

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

123^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du lundi 10 mars 2025

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint

SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. ROLAND LESCURE

1. Profession d'infirmier (p. 1967)

DISCUSSION GÉNÉRALE (suite) (p. 1967)

M. Hendrik Davi
M. Cyrille Isaac-Sibille
M. François Gernigon
M. Stéphane Viry
M. Yannick Monnet
M. Éric Michoux
Mme Christine Loir
Mme Josiane Corneloup

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 1972)

Article 1^{er} (p. 1972)

M. Thierry Frappé
Amendement n° 182
M. Yannick Neuder, ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins
Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure de la commission des affaires sociales
Amendements n°s 142, 159, 98, 109, 23, 37, 38, 22, 102, 13, 53, 45, 116, 133, 78, 152, 15, 16, 75, 44, 62, 136, 170, 93, 171, 89, 30, 70, 155, 12, 25, 69, 71, 33, 118, 54, 31, 64, 72, 120, 153, 174, 51, 123, 135, 18, 56, 104, 83, 73, 139, 32, 157, 124, 43, 150, 161, 147

Article 1^{er} bis (p. 1986)

Amendement n° 19

Article 1^{er} ter (p. 1987)

Article 1^{er} quater (p. 1987)

Amendements n°s 137, 140, 181

Après l'article 1^{er} quater (p. 1988)

Amendement n° 138

Article 2 (p. 1988)

M. Julien Gokel

Amendements n°s 169, 26, 52, 129, 130, 34, 134, 162, 94, 165, 128

Après l'article 2 (p. 1990)

Amendements n°s 57, 35, 148, 132, 55, 61, 81, 82, 88, 96, 101, 160, 166

Article 3 (p. 1994)

EXPLICATIONS DE VOTE (p. 1994)

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP)

M. Christophe Bentz (RN)

VOTE SUR L'ENSEMBLE (p. 1995)

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure

M. Yannick Neuder, ministre

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 1996)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. ROLAND LESCURE

vice- président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

(La séance, suspendue quelques instants, est immédiatement reprise.)

M. le président. Après l'heure, ce n'est plus l'heure, monsieur le ministre! *(Sourires.)*

1

PROFESSION D'INFIRMIER

Suite de la discussion d'une proposition de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la proposition de loi sur la profession d'infirmier (n^{os} 654, 1029).

DISCUSSION GÉNÉRALE

(suite)

M. le président. La parole est à M. Hendrik Davi.

M. Hendrik Davi. Nous examinons aujourd'hui une proposition de loi sur la profession d'infirmière et d'infirmier. Le groupe Écologiste et social est convaincu de l'urgence de revaloriser ce métier essentiel, car si la France en compte 640 000, ce qui en fait la première profession de santé, ce métier est en crise – vous le savez, madame la rapporteure.

Tout d'abord, leurs salaires sont trop bas, bien au-dessous de la moyenne de l'OCDE. Savez-vous, monsieur le ministre, qu'une infirmière allemande est payée 1,4 fois plus qu'une infirmière française et une infirmière belge 1,9 fois plus? Une infirmière débutante à l'hôpital commence avec un salaire de 1 500 euros net. Comment se loger convenablement dans ces conditions?

Les conditions de travail se sont aussi dégradées : le ratio entre le nombre d'infirmières et celui des patients est largement insuffisant et, comme tout le personnel soignant d'ailleurs, elles subissent des cadences insupportables. Alors que le gouvernement a reporté de deux ans l'âge légal de départ à la retraite, rappelons que l'espérance de vie des infirmières est de sept ans inférieure à la moyenne nationale et que 20 % d'entre elles partent à la retraite en situation

d'invalidité. Conséquence des faibles rémunérations et de la pénibilité, 50 % des infirmières quittent l'hôpital au cours de leurs dix premières années d'exercice.

La situation n'est guère meilleure pour les infirmières libérales – je sais qu'elles nous écoutent. Près de 70 % d'entre elles font plus de 15 000 kilomètres par an, elles ont donc été pleinement percutées par l'inflation. Depuis 2018, selon leurs calculs, le carburant a augmenté de 34 %, l'énergie de 25 %, la prévoyance de 60 % et le prix de certains matériels, comme les gants, de 80 %. Ces augmentations n'ont pas du tout été prises en compte dans les tarifs de l'assurance maladie à cause d'un Ondam – objectif national de dépenses d'assurance maladie – en permanence sous-évalué. Ce n'est pourtant pas faute de l'avoir rappelé aux ministres successifs.

Du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de maladies chroniques et du virage ambulatoire de l'hôpital public, le besoin en infirmières libérales n'a jamais été aussi important. Or leur nombre stagne à moins de 100 000.

La demande de la profession d'une meilleure reconnaissance de son métier est ancienne et nous pensons qu'elle est justifiée. Nous voulons donc vous remercier, madame la rapporteure. Toutefois, notre groupe a émis en commission des réserves sur cette proposition de loi dans sa rédaction actuelle.

Rappelons quel en est le contenu. L'article 1^{er} propose de redéfinir la profession d'infirmier en précisant les missions et en introduisant la consultation infirmière et la prescription réalisée par l'infirmier, ce que nous saluons. L'article 2 permet de faire évoluer la pratique avancée en proposant trois lieux d'exercice supplémentaires. Nous soutenons ces deux articles, mais nous regrettons qu'il n'y ait rien dans le texte concernant les rémunérations, la prise en compte de la pénibilité au titre de la retraite et les conditions de travail.

Mme Stéphanie Rist. C'est un peu normal...

M. Hendrik Davi. Cette proposition de loi reste à compléter. J'espère que vous en conviendrez, madame la rapporteure, monsieur le ministre.

Bien sûr, une clarification des missions des infirmières s'imposait pour tenir compte des évolutions du métier. Notre groupe y est favorable car cela permettra de mieux répartir les tâches entre les différents professionnels de santé. Néanmoins, en l'état, il est clair que le principal objectif est de pallier le manque de médecins par l'augmentation des responsabilités dévolues aux infirmières et aux infirmiers. Nous manquons de médecins, il y a des déserts médicaux et la solution proposée ici est que les infirmières puissent remplacer les médecins pour un certain nombre de tâches.

Mme Stéphanie Rist. Ça améliore la qualité!

M. Hendrik Davi. Dans un monde idéal, il serait souhaitable de leur transférer certaines tâches, j'en conviens. Mais dans un pays qui manque cruellement de médecins et dans lequel les infirmières sont déjà débordées, est-ce vraiment une

bonne idée? C'est un point dont nous devons débattre, d'autant plus que les rémunérations et les qualifications ne suivent pas. Il existe un vrai risque, que notre groupe a déjà pointé: celui que les infirmières voient une augmentation de leurs responsabilités et de leurs charges de travail sans avoir ni les qualifications ni les rémunérations correspondantes.

En fin de compte, nous craignons que cette mesure ne se traduise par une plus grande souffrance au travail. Notons que le renvoi de la définition de ses modalités à un décret laisse la possibilité, à moyen terme, d'alourdir les tâches qui leur incombent. Enfin, de nombreux acteurs, notamment les médecins, rappellent que l'exercice de la santé est un travail collectif et estiment que la rédaction actuelle de la proposition de loi ne met pas cette idée suffisamment en avant. Il faudra donc également améliorer le texte sur ce point.

Notre groupe a proposé plusieurs amendements en ce sens. Tout d'abord, nous proposons clairement d'indiquer que les prescriptions des infirmières seront en lien avec le diagnostic infirmier – j'y reviendrai quand je défendrai l'amendement. Ensuite, nous proposons d'augmenter leurs rémunérations, car c'est le nerf de la guerre. Enfin, nous sommes pour que les infirmières et les infirmiers montent en qualification: la solution la plus juste, selon nous, est d'ouvrir, dans un très grand nombre de disciplines, la possibilité de devenir infirmière ou infirmier en pratique avancée (IPA). Il faut donc aller plus loin que l'article 2, ce qui suppose un vaste plan de formation et d'accompagner toutes celles et tous ceux qui veulent passer IPA.

Plus globalement, il faut donner aux facultés de médecine les moyens de recruter plus d'enseignants pour former des médecins et des infirmières en plus grand nombre. Aujourd'hui, on compte 1 200 personnels hospitalo-universitaires de moins qu'en 1996. Il est aussi urgent de sortir le diplôme d'infirmière de Parcoursup. C'est une véritable catastrophe: le taux d'abandon a été multiplié par trois.

Pour conclure, je note que si cette proposition de loi présente des avancées, elle ne résout rien quant aux conditions concrètes d'exercice des infirmières et des infirmiers. Pire encore, elle pourrait bien constituer un marché de dupe: travailler plus sans gagner plus – ce n'est pas le souhait de cette profession.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La proposition de loi que nous examinons constitue une grande avancée car elle consacre enfin le rôle des infirmiers en leur conférant un statut et en étendant leurs compétences. Ce texte était attendu par la profession, qui souffre d'un manque de reconnaissance croissant alors qu'elle est confrontée à des conditions de travail souvent éprouvantes et qu'elle perçoit une rémunération encore trop faible. Il répond à une exigence de considération et, à ce titre, je vous remercie, madame la rapporteure, de l'avoir déposé.

Chacun d'entre nous sait combien ce métier est essentiel. Les infirmiers sont souvent la porte d'entrée du système de soins et jouent un rôle central quand les soins sont dispensés à domicile. Il est donc temps que cette profession soit pleinement reconnue dans la loi avec toute la considération qu'elle mérite.

Cette reconnaissance n'est pas qu'un symbole: elle s'accompagne d'évolutions concrètes, telles que l'introduction des notions de consultation infirmière et de prescription infirmière – pour certains produits de santé et examens médicaux –, mais aussi de l'extension de la pratique avancée aux infirmiers anesthésistes de bloc opératoire et

aux puéricultrices, ainsi que l'expérimentation d'un accès direct. Ces avancées permettent de répondre à un besoin plus large: celui du décloisonnement de l'organisation des soins.

Depuis des années, notre modèle souffre d'une répartition trop rigide des compétences entre professionnels de santé. Cette organisation trop cloisonnée freine la coopération et la délégation de tâches tout en limitant l'évolution des carrières. Or, pour relever les défis de notre système de santé, nous devons impérativement assouplir ce cadre et favoriser le travail en équipe.

Dès 2021, dans un rapport intitulé « L'organisation des professions de santé: quelle vision dans dix ans et comment y parvenir? », j'alertais sur ce besoin d'évolution. Je défendais alors un décloisonnement des parcours et des modes d'organisation des soins, doublé de la montée en compétences des professions paramédicales, selon la théorie de l'escalier, c'est-à-dire en consolidant les socles de compétences et en favorisant la montée des compétences individuelles. La proposition de loi que nous examinons s'inscrit pleinement dans cette dynamique.

Il est essentiel, selon moi, de clarifier les délimitations entre les différentes professions de santé. L'adoption de mon amendement en commission des affaires sociales – je remercie Mme la rapporteure d'avoir émis un avis favorable à son sujet – a permis de lever toute ambiguïté entre l'extension des compétences infirmières et l'exercice illégal de la médecine en sortant du régime dérogatoire de cet exercice et en consacrant des missions relevant du rôle propre de l'infirmier.

Deux points de vigilance demeurent toutefois. Tout d'abord, il ne faut pas confondre autonomie et indépendance. L'autonomie permet de prendre certaines décisions seul sans exclure ni la supervision, ni le travail en équipe. L'indépendance, elle, reflète l'absence de tout lien avec autrui: ce n'est pas ce que nous recherchons. L'objectif est bien de renforcer l'autonomie des infirmiers, mais dans un cadre coordonné. Plus d'autonomie suppose plus de coopération entre professionnels de santé.

Enfin, la notion de diagnostic infirmier soulève des difficultés. Ce n'est pas seulement un problème de vocabulaire: il y a de l'exigence de la qualité des soins. Le diagnostic d'une pathologie doit reposer sur une formation longue et sur une expertise clinique approfondie. Il ne s'agit pas seulement d'identifier les cas courants, mais aussi de repérer les cas complexes et les pathologies sous-jacentes, qui nécessitent une prise en charge spécifique. Tout un chacun peut reconnaître une angine, mais l'enjeu est d'en détecter les formes atypiques, d'anticiper les complications possibles et de faire un diagnostic dit différentiel. Poser un diagnostic, c'est poser un nom sur une pathologie en fonction de symptômes. C'est un art difficile, qui nécessite un long apprentissage. Mal nommer les choses, c'est ajouter de l'incertitude. Voilà pourquoi j'ai déposé un amendement visant à supprimer la notion de diagnostic infirmier, qui, selon moi, crée une zone de flou entre l'exercice médical et l'exercice infirmier,...

