plutôt qu'en autonomie professionnelle. L'évolution vers une approche populationnelle, notamment avec une mention « enfants et familles », exige une stratégie nationale garantissant formation, modèles économiques et reconnaissance.

Parmi les vingt recommandations que vous formulez, quelles sont, selon vous, les trois mesures qui doivent être engagées en priorité ?

M. Hadrien Clouet, président. Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Thibault Bazin (DR). Je vous remercie pour le travail de cette mission « flash » et souhaite particulièrement approfondir la recommandation n° 20 sur la rémunération. Dans ma circonscription, un infirmier libéral en formation IPA m’a partagé les résultats d’une étude de terrain qu’il a menée.

Il propose une rémunération forfaitaire partagée sur la base d’une synthèse annuelle médecin-infirmier ; une nouvelle cotation pour les médecins sur l’acte de coordination ; la création de nouveaux paliers en plus des trois paliers existants pour 10, 35 et 100 patients. Il propose enfin de développer un mode de rémunération sur objectif, sur le modèle des rémunérations sur objectifs de santé publique pour les médecins généralistes et d’améliorer l’accord conventionnel interprofessionnel sur les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Cela rejoint l’une de vos préconisations, qui consiste à mieux articuler ce développement, précisément à travers ces MSP.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI-NFP). Dans votre rapport, dont je tiens à saluer l’objectivité, vous soulignez que les outre-mer apparaissent particulièrement mal dotées, avec des perspectives d’installation incertaines, une offre de formation limitée et une place encore mal définie des IPA dans les organisations de soins. Vos recommandations n° 3 et n° 12 abordent cette question, mais quelles propositions spécifiques formulez-vous pour lesdits outre-mer ?

Face au vieillissement de la population et à la désertification médicale, les IPA pourraient en effet répondre à une part importante des besoins de soins primaires. Or l’offre de formation demeure insuffisante. L’Université des Antilles n’a obtenu son accréditation qu’en 2022 et ne dispose toujours pas d’un master IPA autonome. Ne faut-il pas créer des postes d’enseignants-chercheurs dédiés, renforcer les capacités de stage et adapter les modalités de tutorat ? Enfin, compte tenu du coût et des contraintes de la formation, quels leviers de financement préconisez-vous afin de rendre ce parcours plus attractif et d’éviter que les outre-mer ne soient durablement privés du développement des IPA ?

Mme Joséphine Missoffe (EPR). Je souhaite revenir sur votre recommandation n° 6. Vous proposez de faire évoluer les mentions IPA vers une approche populationnelle, notamment au travers d’une mention « enfants et familles ». Notre pays compte près de 22 000 infirmières et infirmiers puériculteurs diplômés d’État. Ce sont des infirmiers spécialisés avec une expertise reconnue en santé de l’enfant, en prévention, en soutien à la parentalité et dans la coordination du parcours de l’enfant.

La réingénierie de leur formation et de leur métier était attendue depuis longtemps et les travaux n’ont été engagés que depuis quelques mois. Comment envisagez-vous l’articulation entre cette réingénierie et les recommandations que vous formulez aujourd’hui ? Quelles seraient les conséquences de ce nouveau modèle pour les écoles de puériculture ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. En premier lieu, une IPA reste une IPA et ne remplace pas un médecin, pas plus qu’une infirmière ne remplace un médecin. La pénurie médicale ne doit pas conduire à une confusion des rôles. L’objectif demeure la complémentarité entre les professionnels de santé, dans le respect des missions de chacun.

Ensuite, le modèle français de pratique avancée diffère sensiblement de celui observé dans d'autres pays, notamment anglo-saxons, où les missions sont plus larges et davantage fondées sur une approche populationnelle. En France, les IPA ont été structurés autour de spécialités, mais nous atteignons aujourd'hui les limites de ce système. Ces hyperspécialisations restreignent l'exercice de professionnels pourtant formés à un niveau master, capables de prendre en charge des situations complexes, des polypathologies et d'intervenir sur l'ensemble du parcours de soins.