Mme Stéphanie Rist. Mais non!

M. Cyrille Isaac-Sibille. ...pour la remplacer par la notion d'expertise infirmière – les infirmiers ont une expertise, mais ce n'est pas la même chose que de diagnostiquer une pathologie.

Le groupe Démocrates soutiendra cette proposition de loi, qui reconnaît la place des infirmiers dans notre système de santé et contribue à faire évoluer notre organisation des soins vers plus de coopération et d'efficacité, soit un progrès pour les professionnels de santé et pour les patients.

M. le président. La parole est à M. François Gernigon.

M. François Gernigon. Notre système de santé est confronté à de nombreux défis : manque de professionnels, difficultés d'accès aux soins, évolution des besoins de la population. Il est donc urgent d'adapter notre organisation et de renforcer le rôle des infirmiers, acteurs essentiels du parcours de soins. Je remercie la rapporteure Nicole Dubré-Chirat, ainsi que mon collègue Frédéric Valletoux, pour cette proposition de loi.

M. Aurélien Rousseau. Eh oui !

M. François Gernigon. Aujourd'hui, en France 1,6 million de personnes renoncent à des soins chaque année et plus de 30 % de la population vit dans un désert médical. Face à cette réalité, il est impératif d'apporter des réponses concrètes et immédiates pour garantir à tous un accès aux soins. C'est précisément l'objectif de cette proposition de loi, qui clarifie et étend les missions des infirmiers en introduisant notamment la consultation infirmière et en leur permettant de prescrire certains examens et traitements.

Les infirmiers pourront dorénavant réaliser des consultations de premier recours, renouveler des traitements ou effectuer des actes de dépistage sans prescription médicale systématique. Ce texte offre ainsi aux patients une porte d'entrée supplémentaire vers le système de soins, devenu dès lors plus accessible et plus rapide. Ces nouvelles compétences renforceront l'accès aux soins, notamment en milieu rural et périurbain, où l'infirmier est souvent le professionnel de santé le plus proche.

Ne pas exploiter pleinement les compétences des infirmiers constitue un gâchis quand tant de Français peinent à trouver un praticien. Renforcer le rôle des infirmiers pour améliorer la prise en charge des patients est jugé utile par 85 % de nos concitoyens. Cette réforme répond donc à une attente forte de la population et à une nécessité impérieuse d'organisation du système de santé.

Renforcer le rôle des infirmiers, c'est aussi décharger les médecins de certaines consultations simples afin qu'ils puissent se concentrer sur les cas les plus complexes. Cette reconnaissance des infirmiers ne constitue pas une mise en concurrence avec les médecins. Au contraire, elle instaure une complémentarité essentielle.

M. Aurélien Rousseau. Tout à fait !

Mme Stéphanie Rist. Exactement !

M. François Gernigon. Ma fille, qui a suivi la formation IPA, travaille aux côtés d'un néphrologue. Elle m'a confirmé l'intérêt pour elle et pour le médecin du partage des tâches, qui contribue à l'attractivité du métier.

D'ailleurs, la Fédération nationale des infirmiers salue le texte, qui répond à une demande forte de la profession. Il apporte enfin la reconnaissance législative attendue de longue date. La consultation infirmière et le diagnostic infirmier, qui sont des réalités sur le terrain depuis des années, seront consacrés juridiquement.

Il importe de rappeler que le diagnostic infirmier ne se substitue pas au diagnostic médical.

M. Aurélien Rousseau et M. Julien Gokel. Évidemment !

M. François Gernigon. Il permet d'évaluer les besoins de soins du patient dans sa globalité en intégrant ses dimensions physiques, psychologiques et sociales, afin d'apporter des réponses adaptées ou d'orienter vers le médecin lorsque cela est nécessaire.

Par ailleurs, la possibilité de prescrire certains produits de santé et examens simplifiera le parcours de soins. Pourquoi imposer à un patient d'aller chercher une ordonnance chez un médecin pour renouveler du matériel de soins courants alors que son infirmier, qui le suit au quotidien, est parfaitement apte à juger de ce besoin ?

Mme Stéphanie Rist. Voilà !

M. François Gernigon. Cette évolution apportera un gain de temps et d'efficacité pour tous, patients comme soignants.

Cette proposition de loi est conforme aux principes que défend le groupe Horizons & indépendants : faire confiance aux acteurs de terrain, encourager l'innovation organisationnelle et rechercher l'efficacité au bénéfice des patients. Elle propose des solutions pragmatiques à des problèmes concrets rencontrés par nos concitoyens et par les professionnels.

Au-delà des avancées techniques, ce texte envoie un signal fort aux infirmiers. Il est temps de reconnaître leur engagement comme leur expertise et de leur donner des perspectives à la hauteur de leur rôle dans notre système de santé. C'est pourquoi le groupe Horizons & indépendants votera résolument en faveur de la proposition de loi, comme il l'a fait en commission. (*Applaudissements sur les bancs des groupes HOR et EPR. – Mme Stella Dupont applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Stéphane Viry.

M. Stéphane Viry. Les infirmiers et les infirmières assurent chaque jour, partout en France, la continuité et la qualité des soins. La proposition de loi dont nous débattons, attendue avec impatience par la profession, a mon soutien car elle répond à un besoin criant de reconnaissance, de considération et d'évolution de la profession. Bien qu'en première ligne face à la désertification médicale et au vieillissement de la population, les infirmiers et les infirmières ne sont pas reconnus à leur juste valeur.

J'ai perçu ce manque de reconnaissance en recevant les représentants des syndicats de la profession comme en écoutant les infirmiers et les infirmières des Vosges. Tous partagent la même aspiration à une évolution de leur métier et à une réforme apportant plus de justice et d'ambition. Tous soulignent aussi la nécessité d'aller au-delà de cette première proposition de loi.

Des avancées pour la profession ont déjà été adoptées dans cette assemblée, mais les évolutions restent trop souvent entravées par la faiblesse de l'autonomie accordée aux infirmiers. Le décret relatif aux actes infirmiers bride la fonction et constitue un carcan, un frein à l'innovation, qui nuit à l'efficacité du métier. Il faut briser ce carcan, non par idéologie mais par pragmatisme – un système figé est un système qui n'évolue pas.

L'article 1^{er} de la proposition de loi le permet. Il institue enfin un socle législatif clair en définissant les missions et les compétences des infirmiers. Une première pierre est ici posée, mais l'édifice reste à bâtir. Madame la rapporteure, au-delà de votre proposition de loi, il faut avancer sur le référentiel des compétences et de la formation et aller résolument et rapidement vers une réforme de la nomenclature des actes. J'appelle donc les uns et les autres, parmi lesquels, en premier lieu, M. le ministre, à concevoir sans tarder cette refonte avec les

infirmières et les infirmiers sur le terrain. Une réforme imposée d'en haut n'aurait ni la même saveur ni la même efficacité.

L'innovation du texte réside aussi dans la reconnaissance de la consultation infirmière, fondée sur un diagnostic infirmier. Il importe que cette consultation, qui existe déjà dans les faits, existe désormais en droit. En reconnaissant officiellement cette consultation, nous affirmons que le soin ne peut se réduire à une série d'actes techniques et qu'il doit pleinement intégrer la dimension humaine.

L'article 2 vise à faire évoluer la pratique avancée afin d'encourager le développement. Celui-ci reste freiné alors que cette pratique est une solution pour élargir l'offre de soins dans nos territoires. Il répond à une demande légitime et récurrente de la profession, à laquelle je souscris.

Au-delà du satisfecit que mérite la proposition de loi, des obstacles perdurent, souvent liés à la bureaucratie ou à des habitudes concernant la profession d'infirmier. Ainsi arrive-t-il que des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) refusent de couvrir certains forfaits essentiels pour le suivi des patients en accès direct ou que des arrêtés concernant la primo-prescription demeurent en suspens. Ces difficultés révèlent des blocages qui freinent l'accompagnement et le traitement de patients vulnérables. Il est essentiel de lever ces obstacles en facilitant l'accès à la formation, car nous avons besoin de plus d'infirmières et d'infirmiers, et en intégrant mieux ces professionnels de santé dans le système de soins.

En conclusion, parlons franchement de la rémunération et des revenus des infirmiers et des infirmières de France. Peut-on accepter, par exemple, qu'à durée et à distance égales, un infirmier soit moins bien indemnisé qu'un médecin libéral pour effectuer le même déplacement vers le même patient ?

M. Christophe Bentz. C'est vrai !

M. Stéphane Viry. Pour un trajet de 25 kilomètres, une infirmière perçoit ainsi 9,21 euros de moins qu'un médecin libéral, pour le même acte, pour le même soin. Ne tournons pas autour du pot : il s'agit d'une injustice flagrante...

M. Frédéric Valletoux, *président de la commission des affaires sociales.* Bravo !

M. Stéphane Viry. ...qui contribue à la dévalorisation de ce beau métier et qui, si elle n'est pas corrigée rapidement, continuera de faire baisser le nombre de vocations. Il est urgent d'agir, car la reconnaissance passe aussi par une juste rémunération.

Chers collègues, il est temps, ce soir, de faire un pas et d'adopter cette proposition de loi que le groupe LIOT soutient avec force. À titre personnel, j'appelle l'Assemblée à une adoption unanime pour faire en sorte que les infirmiers et les infirmières soient entendus et compris. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes RN et EPR. – Mme la rapporteure, MM. Jean-Yves Bony et Julien Gokel, applaudissent également.*)

M. le président. La parole est à M. Yannick Monnet.

M. Yannick Monnet. Nous nous retrouvons pour débattre d'une proposition de loi très attendue par les infirmiers. Je l'attendais aussi car la demande de reconnaissance de ces professionnels est légitime et pressante. Chaque jour, 640 000 infirmiers interviennent auprès des patients, qu'il s'agisse de prodiguer des soins quotidiens ou d'assurer des soins très techniques, qu'ils interviennent en libéral ou dans un établissement, public ou privé. Ils participent activement à tenir à bout de bras un système de soins malheureusement à

bout de souffle. Dans leurs missions, ils constituent, autant que tout autre soignant, un maillon essentiel de la prévention et du soin.

Pour toutes ces raisons, nous leur devons la reconnaissance qu'ils revendiquent et qui passe notamment par la définition claire de leurs missions dans la loi. Leur exercice est actuellement encadré par un décret listant leurs tâches qui n'a pas été revu depuis une vingtaine d'années. La proposition de loi vient donc utilement fixer le socle des compétences des infirmiers dans le code de la santé publique.

Nous approuvons également la mesure prévoyant un élargissement des lieux d'exercice des infirmiers en pratique avancée. Il nous semble en effet que leurs compétences les disposent tout à fait à intervenir dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), dans ceux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou en santé scolaire, des secteurs qui manquent cruellement de présence soignante.

Ces dispositions vont dans le bon sens. Par ailleurs, l'examen en commission a permis d'enrichir le texte, qu'il s'agisse d'expérimenter l'accès direct aux infirmiers ou d'inscrire dans le code de la santé publique le rôle de premier recours des infirmiers en pratique avancée.

Toutefois, pour que la reconnaissance des infirmiers soit complète, il faut que se concrétise la démarche d'ensemble, entreprise depuis plusieurs années, visant à une refonte de la profession et de la formation des infirmiers. En mai 2023, l'ancien ministre de la santé et de la prévention François Braun annonçait le lancement d'une grande concertation sur la formation des infirmiers et la définition de leurs missions. La refonte de la formation a été décalée deux fois : initialement prévue pour septembre 2024, elle a été reportée à septembre 2025. Nous souhaitons, comme les infirmiers, que cette nouvelle échéance soit tenue. En effet, sans refonte de la formation, les universités et les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) ne seront pas en mesure de concrétiser certaines avancées contenues dans la proposition de loi.

Enfin, les députés communistes et des territoires dits d'outre-mer du groupe GDR tiennent à rappeler une autre attente de la profession, celle d'une revalorisation salariale...

Mme Sandrine Runel. Oui !

M. Yannick Monnet. ...à hauteur de la formation et des missions assumées, notamment pour l'exercice en pratique avancée. Il y a quelques jours, l'Union nationale des infirmiers et infirmières en pratique avancée (Unipa) a publié les résultats d'une consultation nationale des IPA. Elle souligne plusieurs points d'alerte : la difficulté d'intégration et la rémunération au sein de la fonction publique hospitalière, l'absence de grilles adaptées dans les fonctions publiques territoriales et d'État, la baisse de revenus en libéral, mode d'exercice que beaucoup d'étudiants considèrent désormais comme non viable. Or selon les projections de France Stratégie et de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), il faudra 60 000 postes d'infirmiers supplémentaires d'ici à 2030 pour faire face aux nombreux départs en retraite et à l'augmentation de la demande de soins liée au vieillissement de la population.

La revalorisation salariale de l'ensemble de la profession ne peut donc plus attendre. Elle est la contrepartie logique et légitime d'une refonte de la formation et de la profession des infirmiers dans son ensemble. Si le gouvernement ne s'empare pas de cette question, le travail que nous nous apprêtons à accomplir demeurera malheureusement

inabouti, ce qui causerait aux infirmiers une certaine amertume. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOC. – Mme la rapporteure applaudit également.*)

M. Frédéric Valletoux, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Éric Michoux.

M. Éric Michoux. Avant toute chose, je salue l'ensemble des infirmières et des infirmiers de notre pays. Je salue leur courage et leur présence dans tous les moments de la vie. Jean Watson, une femme extraordinaire, disait : « Si vous sauvez une vie, vous êtes un héros ; si vous sauvez cent vies, vous êtes une infirmière. » Les infirmiers représentent la première profession de santé en France et nous devons contribuer à améliorer leurs conditions d'exercice.

La proposition de loi dont nous discutons est, en réalité, un texte de circonstance. Elle ne sera malheureusement pas suffisante pour répondre durablement à la grave crise de notre système de santé. Sans concertation avec l'ensemble de la profession, des médecins, à qui je rends hommage, aux aides-soignantes, dont je salue l'extrême dévouement, l'évolution du statut d'infirmier et d'infirmière n'est qu'un pansement sur une jambe de bois. En se cachant derrière ce texte, vous ne trompez personne sur votre manque d'ambition et de vision de long terme.

À l'UDR, nous défendons la nécessité d'augmenter le nombre de médecins et de mieux les répartir dans notre territoire. C'est la seule solution pérenne. Les mesures prévues dans la proposition de loi ne sont qu'une infime partie de la réponse que nous devons apporter pour réformer un système de santé à bout de souffle.

Les professionnels sont unanimes pour dire que le manque de médecins est le principal problème actuellement, mais la proposition de loi ne fait que transférer ce problème vers les infirmiers. Vous savez bien que les nouvelles missions prévues par le texte risquent de conduire au remplacement partiel des médecins par des infirmiers, soit une menace pour l'équilibre de la chaîne de santé telle que nous la connaissons, où chacun a son rôle et ses missions.

M. Didier Le Gac. Selon vous, il faudrait donc ne rien changer !

M. Éric Michoux. Nous allons potentiellement nous retrouver dans une situation ubuesque, avec deux praticiens pour un patient, ce qui induira une rupture de la continuité des prescriptions. Qui sera responsable ? Je tiens à rappeler que certains infirmiers, notamment en milieu hospitalier, croulent sous le travail et n'ont ni le temps ni la formation nécessaire pour cette mission supplémentaire – ils le disent eux-mêmes. Ce texte ne sera donc pas suffisant pour rendre le métier plus attractif et plus sécurisé, même s'il y contribue. L'inquiétude est d'autant plus grande que les déserts médicaux ne cessent de s'élargir dans les territoires ruraux, alors que la population vieillit – les professionnels s'attendent, dans les prochaines années, à un « mur de la dépendance ».

Je tiens également à alerter le gouvernement sur le besoin impérieux d'une grande loi de santé préparée en concertation avec l'ensemble des professionnels. Comment peut-on accepter de vivre dans un pays où, tous les hivers, des plans blancs sont déclenchés dans les hôpitaux ? Un pays où des personnes âgées meurent sur des brancards dans les couloirs des hôpitaux après avoir attendu plus de vingt heures qu'on s'occupe d'elles ? Dans les territoires ruraux, les personnes à risque ne trouvent plus de médecins pour les

suivre. Plus personne ! Résignées, elles ne cherchent plus à se faire soigner ; elles ne peuvent même plus faire renouveler une simple ordonnance.

Nous espérons que les dispositions de cette proposition de loi permettront d'améliorer un tant soit peu cette situation catastrophique. C'est pourquoi le groupe UDR votera pour ce texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UDR et sur quelques bancs du groupe RN.*)

M. Frédéric Valletoux, président de la commission des affaires sociales. Eh bien, il fallait le dire tout de suite !

M. le président. La parole est à Mme Christine Loir.

Mme Christine Loir. La présente proposition de loi s'intéresse à un sujet essentiel : le sort de nos infirmiers. Cette profession, au rôle si crucial dans notre système de santé, traverse une crise profonde. Nous regrettons qu'aucune proposition structurelle n'ait été inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et que cette réflexion n'ait pas abouti à un véritable projet de loi défendu par le gouvernement, avec une étude d'impact et un avis du Conseil d'État. En effet, monsieur le président de la commission des affaires sociales, lorsque vous étiez ministre de la santé, vous aviez déjà mis en lumière ces difficultés, avec conviction. Si nous voulons soutenir les 640 000 infirmiers au chevet de nos malades – en ville comme à la campagne, à l'hôpital comme à domicile –, nous devons mener une réforme plus ambitieuse et mieux adaptée aux réalités du terrain. Aujourd'hui, 17 % des infirmiers en pratique hospitalière quittent la profession après dix ans d'exercice – un chiffre alarmant illustrant la détresse de professionnels en perte de repères.

Mais que contient cette proposition de loi ? Bien peu pour moderniser un métier aux enjeux multiples ! Ces professionnels de santé peuvent-ils s'en satisfaire ? Écho d'une partie infime de leurs revendications, ce texte issu de la commission des affaires sociales n'y répond que très partiellement. Rien sur les conditions de formation et d'exercice qui se dégradent. Rien sur la précarité étudiante et l'accès au stage, pourtant essentiel pour le métier d'infirmier. Rien non plus sur les indemnités kilométriques des infirmiers libéraux, qui prennent leur voiture chaque matin pour aller voir leurs patients dans nos villages éloignés. (*Mme Caroline Colombier applaudit.*)

M. Christophe Bentz. Eh oui !

Mme Christine Loir. Toujours rien sur la pénibilité des différentes spécialités infirmières alors que nous savons que les conditions de travail sont de plus en plus difficiles. Rien évidemment sur les salaires, alors que Marine Le Pen proposait une augmentation de 10 % pour atteindre la moyenne européenne.

La tentation est grande : alors que 7,4 millions de Français vivent dans un désert médical, comme dans mon département de l'Eure où les médecins manquent cruellement, votre solution miracle consiste à transférer les prérogatives de ces derniers aux infirmiers. L'analyse est certes courte, mais l'idée est là : faire peser sur les épaules des infirmiers, déjà bien chargées, toute la crise du système de santé, ce qui mettra en tension deux professions complémentaires et si essentielles.

Vous donnez plus de responsabilités aux infirmiers sans pour autant les protéger par voie réglementaire, ni encore moins revaloriser les salaires immédiatement. C'est en réalité une fausse reconnaissance. Qui peut croire que l'on peut accepter plus de responsabilités sans une rémunération à la juste hauteur ? Sans naïveté, regardez le sort des infirmiers en pratique avancée : il aura fallu un an et demi après le vote de

la loi Rist en mai 2023 pour que le décret soit enfin promulgué le 21 janvier dernier. Et toujours aucun arrêté sur la primo-prescription – une lenteur qui démontre bien l'incohérence de votre politique.

Toutes les propositions de bon sens que nous avons faites par voie d'amendement se sont vues rejetées par sectarisme. Nous, députés du Rassemblement national, sommes convaincus que les infirmiers méritent mieux qu'un ajustement technique de leurs missions : ils attendent une réforme ambitieuse et un véritable engagement politique. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR.*)

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup. Les quelque 600 000 infirmiers et infirmières, dont 135 000 exercent en libéral ou en exercice mixte, constituent un chaînon indispensable du parcours de soins coordonné avec l'ensemble des professionnels du secteur. Profession de santé de proximité la plus nombreuse, elle est la seule à être représentée dans l'ensemble des 1 663 bassins de vie identifiés par l'Insee et à visiter encore quotidiennement les patients à leur domicile.

Très appréciés des Français, ces professionnels doivent voir leur fonction évoluer et leurs compétences complétées afin d'assurer la continuité des soins. L'acceptation par les patients d'un élargissement des compétences confiées aux infirmiers dans le cadre d'une prise en charge directe est attestée par toutes les études d'opinion.

Plusieurs facteurs appellent à une refonte de cette profession. Le vieillissement de la population : 20 millions de personnes auront plus de 60 ans en 2030, et 80 % d'entre elles souhaitent rester à leur domicile. Le développement des maladies chroniques, corollaire du vieillissement : 24 millions de Français sont atteints de ces pathologies, et quelque 472 000 d'entre eux n'ont pas de médecin traitant. La désertification médicale, qui affecte de nombreux territoires. Enfin, le virage de la prévention.

D'ici 2040, les besoins en soins infirmiers pourraient augmenter de plus de 50 %, selon une étude de la Drees publiée en décembre 2024.

La présente proposition de loi se situe dans la continuité de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui a commencé à reconnaître la pratique avancée de la profession d'infirmier, et de la loi Rist de 2023. Celle-ci a introduit la possibilité d'un accès direct – sans passer par un médecin – aux infirmiers en pratique avancée exerçant à l'hôpital, en clinique, dans un établissement social ou médico-social, dans une maison ou un centre de santé ; elle a également autorisé ces professionnels à réaliser la primo-prescription de produits de santé soumis à prescription médicale obligatoire.

Le texte qui nous est soumis améliore la qualité de la prise en charge des patients en reconnaissant clairement le rôle des infirmiers et les nouvelles compétences au service des patients qui leur sont délégués.

Dans son article 1^{er}, le texte redéfinit la profession d'infirmier en l'articulant autour de quatre missions clés : la réalisation de soins et leur évaluation ; le suivi du parcours de santé ; la prévention ; et la participation à la formation. L'article introduit également deux notions centrales : celle de la consultation infirmière et celle de la prescription réalisée par l'infirmier, en reconnaissant à ce dernier la possibilité de prescrire des produits de santé et des examens médicaux dont la liste précise sera déterminée par arrêté ministériel.

Trois lieux d'exercice supplémentaires de la pratique avancée des infirmiers – au sein des services de PMI, de santé scolaire et de l'ASE – sont quant à eux mentionnés à l'article 2. Nous savons tous combien les besoins sont immenses. Le même article propose également à certains infirmiers spécialisés – anesthésistes, de bloc opératoire et puériculteurs – d'exercer en pratique avancée sans obtention de diplôme complémentaire.

Ce texte actant l'évolution des missions des infirmiers et des infirmières, ainsi que la sécurisation de leurs actes, est attendu par toute la profession ; il répond à un véritable besoin sanitaire, dicté par la diversification des besoins médicaux et l'allongement de la durée de vie. Bien sûr, il s'agit d'un premier texte, qui pourra par la suite être complété. Il fait l'objet de nombreux amendements exposant de nombreuses propositions.

Parmi celles-ci, l'introduction d'une quatrième année de formation peut être intéressante, mais elle a pour inconvénient de priver les patients de ces infirmiers et de ces infirmières, qui, en suivant les cours de cette quatrième année, ne seront plus en capacité de dispenser des soins. Comment, pendant cette période, remédier au manque d'infirmiers sur le terrain ? Le problème de la précarité des jeunes étudiants se pose également.

Autre volet abordé : celui de la rémunération des infirmiers. Vu l'évolution de leurs compétences et la multiplicité des actes à réaliser, un débat doit s'ouvrir sur la dégressivité de la facturation de ces derniers. Actuellement, vous le savez, le premier acte est tarifé à 100 %, le deuxième à 50 %, le troisième à 25 % et le quatrième est gratuit. Ce système de cotation des actes présente de nombreuses incohérences ; il doit faire l'objet d'une étude approfondie et déboucher sur un texte consensuel issu de la concertation avec les professionnels.

En conclusion, je préfère voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide : considérant qu'il s'agit d'une première marche importante attendue par la profession, le groupe Droite républicaine votera en faveur du texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe DR.*)

M. le président. La discussion générale est close.

DISCUSSION DES ARTICLES

M. le président. J'appelle maintenant, dans le texte de la commission, les articles de la proposition de loi.

Article 1^{er}

M. le président. La parole est à M. Thierry Frappé.

M. Thierry Frappé. Le groupe Rassemblement national soutient la profession d'infirmier, maillon essentiel de notre système de santé. Ces professionnels sont en première ligne face aux défis médicaux et aux attentes des patients. Ils méritent une reconnaissance accrue de leurs compétences et une revalorisation de leur rôle.