Le système de mentions actuel tend parfois à enfermer les IPA dans des fonctions trop étroites, parfois proches de celles exercées avant leur formation. Cette situation n'est plus satisfaisante. Il faut évoluer vers une approche davantage populationnelle, même si la définition précise des populations concernées reste à approfondir.

Enfin, cette évolution doit permettre le développement d'un exercice mixte entre l'hôpital, les maisons de santé pluriprofessionnelles, la ville et l'enseignement. Cela renforcerait la transversalité des parcours, améliorerait potentiellement les conditions d'exercice et permettrait aux IPA de remplir pleinement leur mission : accompagner les patients tout au long du parcours de soins. Cette transformation est complexe à mettre en œuvre, mais désormais nécessaire après dix années de déploiement de la pratique avancée.

Mme Josiane Corneloup, rapporteure. Les IPA disposent actuellement d'un nombre de patients insuffisant, alors que les forfaits reposent sur plusieurs rencontres annuelles justifiant leur versement. À l'hôpital, la situation est différente. Dans la fonction publique hospitalière, un statut existe et une grille indiciaire a été alignée sur celle des infirmiers anesthésistes diplômés d'État. En revanche, dans le secteur privé, aucune grille nationale n'existe véritablement et les établissements ont adopté des solutions très variables.

Le principal enjeu n'est donc pas le montant du forfait lui-même, mais bien le développement de la file active. Les auditions ont montré que la place des IPA est désormais largement reconnue à l'hôpital, notamment en oncologie ou aux urgences. Les difficultés demeurent davantage en ville, où la collaboration avec les médecins reste parfois complexe.

Dans ce contexte, l'idée d'un forfait partagé favorisant une collaboration renforcée apparaît particulièrement pertinente. La création d'un acte de coordination mérite également d'être étudiée. La coordination constitue en effet un élément essentiel des parcours de soins, mais elle demeure insuffisamment valorisée.

Enfin, un mode de rémunération fondé sur des objectifs pourrait constituer une piste intéressante, à condition que les IPA ne soient pas pénalisés lorsque la file active n'est pas encore au rendez-vous. Malgré les difficultés actuelles, je demeure optimiste. Le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et les besoins croissants en prévention et en éducation thérapeutique rendent le rôle des IPA indispensable. Je suis convaincue que leur place continuera à se renforcer dans les années à venir.

M. Stéphane Viry, rapporteur. À titre complémentaire, je voudrais souligner que nos vingt recommandations sont le fruit de dix-sept auditions et de l'ensemble des contributions écrites reçues. Il serait donc difficile d'en privilégier certaines plutôt que d'autres.

Je rappelle également que notre mission s'inscrit dans le cadre du contrôle de l'action publique du Gouvernement. Nous formulons des recommandations, mais leur mise en œuvre

relève pour une large part du pouvoir réglementaire, de l'exécutif ou des autorités financières et de régulation compétentes en matière de santé. Notre responsabilité consiste donc à faire vivre ce rapport, afin que les acteurs disposant des leviers d'action puissent s'en saisir.

Un consensus existe sur la pertinence des IPA, mais les freins demeurent nombreux et créent un décalage entre leur potentiel et leur utilisation effective. Dès lors que nous reconnaissons l'utilité de cette profession, il devient indispensable de lever les obstacles qui entravent son développement. Les vingt recommandations constituent ainsi des pistes concrètes d'évolution. L'Assemblée nationale a déjà pris sa part en votant les dispositions nécessaires. Notre rôle consiste désormais à évaluer les résultats et à signaler les insuffisances lorsqu'elles apparaissent.

Lorsque nous avons engagé cette mission, je n'imaginais pas l'ampleur de la sous-utilisation des compétences des IPA. J'espère que ce travail permettra aux responsables concernés de prendre les décisions nécessaires afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population et de mettre fin à ce sous-déploiement persistant des infirmiers en pratique avancée.