L'article 1^{er} de la proposition de loi va dans ce sens en étendant leurs prérogatives, notamment avec la reconnaissance de la consultation infirmière et la possibilité de prescription. Ces avancées répondent aux évolutions de la pratique et aux besoins des patients. Toutefois, la mise en œuvre d'un tel changement nécessite un encadrement rigoureux : la rédaction actuelle de l'article gagnerait à être

précisée. Par ailleurs, le fait que la liste des médicaments concernés soit définie ultérieurement par décret introduit une incertitude juridique et organisationnelle.

Il est impératif que l'évolution proposée dans le texte se fasse de manière transparente et sécurisée, sans créer de conflits de compétences ni remettre en cause la qualité des soins. Nous devons veiller à ce que cette réforme ne rompe pas l'équilibre du parcours de soins : la relation tripartite entre médecins, infirmiers et pharmaciens est une garantie de qualité, de cohérence et de sécurité dans la prise en charge des patients. Si l'autonomie des infirmiers doit être renforcée, cela ne doit pas se faire au détriment de la coordination médicale.

Notre soutien à cet article est donc conditionné à un encadrement plus précis et à des garanties quant à la continuité des soins. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins, pour soutenir l'amendement n° 182 du gouvernement.

M. Yannick Neuder, ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins. Il s'agit de rétablir l'exception à l'exercice illégal de la médecine pour les consultations. L'amendement vise à revenir à la rédaction initiale de la proposition de loi en réintroduisant la consultation infirmière, encadrée par un décret en Conseil d'État, au sein de l'article relatif à l'exercice illégal de la médecine. En effet, la consultation infirmière que la loi rendra possible permettra à l'infirmier de mobiliser directement un ensemble de soins qui seront définis dans les textes réglementaires. Cependant, certains de ces actes pourraient être considérés comme relevant de l'exercice illégal de la médecine – par exemple quand, dans le cas d'une consultation de plaie, l'infirmier procéderait à la prescription d'examens biologiques. Supprimer toute mention des consultations infirmières au sein de l'article relatif à l'exercice illégal de la médecine risque ainsi de frapper d'illégalité le fondement même de la consultation infirmière – évolution qui est cependant nécessaire à la fluidification des parcours de soins.

M. Aurélien Rousseau. C'est logique !

M. Frédéric Valletoux, président de la commission des affaires sociales. Bravo !

M. le président. Sur l'amendement n° 159, je suis saisi par le groupe Horizons & indépendants d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 182 vise à revenir à la rédaction initiale de la proposition de loi concernant l'exercice illégal de la médecine. Comme la liste des actes permis dans le cadre du droit de prescription fera l'objet d'un arrêté, il importe de protéger les infirmières conduites à pratiquer ces actes d'une éventuelle accusation d'exercice illégal de la médecine, le but n'étant évidemment pas de les mettre en difficulté. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la rapporteure, en commission, nous étions parvenus à un accord au sujet de la dérogation relative à l'exercice illégal de la médecine. Il est important que les choses soient claires. Or, selon moi, les infirmiers ont un rôle et des missions propres, que le texte doit définir.

D'un côté, il y a les médecins, qui exercent leur profession ; de l'autre, les infirmiers, à qui il faut accorder de nouvelles compétences, définies dans la proposition de loi. Réintroduire dans l'article une dérogation à l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine risque d'aboutir à un résultat opposé à la clarification à laquelle nous étions parvenus en commission. Ne créons pas cette zone grise que constitue la dérogation à l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine.

M. le président. La parole est à M. le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins.

M. Yannick Neuder, ministre. Si nous n'adoptons pas cet amendement, nous exposerions les infirmières amenées à pratiquer ces actes directs, dont l'intérêt est reconnu par tous et qui bénéficieront aux patients. Le législateur ne peut pas autoriser ces actes directs sans protéger le bras effecteur, à savoir les infirmières qui les réaliseront. Il ne s'agit pas de créer différents régimes.

Autrement dit, l'amendement vise à protéger la profession.

M. le président. La parole est à M. Aurélien Rousseau.

M. Aurélien Rousseau. Le groupe Socialistes et apparentés considère l'amendement comme bienvenu. Contrairement à ce que soutient le docteur Isaac-Sibille et comme vient de le rappeler le ministre, cet amendement apporte aux infirmières et aux infirmiers la sécurité juridique, voire médico-légale, dont ils ont besoin pour se lancer dans cet exercice nouveau.

M. Thierry Benoit. Bien sûr !

M. Aurélien Rousseau. Qu'ils exercent en libéral ou à l'hôpital, les infirmiers sont souvent désireux de réaliser davantage d'actes, parce que cela les intéresse, mais à condition d'être sécurisés juridiquement et reconnus financièrement.

Il en va de même pour d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens – j'ai vu que Mme Corneloup avait demandé la parole : autorisés à prescrire des médicaments en cas d'angine ou de cystite, ils veulent le faire dans un cadre légal parfaitement sûr, ne les exposant pas à des accusations d'exercice illégal de la médecine.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup. Dans le prolongement de notre collègue, je veux dire qu'il s'agit d'une simple question de cohérence juridique. De telles exemptions ont déjà été appliquées, notamment aux infirmiers procédant à des vaccinations ou agissant en qualité d'aide d'un médecin. Il convient d'étendre ces exemptions aux infirmiers qui réaliseront des consultations infirmières dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Cette mesure de cohérence juridique vise simplement à garantir aux infirmiers qu'ils pourront exercer leurs compétences sans risque de recours.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Tout transfert d'acte nécessite de protéger les agents chargés de cet acte nouveau d'éventuelles accusations d'exercice illégal de la

médecine. Faute de quoi, ils devraient assumer la pleine responsabilité des actes réalisés et risqueraient d'aller au tribunal en cas de difficulté. Il s'agit pour ainsi dire de les couvrir.

(L'amendement n° 182 est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 142 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(L'amendement n° 142, accepté par le gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean Moulliere, pour soutenir l'amendement n° 159.

M. Jean Moulliere. Il vise à mettre en lumière le travail des infirmiers salariés dans les centres de soins infirmiers. Dans ma circonscription, les communes de Templeuve-en-Pévèle et de Falempin comptent plusieurs centres de ce type : essentiels à notre territoire, ils étoffent l'offre de soins de proximité et contribuent au développement de la prévention. Ces centres ont donc une véritable utilité sanitaire et sociale.

Néanmoins, nombre de ces structures rencontrent de réelles difficultés. Chaque année, elles doivent se mobiliser pour obtenir quelques financements, notamment à travers le fonds d'intervention régionale. Leur situation offre peu de visibilité à long terme. Par cet amendement, nous souhaitons montrer aux 520 centres de soins infirmiers que nous ne les oublions pas.

Alors que notre population, vieillissante, aura un besoin croissant de soins à domicile et de proximité, il nous faut garder un œil vigilant sur ces structures qui jouent un rôle essentiel. À ce titre, l'amendement vise à garantir que les infirmières et les infirmiers exerçant en centre de soins soient bien inclus dans le champ d'application du texte. Nous le leur devons.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je comprends votre préoccupation mais ce texte vaut pour l'ensemble des infirmières, de soins généraux ou spécialisées, indépendamment de leur lieu d'exercice. S'il en était autrement, il nous faudrait décliner tous les lieux d'exercice existants, sachant qu'il pourrait en y avoir d'autres demain. Nous ne pouvons pas entrer dans le détail. Le texte s'appliquera bien sûr à toutes les infirmières dès lors qu'elles sont munies d'un diplôme d'État de niveau bac + 3. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je partage l'avis de Mme la rapporteure. Il s'agit d'un seul métier. Rentrer dans ces précisions nous exposerait inutilement. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean Moulliere.

M. Jean Moulliere. J'entends les arguments de Mme la rapporteure et de M. le ministre et je retire l'amendement.

(L'amendement n° 159 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir l'amendement n° 98.

Mme Christine Loir. Il vise à préciser la rédaction de l'alinéa 6. Si nous souhaitons mieux reconnaître le rôle essentiel des infirmières dans la prise en charge des patients, il est utile d'explicitier leurs obligations déontologiques. Cette modification permettra d'inscrire dans la proposition de loi un cadre d'exercice de la profession d'infirmier conforme aux exigences éthiques aussi bien que légales.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Le code de déontologie des infirmiers existe depuis 2016. Il leur est spécifique, chaque profession ayant le sien propre. Il a déjà été actualisé et le sera à nouveau, si nécessaire, après l'adoption du texte. La précision proposée est donc superfétatoire. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. L'amendement est en effet superfétatoire. Je vous invite à le retirer ; à défaut, avis défavorable.

(L'amendement n° 98 est retiré.)

M. le président. L'amendement n° 109 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(L'amendement n° 109, accepté par le gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 23 et 37, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 23.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans la même logique que celle que j'ai défendue précédemment, je pense qu'il faut préciser dans le texte, pour être clair, quels soins relèvent du rôle propre de l'infirmier, à savoir les gestes non invasifs. J'ai bien entendu les arguments de M. le ministre, mais je trouve bizarre d'introduire une dérogation à l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine pour sécuriser les infirmiers. Ceux-ci demandent plutôt un texte de loi qui définisse mieux leurs missions, sans pour autant empiéter sur le champ de la médecine. Tel est le sens de cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Sylvie Bonnet, pour soutenir l'amendement n° 37.

Mme Sylvie Bonnet. Il vise à assurer la sécurité juridique des professionnels de santé et l'exercice de leur métier dans un environnement juridique où tous les actes sont réglementés. À cet égard, il est nécessaire de distinguer les actes de soins invasifs et médicamenteux des actes non invasifs : les premiers relèvent du domaine de la médecine ; les seconds appartiennent en propre aux infirmiers et à la science infirmière.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Le rôle propre et le rôle prescrit sont déjà définis dans le code de la santé publique et constituent les deux parties d'une même mission. D'autre part, on ne peut séparer les rôles en se fondant sur la distinction entre actes invasifs et actes non invasifs : par principe, il arrive qu'une infirmière réalise des actes invasifs, même dans le rôle qui lui est dévolu pour l'instant, et qu'un médecin pratique des actes non invasifs

– une consultation, notamment de prévention, n'est pas invasive. Il est donc inutile de redire ce que la loi dit déjà, d'autant que le partage ne se fait pas selon le critère retenu par l'amendement. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je demande le retrait des amendements ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. La raison est simple : il est très difficile de définir juridiquement ce qui rend un acte invasif. Pour ne prendre qu'un exemple, la prise de température peut être invasive ou non, selon ses modalités. On ne peut donc pas classer l'exercice du métier d'infirmier ainsi, sous peine d'introduire un flou juridique important.

(Les amendements n^{os} 23 et 37, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 38 et 22, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n^o 38 de Mme Sylvie Bonnet est défendu.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 22.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je le retire : les arguments avancés par Mme la rapporteure en commission me suffisent.

(L'amendement n^o 22 est retiré.)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n^o 38 ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Très défavorable. On ne peut faire de prescription orale ! Alors que nous nous sommes battus pendant des années pour assurer la traçabilité des prescriptions, autoriser des prescriptions orales remettrait en cause le fondement même de cette traçabilité et de la responsabilité juridique en cas de problème. Une seule situation permet une telle transgression, madame la députée Bonnet : la réanimation en cas d'arrêt cardiaque – chacun comprend alors la nécessité de procéder oralement. Mais, de grâce, ne touchez pas à l'exigence d'une prescription écrite !

M. le président. Sur l'amendement n^o 102, je suis par le groupe Droite républicaine d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

(L'amendement n^o 38 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, n^{os} 102, 13, 53 et 45, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 13 et 53 sont identiques.

La parole est à Mme Alexandra Martin, pour soutenir l'amendement n^o 102.

Mme Alexandra Martin. Reconnaître l'autonomie infirmière, c'est donner enfin à cette profession la place qu'elle mérite, à la hauteur des compétences cliniques et humaines de ceux qui l'exercent et de la réalité de son exercice. Cette reconnaissance est une nécessité : les infirmiers sont présents

sept jours sur sept, 365 jours par an ; pour de nombreuses personnes en perte d'autonomie, ils sont souvent les seuls professionnels de santé accessibles et intervenant à domicile. Ils sont aussi les garants de l'équité et de l'accès à des soins de qualité pour toute la population.

Autonomie ne signifie pas isolement. Régie par un ordre, la profession infirmière assume pleinement ses responsabilités dans le cadre de son exercice et de sa collaboration avec les autres professionnels de santé. Pourtant, depuis des années, ses compétences et son autonomie clinique sont sous-évaluées, ce qui limite l'efficacité du système de santé.

L'adoption du présent amendement, très attendue par la profession, marquerait une étape importante vers une reconnaissance plus grande. Il vise à clarifier le champ de responsabilité propre aux infirmiers. Il est temps de leur faire confiance et de leur donner les moyens d'exercer pleinement leur métier, au service des patients.