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Pour compléter, l'un des leviers les plus importants pour améliorer la rémunération des IPA est l'accès direct, dont nous attendons toujours le décret annoncé pour novembre 2026. Plus les patients pourront consulter directement un IPA, moins celui-ci dépendra de l'adressage par le médecin. Aujourd'hui encore, les listes de prescriptions limitent fortement leur action. Dès qu'une situation sort du cadre strictement prévu, le patient doit être réadressé au médecin. Ce sont des contraintes qu'il faudra progressivement lever.

Concernant les outre-mer, les difficultés sont réelles. Les formations y ont été ouvertes plus tardivement, notamment aux Antilles et à La Réunion, ce qui explique en partie le faible nombre de professionnels formés. Il existe également une problématique de financement des formations. Il paraît donc nécessaire de renforcer les dispositifs d'aide, de développer les postes d'enseignants-chercheurs IPA et de soutenir davantage ces territoires confrontés à des maladies chroniques, à des comorbidités importantes et à des besoins croissants en santé de l'enfant.

Je voudrais également revenir sur la mention « enfants et familles ». Certaines puéricultrices travaillent à l'hôpital ou en clinique. La réingénierie de leur formation pourrait permettre, grâce à des équivalences, d'accéder à une formation d'IPA dédiée afin d'élargir leur périmètre d'action. Cette évolution répondrait notamment aux besoins croissants de repérage du harcèlement, des violences intrafamiliales ou des troubles psychologiques, ainsi qu'à la coordination entre les différents acteurs du parcours de l'enfant.

Parmi les priorités identifiées, figure également la suppression de l'obligation systématique de trois années d'exercice avant l'entrée en formation IPA. Cette exigence apparaît aujourd'hui comme un frein important. Il serait pertinent de permettre aux étudiants qui le souhaitent d'intégrer directement un parcours IPA tout en maintenant la voie de la formation continue.

Enfin, la transition vers une approche populationnelle des mentions apparaît incontournable. Elle demandera du temps, mais offre des perspectives plus adaptées aux besoins actuels. Entre l'évolution de la formation, celle des rémunérations et celle des missions, nous devons avancer rapidement. La situation actuelle, caractérisée par un moindre

nombre de médecins, s’y prête. Nous ne sommes ni dans une logique de glissement de tâches ni dans une délégation de tâches, mais bien dans une redéfinition de missions plus larges, exercées en complémentarité avec les autres professionnels de santé. Il ne s’agit pas d’empiéter sur la mission des autres, mais de bien travailler ensemble.

La réunion s’achève à onze heures.

Informations relatives à la commission

1. La commission a désigné des rapporteurs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 :

- Équilibre général, recettes et maladie : M. Thibault Bazin, rapporteur général ;*
- Autonomie : Mme Christine Loir ;*
- Famille : M. Louis Boyard ;*
- Vieillesse : Mme Sandrine Runel.*

2. La commission a désigné les rapporteurs pour avis sur le projet de loi de finances pour 2027 :

- mission Santé : M. Cyrille Isaac-Sibille ;*
- mission Solidarité, insertion et égalité des chances : M. Alim Latrèche ;*
- mission Travail, emploi et administration des ministères sociaux : M. Théo Bernhardt ;*
- mission Régimes sociaux et de retraite et compte d'affectation spéciale Pensions : M. Didier Le Gac.*

Présences en réunion

Présents. – Mme Ségolène Amiot, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, Mme Béatrice Bellay, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, Mme Sylvie Bonnet, M. Elie Califer, M. Hadrien Clouet, Mme Josiane Corneloup, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, M. Jérôme Guedj, M. Alim Latrèche, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, Mme Joséphine Missoffe, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, M. Yannick Neuder, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Agnès Pannier-Runacher, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, M. Lionel Tivoli, M. Stéphane Viry

Excusés. – M. Louis Boyard, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karine Lebon, M. Serge Muller, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Frédéric Valletoux