M. le président. L'amendement n^o 13 de M. Lionel Vuibert est défendu.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n^o 53.

M. Stéphane Viry. Je dirai un mot pour soutenir cet amendement que nous devons initialement à notre collègue Alexandra Martin. La profession d'infirmier fait partie des professions qui appartiennent à un ordre, c'est-à-dire qu'elle est régie par des règles qui engagent une responsabilité. Le texte qui nous préoccupe ce soir vise à reconnaître davantage ce très beau métier, à lui redonner une place centrale dans la thérapie et dans les actes médicaux.

Nous avons beaucoup parlé, notamment la semaine passée en commission, de la notion d'autonomie. Si nous retirons toute autonomie à l'infirmier, cela signifie que nous ne lui faisons pas confiance, que nous voulons limiter son action et qu'il n'est donc qu'un simple exécutant. Or il est fondamental, pour respecter l'esprit de cette proposition de loi et satisfaire l'objectif qu'elle s'assigne, de mieux reconnaître le métier d'infirmier en lui accordant une autonomie nouvelle. Nous savons très bien que l'infirmier n'est pas un ovni : c'est un professionnel qui travaille en lien et en coopération avec d'autres acteurs de santé.

Le présent amendement, que je soutiens, respecte totalement l'esprit du texte ; son adoption viendrait le compléter opportunément.

M. le président. L'amendement n^o 45 de Mme Sylvie Bonnet est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces quatre amendements ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je rappelle que le principe d'autonomie est déjà inscrit dans la définition du rôle propre de l'infirmière : en fonction de ses connaissances et de ses compétences, elle assume les actes auxquels elle procède. En l'occurrence, nous voulons étendre cette autonomie en reconnaissant la prescription et la consultation infirmières. Les infirmières pourront donc accomplir ces actes nouvellement reconnus dans le cadre de leur activité.

Il ne s'agit aucunement de leur retirer de l'autonomie ; au contraire, nous voulons étendre celle dont elles disposent déjà en augmentant leur capacité à prendre en charge des patients et en confortant leurs compétences par une formation adaptée. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Même avis. Il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause l'autonomie et la responsabilité de la pratique infirmière. Mme la rapporteure l'a dit : l'autonomie existe déjà. L'amendement est donc satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Aurélien Rousseau.

M. Aurélien Rousseau. L'adoption de cet amendement reviendrait à créer de l'incertitude et non à définir un cadre plus précis. Vous voulez ajouter que l'infirmier exerce « en toute autonomie », ce qui est positif, mais l'article R4312-10 du code de la santé publique, qui mentionne bien les soins « consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science » qu'il doit prodiguer, définit beaucoup mieux ce qu'est l'autonomie de la profession infirmière !

Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle l'infirmier agit « en toute autonomie » n'est pas toujours juste : l'inscrire dans le texte reviendrait à introduire davantage d'incertitude que de sécurité. Encore une fois, si j'ai bien compris sa philosophie, la proposition de loi vise à encadrer et à sécuriser l'élargissement du champ d'exercice des infirmières et des infirmiers, non à leur faire subir de l'incertitude.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 102.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	141
Nombre de suffrages exprimés	137
Majorité absolue	69
Pour l'adoption	8
contre	129

(L'amendement n° 102 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 13 et 53 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 45 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 116 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(L'amendement n° 116, accepté par le gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 133.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit ici de bien nommer les choses. À mon sens, établir un diagnostic, c'est nommer une pathologie d'après des symptômes. Or cela relève de l'exercice médical ; cela fait suite à un examen, à un interrogatoire et éventuellement à des examens complémentaires qui sont menés par un médecin. Les infirmiers ont bien évidemment une compétence, une expertise : ils peuvent analyser des situations données, mais ce n'est pas la même chose qu'établir un diagnostic. Il vaut donc mieux parler d'« expertise infirmière » plutôt que de « diagnostic infirmier ».

Madame la rapporteure, monsieur le ministre, pouvez-vous me donner un exemple de pathologie qui serait révélée par un diagnostic infirmier ?

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Nous sommes en désaccord avec vous, monsieur Isaac-Sibille : le diagnostic médical est distinct du diagnostic infirmier, qui est depuis longtemps intégré dans le rôle propre de l'infirmier et inscrit dans le code de la santé publique.

M. Aurélien Rousseau. Eh oui !

Mme Sandrine Runel. Tout à fait !

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. L'infirmier, en vertu de son rôle propre, doit évaluer les besoins fondamentaux de la personne. Par exemple, il peut diagnostiquer chez un patient des troubles alimentaires qui entraînent une déshydratation, ou des troubles de la mobilité qui sont les signes précurseurs d'une maladie – dont le médecin posera ensuite le diagnostic. L'infirmier concourt donc au diagnostic médical, d'une certaine manière, mais le diagnostic infirmier relève de son rôle propre : il n'équivaut pas au diagnostic médical. Ce sont deux champs différents qui participent chacun à leur manière de la définition de la maladie, et c'est bien pour cela que l'on précise toujours si un diagnostic est « médical » ou « infirmier ».

M. Aurélien Rousseau. Très juste !

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je comprends votre préoccupation : le fait d'employer le même mot peut laisser penser que l'on désigne la même chose. Mais il ne faut pas oublier que l'on précise toujours qu'un diagnostic est « médical » ou « infirmier », comme Mme Dubré-Chirat vient de le rappeler, tout en précisant la nuance entre diagnostic et expertise.

Je me suis replongé dans nos cours de sémiologie de troisième année d'études de médecine : c'est suite à un examen clinique qui permet la lecture des signes généraux, des signes fonctionnels et des signes physiques de la maladie que nous sommes amenés à poser un diagnostic médical, puis à élaborer un traitement et une prise en charge. Or l'observation de ces trois éléments de sémiologie clinique ne fait absolument pas partie des attributions des infirmières !

Je peux comprendre que l'on craigne une confusion, mais il suffit de bien avoir en tête la notion telle qu'elle est enseignée à la faculté pour comprendre qu'il s'agit bien de deux démarches distinctes. Quant à l'expertise, elle recouvre une réalité encore différente. Avis défavorable ou demande de retrait.

M. le président. La parole est à Mme Sandrine Runel.

Mme Sandrine Runel. Mme la rapporteure l'a très bien expliqué : le diagnostic infirmier existe et fait partie de la formation des infirmiers. L'amendement est donc presque dangereux : l'adopter reviendrait à régresser en matière de prescription infirmière. Nous nous y opposerons et soutiendrons l'avis de la rapporteure.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Si je comprends bien les propos de notre collègue Isaac-Sibille, la discussion porte sur le terme de diagnostic. Il faut donc revenir à l'étymologie grecque du mot, qui désigne originellement la « capacité à discerner ». Or je crois que les infirmières sont tout à fait capables de discernement. La notion de diagnostic infirmier ne me choque pas

du tout et je m'opposerai à l'amendement. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe EPR. – M. Jean-Yves Bony applaudit.*)

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup. En effet, il ne faut pas opposer diagnostic médical et diagnostic infirmier : ils sont tout à fait complémentaires. Le diagnostic médical a pour vocation de reconnaître une pathologie, tandis que le diagnostic infirmier se positionne sur des données cliniques et formule des préconisations. Cela arrive tous les jours, par exemple dans des cas de dénutrition ou d'atteinte à l'intégrité cutanée à la suite d'une position allongée prolongée.

M. le président. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Pour rejoindre ce qu'ont dit mes collègues, le diagnostic existe dans chaque profession paramédicale. Ainsi, le bilan diagnostic kinésithérapique permet d'évaluer les déficiences et les incapacités du patient avant de définir une rééducation. C'est aussi la force de ces professions : à chaque séance, à chaque consultation, un nouveau diagnostic est posé en tenant compte des évolutions, pour adapter la thérapeutique mise en place. Alors certes, le diagnostic est davantage associé aux médecins, mais sachez que chaque profession paramédicale s'y exerce au quotidien.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je ne retirerai pas mon amendement car c'est un sujet essentiel à mes yeux. Le diagnostic, ce n'est pas seulement le discernement !

Mme Stéphanie Rist. Je rappelais l'étymologie du mot !

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est une démarche qui permet, par l'observation, le raisonnement et l'expérience, d'identifier une maladie ou un désordre physiologique et ses agents causaux. Pour moi, c'est la même chose dans les deux cas !

Dans ce texte, nous devons fixer les missions du médecin et le rôle propre de l'infirmier, en faisant monter ce dernier en compétence. En introduisant la notion de diagnostic infirmier à cet endroit du texte, on entretient un flou entre la pratique médicale et la pratique infirmière. Le diagnostic porte sur une pathologie ! Vous dites que les deux types de diagnostic existent, mais il faut que les choses soient claires ; c'est ainsi que nous éviterons tout problème.

M. le président. Les quatre interventions des députées n'ayant pas convaincu le docteur Isaac-Sibille (*Sourires*), je mets aux voix l'amendement.

(*L'amendement n° 133 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir l'amendement n° 78.

Mme Christine Loir. Il vise à permettre aux infirmiers de prescrire certains médicaments non soumis à une prescription médicale obligatoire. En leur donnant plus d'autonomie, il faciliterait l'accès aux soins, allégerait la charge des médecins et garantirait une prise en charge plus facile et plus efficace des patients.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Nous ne souhaitons pas, pour le moment, étendre le droit de prescription des infirmières au-delà de l'exercice de leur rôle propre. Des

discussions auront lieu ultérieurement à propos de potentiels transferts de tâches concernant les prescriptions, mais ce n'est pas l'objet de la présente proposition de loi.

M. Aurélien Rousseau. Très juste !

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je n'ai pas complètement compris votre amendement, madame Loir : vous parlez de produits qui ne nécessitent déjà pas de prescription médicale. Voulez-vous le remboursement de médicaments qui ne sont pas soumis à une prescription médicale obligatoire ? Si c'est votre but, ce n'est pas l'esprit de la proposition de loi et cela ne me semble pas souhaitable. Mon avis est donc défavorable, mais dites-moi si j'ai bien compris le sens de votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme Christine Loir.

Mme Christine Loir. Oui, vous m'avez bien comprise, monsieur le ministre. Certains patients vont voir leur médecin simplement pour avoir du Doliprane. L'objectif est d'alléger le travail des médecins.

(*L'amendement n° 78 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Hendrik Davi, pour soutenir l'amendement n° 152.

M. Hendrik Davi. Il tend à préciser que la prescription de produits de santé et d'exams complémentaires doit se faire en lien avec le diagnostic réalisé par l'infirmier. Il s'agit d'éviter que les patients, du fait de la pénurie de médecins, ne fassent pression sur l'infirmier pour qu'il leur signe des prescriptions en dehors de son domaine de compétence, d'où l'intérêt de retenir cette notion de diagnostic infirmier, qui est un très beau terme, n'en déplaise à M. Isaac-Sibille.

M. le président. Ne retournez pas le couteau dans la plaie. (*Sourires.*)

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Il n'est pas toujours nécessaire de réaliser un diagnostic infirmier. Je suis donc défavorable à l'amendement.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Avis défavorable. J'ai bien entendu vos explications, mais l'article précise déjà que la prescription doit être en lien avec le diagnostic réalisé par l'infirmier.

(*L'amendement n° 152 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir les amendements nos 15 et 16, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Christophe Bentz. L'amendement n° 15 de mon collègue Thomas Ménagé vise à exclure les médicaments classés comme stupéfiants de la liste des produits de santé que les infirmiers seraient autorisés à prescrire. En effet, ces médicaments présentent un risque sanitaire non négligeable : ils sont puissants et peuvent entraîner une addiction. Il n'est pas impossible non plus qu'en raison de ces caractéristiques, ils soient détournés de leur usage.

La proposition de loi prévoit d'autoriser les infirmiers à renouveler l'ordonnance de certains médicaments pour décharger les médecins. Il faut cependant rester vigilants : le principe de précaution impose de réserver aux médecins la prescription de certains médicaments, dans l'intérêt du patient. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

L'amendement n° 16 est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Seuls les médecins ont le droit de prescrire des stupéfiants et il n'y a aucune raison pour qu'il en aille autrement demain. Si l'on devait décider d'accorder aux infirmiers la compétence de prescrire des médicaments, ce serait pour ceux de niveau 1, et non pour les stupéfiants. Il n'y a pas de raison de le préciser, ni de s'inquiéter. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Même avis, car l'amendement est satisfait. Les médicaments que vous avez cités ne peuvent être prescrits que par des médecins et il n'est pas prévu d'accorder cette compétence aux infirmiers.

M. le président. Retirez-vous les amendements, monsieur Bentz ?

M. Christophe Bentz. J'ai bien compris les arguments de la rapporteure et du ministre mais, par principe, ces amendements ayant été déposés à l'initiative de mon collègue Thomas Ménagé, je ne les retirerai pas.

(Les amendements n° 15 et 16, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 75 de Mme Christine Loir est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Avis défavorable, car cette mesure serait trop lourde à appliquer. Du reste, les protocoles de coopération médico-infirmiers existent déjà, en particulier chez les pompiers, et ils peuvent être signés par la Haute Autorité de santé (HAS). Ils restent malheureusement rares car ils sont complexes à établir.

(L'amendement n° 75, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 44, 62, 136 et 170.

La parole est à Mme Sylvie Bonnet, pour soutenir l'amendement n° 44.

Mme Sylvie Bonnet. Il tend à solliciter le seul avis de la HAS, sans avis complémentaire de l'Académie nationale de médecine.

M. le président. La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 62.

Mme Justine Gruet. La proposition de loi ayant pour objet la reconnaissance de la profession d'infirmier, il est important de soumettre la liste des produits de santé et des examens complémentaires pouvant être prescrits par l'infirmier à l'avis d'une autorité transversale, visant l'intérêt général, plutôt qu'à une autorité médicale. L'amendement se justifie d'autant plus que nous entretenons avec la HAS un lien

privilegié qui nous permet de lui transmettre régulièrement les sujets sur lesquels les professionnels de santé nous interpellent. D'ailleurs, la commission des affaires sociales auditionnera mercredi son président.

M. le président. L'amendement n° 136 de M. Yannick Monnet est défendu.

La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour soutenir l'amendement n° 170.

Mme Stéphanie Rist. Nous proposons de ne pas solliciter l'avis de l'Académie nationale de médecine, non par manque de respect à son égard, mais parce que nous le connaissons déjà.

À la suite de la promulgation, il y a deux ans, de la loi dont j'étais à l'initiative et que nous avons adoptée à la quasi-unanimité, l'Académie nationale de médecine a publié un communiqué de presse, en février 2024, rappelant qu'elle n'approuvait pas le principe de prescriptions sans diagnostic réalisé par un médecin.

Pour que ce texte entre en vigueur le plus rapidement possible, ce que nous souhaitons tous, je propose que nous nous passions de l'avis de l'Académie nationale de médecine.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je ne suis pas normande, mais il me semble important de maintenir les deux avis. L'Académie nationale de médecine doit être consultée sur la liste des produits et examens pouvant être prescrits par les infirmiers dans la mesure où ce droit est transféré à partir des médecins. Les deux avis sont nécessaires même si les évolutions que nous proposons peuvent susciter des crispations, nous le savons.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je suis du même avis. Je peux comprendre que, par souci de simplification et de rapidité, on soit tenté de se passer de l'avis de l'Académie nationale de médecine – et pourquoi pas, également, de celui de la HAS –, mais n'oublions pas que, dans bon nombre de situations, les avis de l'Académie nationale de médecine et de la HAS nous protègent.

M. le président. La parole est à M. Aurélien Rousseau.

M. Aurélien Rousseau. Je n'approuve pas ces amendements identiques. Certains avis de l'Académie nationale de médecine sont, il est vrai, désespérants, mais c'est loin d'être le cas de tous. Ainsi, la semaine dernière, elle a reconnu l'existence, dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde, d'un énorme biais de genre. On était loin d'imaginer que cette institution était devenue le temple du wokisme. Jamais elle n'aurait rendu un tel avis il y a quelques années. Faisons confiance à la capacité d'évoluer de cette structure. L'Académie nationale de médecine a montré qu'elle pouvait évoluer ; nous devons continuer à lui demander son avis, sinon elle pourrait devenir une ferme opposante à toutes nos réformes. Or nous avons besoin d'embarquer les médecins avec nous dans cette dynamique, le plus largement possible.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Je suis d'accord, c'est une bonne chose que l'Académie nationale de médecine nous montre qu'elle peut évoluer, mais, en l'occurrence, nous lui avons déjà posé la question il y a un an. Or nous avons tous envie d'aller vite. Les députés ont été unanimes lors de la discussion générale : ce texte doit être adopté et entrer en vigueur le plus rapidement possible. Pour les textes précédents, il a fallu deux ans avant que le décret soit pris. Ce n'est pas une critique, car je sais que chacun d'entre vous est animé de la volonté d'avancer, mais demander plusieurs fois un avis sur un même sujet nous fait perdre beaucoup de temps. Voilà pourquoi je pense que notre amendement est utile. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe EPR.*)

(*Les amendements identiques n^{os} 44, 62, 136 et 170 sont adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n^o 93.

M. Christophe Bentz. Il ne faut surtout pas opposer médecins et infirmiers, qui forment naturellement un binôme complémentaire, notamment parce qu'ils travaillent dans un exercice coordonné. C'est pourquoi je vous propose de solliciter les avis de l'Ordre des médecins, de l'Ordre des infirmiers et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour fixer la liste des produits de santé et des examens complémentaires pouvant être prescrits par les infirmiers.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. En l'espèce, nous pouvons nous passer de l'avis de l'ANSM, qui se prononce d'ordinaire sur la composition et la distribution des médicaments. Nous disposons de suffisamment d'avis pour avancer. Je vous invite à retirer l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Ce n'est pas le rôle des ordres, qu'il s'agisse de l'Ordre des médecins ou de l'Ordre des infirmiers, de donner leur avis sur une telle liste et je partage la position de la rapporteure concernant l'ANSM. Autant il me semble important de conserver les avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine, autant il me semble nécessaire de ne pas alourdir davantage le dispositif. Entre la simplification à outrance et l'excès de complexification, essayons de trouver une voie médiane, équilibrée et protectrice de l'intérêt des patients.

M. le président. La parole est à M. Frédéric Weber.

M. Frédéric Weber. J'ai bien compris vos arguments, monsieur le ministre, mais rappelez-vous tout de même que la profession est divisée en trois catégories : les infirmiers libéraux, moteurs de l'évolution inscrite dans la proposition de loi, mais aussi les infirmiers du secteur privé et ceux de la fonction publique hospitalière. En France, 80 % des infirmiers ne sont pas libéraux, mais ce texte engagera l'ensemble de la profession. L'Ordre des infirmiers est le seul organisme à représenter les trois catégories d'infirmiers. Faire fi de son avis sur des questions déontologiques ou sur le décret relatif aux actes infirmiers n'est pas raisonnable. Vous nous demandez, en gros, de vous donner les clés du camion et de vous faire confiance, sans préciser les actes. Qu'il s'agisse des délégations de tâche, de la prescription de médicaments ou des actes, il faut être précis, sinon c'est de l'enfumage.

Quant à la reconnaissance des infirmiers, elle passera par une différenciation entre le libéral et le privé. N'oubliez pas le slogan scandé par les infirmières quand elles sont descendues dans la rue, il y a quelques décennies, pour défendre leur profession : « Ni nonnes, ni connes ! » (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes RN et UDR.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Yannick Neuder, ministre. Loin de moi l'idée de prendre les infirmières pour des nonnes ou des connes. Cela fait trente ans que je travaille avec elles et que je les respecte. Nous ne pourrions guère soigner les gens dans ce pays sans elles ou sans eux.

Poursuivons le débat jusqu'au bout. J'aime bien les grandes tirades, mais restons raisonnables : il ne s'agit ici que d'établir la liste des produits de santé pouvant être prescrits par les infirmiers, et de rien d'autre. Définissons clairement la liste de ces produits – un arrêté doit sortir prochainement à ce sujet, en accord avec les sociétés savantes et les ordres concernés –, mais n'ajoutons pas de la complexité dans le texte si ce n'est pas nécessaire.

M. Gabriel Attal. Où est-il, cet arrêté ?

M. Yannick Neuder, ministre. Cet arrêté, c'est celui que vous n'avez pas pris, monsieur Attal, mais je vais m'empressement de combler très vite cette lacune ! (*Sourires.*)

(*L'amendement n^o 93 n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n^o 171 de Mme Stéphanie Rist est défendu.

(*L'amendement n^o 171, accepté par la commission et le gouvernement, est adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir l'amendement n^o 89.

Mme Christine Loir. Il vise à inscrire dans la proposition de loi la possibilité pour l'infirmier de proposer la consultation d'un médecin ou de tout professionnel compétent lorsqu'il l'estime nécessaire. Cette disposition figure déjà dans le code de déontologie des infirmiers. À l'instar des médecins qui prêtent le serment d'Hippocrate, les infirmiers disposent de leur propre code de déontologie qui garantit la qualité des soins qu'ils prodiguent. L'objectif est de renforcer leur autonomie et leur responsabilité en reconnaissant leur rôle central dans l'accompagnement des patients et la coordination des soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Lorsqu'elle atteint les limites de sa prise en charge, l'infirmière renvoie le patient vers un médecin compétent, généraliste ou spécialiste, conformément à sa mission d'orientation. La proposition de loi offre un cadre suffisamment large pour qu'il ne soit pas nécessaire de redéfinir chacune des missions de la profession. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. L'amendement est satisfait puisque cette disposition est déjà prévue par le code de déontologie des infirmiers.

(*L'amendement n^o 89 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 30 et 70.

L'amendement n^o 30 de Mme Christelle Petex est défendu.

La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n^o 70.

M. Stéphane Viry. Dans le même esprit que la proposition de loi qui cherche à assouplir l'exercice de la profession d'infirmier, cet amendement vise à sortir du cadre rigide du décret d'actes, contraignant et coercitif, en offrant une flexibilité indispensable autour de missions qui pourront être élargies par voie réglementaire.

Je suis d'avis d'autoriser le passage de flambeau tout en préservant la possibilité de donner de nouvelles missions aux infirmières par voie réglementaire. Il faut admettre que le métier d'infirmier – comme la médecine – évolue et lui permettre d'effectuer sa mutation au gré des changements des besoins des patients. Avec l'adjonction de l'adverbe « notamment », cet amendement propose d'assouplir très légèrement la rédaction du texte pour éviter de recréer un nouveau carcan, ce qui serait contradictoire avec l'objectif poursuivi.

(Les amendements identiques n^{os} 30 et 70, repoussés par la commission et le gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n^{os} 155, 12, 25, 69, 71 et 33, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 25, 69 et 71 sont identiques.

La parole est à Mme Karen Erodi, pour soutenir l'amendement n^o 155 sur lequel le groupe La France insoumise-Nouveau Front populaire a demandé un scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Mme Karen Erodi. L'occasion nous est donnée de reconnaître que la conciliation médicamenteuse constitue une mission socle de la profession d'infirmier : c'est essentiel ! En effet, entre 1 et 10 % des prescriptions hospitalières contiennent des incohérences de sorte que, chaque année, 30 % des effets indésirables graves des prescriptions sont liés à des erreurs médicamenteuses. Alors que ce sont les infirmiers et les infirmières qui détectent en premier ces erreurs sur le terrain, leur rôle dans la sécurisation des traitements n'est pas reconnu. Leur vigilance sauve des vies : nous devons leur donner les moyens d'agir en officialisant cette mission dans la loi.

Cet amendement s'inscrit dans la continuité des dispositions de l'article R.4312-41 du code de déontologie des infirmiers qui impose la transmission au médecin prescripteur de toute information médicale essentielle. Clarifier et renforcer ce cadre, c'est prévenir plutôt que subir et protéger nos soignants et nos patients. Reconnaissons la montée en technicité du métier et gravons-la dans le marbre ! *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NFP.)*

M. le président. La parole est à M. Laurent Croizier, pour soutenir l'amendement n^o 12.

M. Laurent Croizier. Cet amendement vise à intégrer explicitement le processus de conciliation médicamenteuse dans les missions fondamentales des infirmiers. Cette démarche est cohérente avec le code de déontologie des infirmiers qui

souligne l'importance de la communication entre l'infirmier et le médecin prescripteur concernant toute information pertinente pour l'adaptation du traitement du patient.

La Haute Autorité de santé a déjà reconnu la contribution des infirmiers au processus de conciliation médicamenteuse. Il est plus que pertinent de confirmer son avis en ajoutant cette mission dans l'article.

M. le président. Nous en venons à l'examen des trois amendements identiques, n^{os} 25, 69 et 71.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 25.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ce soir, nous souhaitons tous consacrer la montée en compétences des infirmiers. Parmi ces compétences, la conciliation médicamenteuse est, selon moi, essentielle. Proches des patients, les infirmiers peuvent en effet observer les effets indésirables d'un traitement et éviter toute contre-indication. Si ce rôle est déjà reconnu par voie réglementaire, il est important de l'inscrire dans la loi afin de préciser les missions des infirmiers en matière de médicaments.

M. le président. La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n^o 69.

M. Yannick Monnet. Cet amendement, issu des propositions formulées par Convergence infirmière, vise à inscrire le processus de conciliation médicamenteuse au titre des missions socles assurées par les infirmiers. Selon la HAS, la conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses qui permet de garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Or les infirmiers, en accompagnant un patient tout au long de ce parcours, ou à divers moments de celui-ci, assurent les missions de prévention, d'adaptation et de surveillance de la prise en charge médicamenteuse. L'inscription de la participation des infirmiers au processus de conciliation médicamenteuse nous semble légitime.

M. le président. L'amendement n^o 71 de M. Stéphane Viry est défendu.

La parole est à Mme Sandrine Runel, pour soutenir l'amendement n^o 33.

Mme Sandrine Runel. Il vise lui aussi à inscrire la conciliation médicamenteuse – qui permet de prévenir et corriger les erreurs médicamenteuses, de renforcer la détection de l'iatrogénie et de favoriser la transmission d'informations complètes sur les traitements du patient – parmi les missions de la profession d'infirmier.

Le code de déontologie des infirmiers prévoit déjà que celui-ci communique au médecin prescripteur toute information susceptible de permettre une meilleure adaptation du traitement. L'objectif de cet amendement est de préciser que la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins fait partie des missions socles de la profession d'infirmier. C'est une manière de reconnaître leur profession et leurs qualités.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. La conciliation médicamenteuse est définie par la HAS comme « une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge

médicamenteuse du patient dans son parcours de soins ». C'est donc une composante de la coordination du parcours de soins du patient, déjà citée comme une mission des infirmières par l'article 1^{er} de la proposition de loi dans sa rédaction actuelle.

Par ailleurs, la HAS a expressément prévu la contribution des infirmières au processus de conciliation médicamenteuse dans son guide de conciliation publié en 2018. Il n'est donc pas utile de le préciser de nouveau dans la loi.

Tout comme les pharmaciens, les infirmières sont très souvent à l'origine d'alertes des médecins sur la rédaction d'ordonnances, l'association de médicaments, les dosages ou les incompatibilités. Elles sont très attentives à la prise en charge médicamenteuse : tout cela existe déjà. Je demande donc le retrait des amendements. À défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement sur tous ces amendements ?

M. Yannick Neuder, ministre. J'ai bien entendu les arguments énoncés. L'interaction médicamenteuse est un tel problème, elle peut entraîner de tels méfaits sur la santé des patients – c'est une cause importante d'iatrogénie et d'hospitalisations – que, malgré, la position de la rapporteure, je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée sur l'ensemble des amendements.

M. Aurélien Rousseau. C'est sage, monsieur le ministre !

M. le président. La parole est à Mme Danielle Brulebois.

Mme Danielle Brulebois. Je soutiens ces amendements, notamment celui de mon collègue Croizier. Ils répondent à une demande du conseil interdépartemental du conseil des infirmiers comtois. C'est une bonne chose de favoriser le partage d'informations, l'association du patient et la pratique multiprofessionnelle – désormais courante – et de les inscrire dans la loi et les habitudes. S'il y a très peu d'erreurs médicamenteuses, elles existent et 4 % d'entre elles peuvent être très graves.

M. le président. La parole est à Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet. Je voulais être certaine de comprendre : la conciliation médicamenteuse, c'est s'assurer que le patient suit bien le traitement prescrit et, en cas de doute sur l'interaction entre médicaments, faire de nouveau appel au médecin ? L'infirmier ne prend donc pas l'initiative de modifier la prescription ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Exactement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 155.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	158
Nombre de suffrages exprimés	142
Majorité absolue	72
Pour l'adoption	83
contre	59

(L'amendement n° 155 est adopté; en conséquence, les amendements 12, 25, 69, 71 et 33 tombent.)

M. le président. L'amendement n° 118 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(L'amendement n° 118, accepté par le gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 54, 31, 64, 72, 120, 153 et 174, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 31, 64, 72, 120, 153 et 174 sont identiques : le groupe Écologiste et social demande qu'ils fassent l'objet d'un scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Les amendements n°s 54 de M. Stéphane Viry et 31 de Mme Christelle Petex sont défendus.

La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 64.

Mme Justine Gruet. Alors que les soins relationnels sont centraux dans la pratique infirmière, ils sont juste mentionnés au titre de la première mission des infirmiers. Pour mémoire, la proposition de loi destinée à porter la réforme de la profession infirmière telle qu'elle a été déposée énumère quatre missions principales pour les infirmières : soins techniques, coordination, prévention et formation. Pour donner leur juste place aux soins relationnels, il semble important d'en faire une mission à part entière.

La relation d'aide ne se limite pas au réconfort. Elle joue un rôle fondamental dans la compréhension des traitements et l'adhésion du patient à son parcours de santé. Face à une prescription complexe ou un diagnostic difficile, l'infirmière ou l'infirmier est là pour décoder l'information et la rendre accessible. Il convient d'énoncer clairement cette mission d'accompagnement. Les patients expriment de plus en plus un besoin d'humanisation des soins et un besoin de repère dans un système parfois déshumanisé.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n° 72.

M. Stéphane Viry. Nous visons le même objectif : humaniser la relation de soins. La proposition de loi issue de la commission fixe cinq missions aux infirmiers. Dès lors que nous cherchons à humaniser la profession d'infirmier, il convient d'inscrire concrètement dans le texte la mission d'accompagner et d'aller chercher le consentement des patients. Il s'agit d'humaniser le contrat médical entre un infirmier et son patient. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 120.

M. Yannick Monnet. Ce qui fait du bien à la tête fait du bien au corps ! Il est indispensable d'inscrire les soins relationnels comme une sixième mission socle.

M. le président. La parole est à Mme Karen Erodi, pour soutenir l'amendement n° 153.

Mme Karen Erodi. Par cet amendement, nous souhaitons réparer un oubli majeur : la relation d'aide, placée au cœur de la profession d'infirmier, est absente des missions socles. On parle de soins techniques, de coordination, de prévention, de formation : où est l'humain ?

Les chiffres sont pourtant clairs : un patient sur deux ne suit pas correctement son traitement faute d'accompagnement adapté. Or, les infirmières et infirmiers jouent un rôle clé dans la mise en place de ces soins relationnels qui permettent d'expliquer un traitement, d'accompagner un patient face à un diagnostic difficile, de favoriser son adhésion aux soins et, *in fine*, d'améliorer ses résultats cliniques. Traduire les soins pour le patient, c'est aussi soigner !

Cet amendement, travaillé avec le syndicat national des professionnels infirmiers ne demande qu'une chose : reconnaître ce travail invisible et pourtant essentiel. C'est une question de bon sens et de justice pour celles et ceux qui tiennent notre système à bout de bras et pour assurer une prise en charge plus humaine et plus efficace.

M. le président. La parole est à M. Hendrik Davi, pour soutenir l'amendement n° 174.

M. Hendrik Davi. Nous en conviendrons toutes et tous ici : il est nécessaire de préciser dans la loi que les soins relationnels et le soutien psychologique sont des parties intégrantes du métier d'infirmier.

Il serait bon également de faire en sorte que les conditions matérielles d'exercice rendent possible la réalisation de cette mission de soins relationnels. Il faut donc en finir avec la surcharge de travail : les infirmières ne peuvent pas exercer cette mission faute de temps et de moyens suffisants. Cela doit nous conduire à aborder la tarification à l'acte, absente de ces débats, qui déshumanise complètement les métiers de tous les soignants et notamment celui des infirmières.

M. Yannick Neuder, ministre. Ce n'est pas le sujet !

M. Hendrik Davi. Enfin, je l'ai dit lors de la discussion générale, les infirmières sont insuffisamment rémunérées ; elles doivent courir d'un patient à l'autre, ce qui rend difficile la réalisation d'un soin relationnel. (*Mme Élise Leboucher applaudit.*)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 54 et sur la série d'amendements identiques ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Parmi les missions de l'infirmier, la proposition de loi cite d'abord : « Dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ». Ainsi, les soins relationnels sont-ils déjà mentionnés.

Les soins relationnels plus spécifiques tels que la relation d'aide et la relation d'aide thérapeutique figurent dans la nomenclature des actes.

Il est impossible de faire un soin sans relation mais il est impossible de le codifier. Les actes de relations pures sont codifiés. Il n'est donc pas nécessaire de compléter le texte.

M. Jean Terlier. C'est très clair, merci !

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Parfois, la dimension relationnelle sur laquelle s'appuie l'infirmière permet l'acceptation et la bonne délivrance d'un soin : nous le voyons bien en matière de chimiothérapie. J'ai bien entendu les différents groupes et je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

Toutefois, s'il est impossible d'être défavorable à ce qu'expriment ces amendements, il n'en demeure pas moins que la dimension relationnelle sera précisée par voie réglementaire dans les textes d'application.

M. Jean Terlier. C'est superfétatoire !

(*L'amendement n° 54 est retiré.*)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 31, 64, 72, 120, 153 et 174.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	152
Nombre de suffrages exprimés	150
Majorité absolue	76
Pour l'adoption	96
contre	54

(*Les amendements identiques n°s 31, 64, 72, 120, 153 et 174 sont adoptés.*)

M. le président. La parole est à Mme Nicole Le Peih, pour soutenir l'amendement n° 51.

Mme Nicole Le Peih. Il me tient à cœur et est plus qu'un amendement d'appel. Dans nos territoires, notamment ruraux, l'accès aux soins est un défi quotidien. Les 650 000 infirmiers et infirmières constituent souvent le premier recours, particulièrement pour les personnes âgées et isolées, ce sont de véritables chevilles ouvrières.

Pourtant leur rôle dans l'orientation des patients vers le bon spécialiste ou la structure adaptée reste insuffisamment reconnu. Cet amendement vise à renforcer cette mission essentielle. En effet, un parcours de soins trop fragmenté entraîne des ruptures de prise en charge qui pénalisent tant les patients que le système de santé.

Le fait d'inscrire explicitement ce rôle d'orientation parmi leurs missions garantirait une meilleure fluidité des soins et une réponse plus efficace aux besoins de santé locaux. Cette mesure pragmatique répond à un besoin réel observé sur le terrain et à l'urgence d'un accès aux soins plus structuré dans nos territoires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je comprends votre demande mais votre amendement est satisfait depuis que nous avons modifié le texte en commission pour préciser que l'infirmière était chargée de l'orientation et de la coordination dans le cadre du parcours de soins du patient. Je vous demande de le retirer ; j'émettrai, à défaut, un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je demande le retrait au profit de l'amendement n° 123 de Mme la rapporteure. À défaut, avis défavorable.

M. le président. Madame la députée, maintenez-vous votre amendement ?

Mme Nicole Le Peih. Je le maintiens pour les infirmières.

(*L'amendement n° 51 n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 123 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(L'amendement n° 123, accepté par le gouvernement, est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 135 de Mme Christine Loir est défendu.

(L'amendement n° 135, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 18, 56 et 104.

La parole est à M. Lionel Vuibert, pour soutenir l'amendement n° 18.

M. Lionel Vuibert. Il est important de reconnaître la participation des infirmiers, notamment libéraux, aux soins de premier recours, lesquels contribuent à l'offre de soins ambulatoires en assurant aux patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation à la santé. C'est pourquoi il est proposé, par cet amendement, d'inscrire dans la loi qu'il s'agit d'une mission à part entière de la profession infirmière.

M. le président. La parole est à M. Charles de Courson, pour soutenir l'amendement n° 56.

M. Charles de Courson. Cet excellent amendement a été excellemment exposé par mon prédécesseur.

M. le président. L'amendement n° 104 de Mme Alexandra Martin est défendu.

Je vous informe que, sur les amendements n° 18 et identiques, j'ai reçu, dans les temps, du groupe Rassemblement national, une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Malgré l'excellence des amendements, j'émet un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Excellemment défavorable !

M. le président. Chers collègues, êtes-vous d'accord pour procéder dès maintenant au scrutin public ? *(Assentiment.)*

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 18, 56 et 104.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	132
Nombre de suffrages exprimés	115
Majorité absolue	58
Pour l'adoption	59
contre	56

(Les amendements identiques n° 18, 56 et 104 sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs demandes de scrutin public : sur l'amendement n° 157, par le groupe La France insoumise-Nouveau Front populaire, sur les amendements identiques n° 150 et 161 par le groupe Écologiste et social et sur l'article 1^{er} par le groupe Droite républicaine.

Les scrutins sont annoncés dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Les amendements n° 83 de Mme Christine Loir et 73 de M. Stéphane Viry sont défendus.

(Les amendements n° 83 et 73, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 139.

M. Yannick Monnet. Il s'agit d'un amendement de précaution. Puisque de nombreuses dispositions seront prises par décret, nous demandons que les représentants des professionnels et les ordres des professions soient consultés sur le décret à venir.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. C'est déjà prévu, donc avis défavorable.

(L'amendement n° 139, repoussé par le gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 32 de Mme Christelle Petex est défendu.

(L'amendement n° 32, repoussé par la commission et le gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Élise Leboucher, pour soutenir l'amendement n° 157.

Mme Élise Leboucher. Nous proposons, par cet amendement, que l'arrêté fixant la liste des actes et soins réalisés par les infirmiers soit pris après avis simple, émis dans un délai de trois mois, des organisations professionnelles représentatives et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie liées par la convention nationale mentionnée dans le code de la sécurité sociale.

La présente proposition de loi constitue une réponse à des revendications formulées de longue date par les infirmières comme la reconnaissance statutaire et la reconnaissance de leurs compétences. Cette refonte suppose de définir les missions pour lesquelles les infirmières pourraient disposer d'une plus grande autonomie mais aussi de faire évoluer de façon significative le décret d'actes.

Les professionnels concernés, qui négocient déjà les actes et leur tarification dans le cadre de la convention les liant à l'assurance maladie, doivent être associés à ce processus.

Nous avons aussi entendu les préoccupations légitimes de la profession infirmière qui met en garde sur les absences, ou les retards, de certains acteurs qui risqueraient de ralentir cette refonte des actes infirmiers.

C'est pourquoi nous proposons, afin de permettre une déclinaison réglementaire rapide, d'inscrire dans la loi que l'avis des parties conventionnelles doit être émis dans un délai de trois mois. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.*)

Mme Marie Mesmeur. Excellent !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Vous souhaitez solliciter un avis supplémentaire. Cela semble superflu, car les différents partenaires sont déjà associés aux discussions.

Par ailleurs, s'agissant d'une telle concertation, un délai de trois mois peut se révéler trop court. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. L'amendement étant satisfait, j'émet un avis défavorable.

M. René Pilato. Si ça n'est pas avant trois mois, ça sera jamais !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 157.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	143
Nombre de suffrages exprimés	136
Majorité absolue	69
Pour l'adoption	66
contre	70

(*L'amendement n° 157 n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 124 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(*L'amendement n° 124, accepté par le gouvernement, est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 43 de Mme Sylvie Bonnet est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Défavorable, l'amendement est satisfait.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

(*L'amendement n° 43 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 150 et 161.

La parole est à Mme Élise Leboucher, pour soutenir l'amendement n° 150.

Mme Élise Leboucher. Nous l'avons dit en commission, et répété en séance lors de la discussion générale : cette réforme de la profession, qui prévoit la reconnaissance des compétences et domaines d'expertise des infirmières, doit nécessai-

rement s'accompagner d'une remise à plat complète et d'une revalorisation des grilles salariales ainsi que d'une refonte des tarifs dans le cadre du paiement à l'acte.

Pour rappel, les infirmières françaises gagnent près de deux fois moins que leurs homologues belges et 10 % de moins que la moyenne européenne.

S'agissant des infirmières libérales, la tarification des actes n'a pas augmenté depuis 2009 et les indemnités kilométriques ont stagné tandis que les prix du carburant flambaient.

Alors que nous avons célébré le 8 mars la Journée internationale de lutte pour les droits des femmes, rappelons que la profession demeure très féminisée et souffre d'une reconnaissance insuffisante, non seulement sur le plan salarial mais aussi sur celui de sa pénibilité.

Cet amendement inspiré d'une recommandation du rapport « Évolution de la profession et de la formation infirmières », publié en 2023 par l'Igas – Inspection générale des affaires sociales – prévoit de garantir l'ouverture d'une négociation sur la rémunération des infirmières lors de la publication ou de l'actualisation de l'arrêté précisant la liste des actes et des soins pour chacun des domaines d'activité définis par le présent texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.*)

M. le président. La parole est à M. Hendrik Davi, pour soutenir l'amendement n° 161.

M. Hendrik Davi. Nous le savons, le salaire des infirmières est insuffisant – ma collègue vient de rappeler par exemple la comparaison avec leurs homologues belges.

Par ailleurs, je rappelle que nombre de nos infirmières sont des fonctionnaires puisqu'elles travaillent dans des hôpitaux. Or il ne vous a pas échappé que le salaire des fonctionnaires a stagné puisque le point d'indice a été gelé pendant de très nombreuses années. Je tiens toujours à rappeler que le salaire d'un fonctionnaire a ainsi perdu en moyenne 25 % de sa valeur – même si ce chiffre est un peu moins élevé pour les infirmières en raison du Ségur de la santé.

Dès lors, les métiers du soin, notamment la profession d'infirmière, souffrent d'une terrible perte d'attractivité. Il manque ainsi 60 000 postes d'infirmière aujourd'hui.

Si nous voulons que cette loi soit efficace, il faut absolument revoir à la hausse les rémunérations et donc ouvrir des négociations juste après l'adoption de la loi. Si vous ne prévoyez pas de négociations – je serai clair avec vous –, je ne voterai pas ce texte. (*Murmures sur les bancs du groupe EPR.*) Car il n'est pas admissible que les infirmières voient leur responsabilité et leur charge de travail augmenter mais que leur rémunération reste au même niveau. (*M. Christophe Bex et Mme Caroline Colombier applaudissent.*) Ce serait un marché de dupes.

Il faut donc absolument voter cet amendement pour aller au bout de la logique. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.*)

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. J'entends votre demande. Nous sommes bien sûr tous à l'affût d'une augmentation des salaires et d'une hausse de la tarification des actes et du montant des indemnités kilométriques – même si celui-ci a été relevé de 10 % en 2023.

Cependant le texte ne porte pas sur cette question. C'est une première pierre. Dans un deuxième temps, la déclinaison des compétences fera l'objet d'un décret. Enfin, une négociation sur la tarification des actes est prévue dans un troisième temps. Nous avons d'ailleurs auditionné en commission le président de la Cnam, la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui commence déjà à travailler avec les organisations professionnelles sur la refonte du décret d'actes et sur la tarification.

Mme Stéphanie Rist. Très bien !

M. Jean Terlier. C'est très clair !

M. Hendrik Davi. Donc vous êtes pour les amendements !

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Notre objectif n'est pas de faire adopter une loi qui ne puisse pas donner lieu, ensuite, à l'ouverture de négociations conventionnelles. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire, encore moins obligatoire, de préciser dans une proposition de loi que des négociations se tiendront après son adoption.

Mme Élise Leboucher. Ce n'est pas non plus interdit !

M. Yannick Neuder, ministre. Certes, mais en général on ne l'inscrit pas dans le texte.

Je rappelle que la procédure accélérée a été enclenchée pour ce texte, qui sera ensuite examiné au Sénat. Nous pouvons envisager une adoption avant l'été. Nous souhaitons tous ici qu'il en soit ainsi puisqu'il s'agit d'une proposition de loi transpartisane et que donc nous y sommes tous globalement favorables même si certains points feront peut-être encore l'objet de discussions. Or si chacun fait son travail convenablement, d'abord ici puis au Sénat, et que le texte est adopté avant l'été, des négociations conventionnelles pourront s'ouvrir à l'automne. Demande de retrait et, à défaut, avis défavorable car les amendements sont satisfaisants.

M. le président. La parole est à M. René Pilato.

M. René Pilato. Il va falloir que vous arrêtez de parler sans arrêt, dans cet hémicycle, de la valeur travail tout en étant toujours aux abonnés absents quand il est question de rémunérer le travail. S'agit-il pour nous de reconnaître toutes les compétences nouvelles exercées par les infirmières et les infirmiers ? Si nous décidons que ce texte a bel et bien cette vocation, il faut que ces compétences soient rémunérées.

M. Nicolas Forissier. On veut toujours dépenser mais on ne sait pas comment on paie !

M. René Pilato. Je suis entièrement d'accord avec Mme Erodi et M. Davi : il faut voter pour ces amendements. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP.*)

M. le président. Je vais laisser un peu de temps à ce débat car je sens qu'il est important. Nous entendrons quelques interventions – qui peuvent être courtes.

La parole est à Mme Sandrine Runel.

Mme Sandrine Runel. Vous avez raison de nous donner le temps d'aborder ce sujet car il est crucial. Il est important d'aborder la rémunération : elle touche au cœur de la proposition de loi.

Le groupe socialiste partage l'intention qui anime ces amendements. Ils posent toutefois un problème car, tels qu'ils sont rédigés, sans accord conventionnel, l'ensemble des revalorisations risquerait d'être bloqué. J'entends le ministre lorsqu'il indique que, si l'on va vite, on pourra ouvrir des discussions à l'automne. Néanmoins, cet engagement nous semble insuffisant.

En conséquence, nous soutiendrons ces amendements et soulignons que la balle est dans le camp du ministre, qui doit faire en sorte que les accords en question aboutissent.

M. le président. La parole est à M. Sylvain Berrios.

M. Sylvain Berrios. Ce texte vise à reconnaître le rôle des infirmières et des infirmiers dans le système de santé et à manifester la confiance que nous leur faisons en la matière. Il constitue une première étape, c'est pourquoi nous n'avons pu y insérer d'éléments liés à leur rémunération. Nous l'avons indiqué tout à l'heure et nous sommes nombreux à avoir abordé la question des indemnités kilométriques.

Ces amendements ne tracent pas de chemin financier précis mais ouvrent un horizon de possibilités. Il signale aux infirmiers et aux infirmières que nous prenons en considération cette question de la rémunération. C'est pourquoi le groupe Horizons votera pour.

M. Thierry Benoit. Voilà ! Et il y en aura bien d'autres !

M. le président. La parole est à Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin. Monsieur le président, je vous remercie de permettre la prolongation de cette discussion. J'en profite pour souligner à quel point la revalorisation, non seulement des salaires, pour toute la fonction publique hospitalière, mais aussi des revenus des professions libérales, connaît un retard inimaginable.

Mme Caroline Colombier. Abyssal !

Mme Joëlle Mélin. Je peux en témoigner : à l'époque, la lettre clé de ma spécialité a été bloquée pendant vingt-deux ans. Je crois savoir que, s'agissant des orthoptistes, l'acte clé a été bloqué pendant une période encore plus longue.

Lorsqu'on transfère ou reconnaît des compétences supplémentaires à certains professionnels, ou du moins qu'on les met en évidence, il est d'autant plus clair qu'ils doivent obligatoirement bénéficier d'une revalorisation de leurs actes. Cette revalorisation ne doit cependant pas se faire par l'intermédiaire des systèmes conventionnels tels qu'on les connaît aujourd'hui, qui se caractérisent par des négociations qui sont toutes, à la limite, de véritables marchés de dupes. Nous devons absolument avancer. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre. (« Ah ! » sur plusieurs bancs des groupes DR et HOR.)

M. Yannick Neuder, ministre. Ah ! (*Sourires.*) Je veux seulement répondre à Mme Runel concernant l'engagement pris par le ministre au banc. Peut-être la parole d'un ministre au banc n'a-t-elle plus guère de valeur (« Peut-être ! » sur quelques bancs du groupe LFI-NFP), mais je tiens à réaffirmer ce que j'ai indiqué lors de la présentation du texte. Nous serions bien perdus s'il était voté sans que cela implique la réouverture d'une négociation conventionnelle – je pense aux nombreux infirmiers et infirmières présents dans les tribunes ce soir.

Sans préjuger de l'agenda parlementaire, dont nous connaissons tous l'encombrement, si vous adoptez le texte ce soir, nous engagerons la procédure accélérée. À cet égard, je remercie le président d'avoir accepté de prolonger nos travaux.

M. Jean-Yves Bony. Il ne l'a pas dit!

M. le président. Je n'ai pas encore accepté : j'y réfléchis ! Il faut qu'on accélère !

M. Yannick Neuder, ministre. Pardon, j'avais cru comprendre le contraire !

J'en profite pour apporter une précision. J'ai entendu dire que je m'opposais à l'engagement de la procédure accélérée. Or j'ai seulement indiqué que, si j'y étais favorable, ce n'était pas moi qui en décidais, mais Matignon.

Personne ne peut se satisfaire que le prix d'une prise de sang à domicile avoisine les 7 euros, que le deuxième acte vaille 50 % de moins et que le troisième soit gratuit.

Si la proposition est votée ce soir, que ce vote est confirmé au Sénat – à l'issue, peut-être, d'ajustements – je vous confirme que j'ouvrirai les négociations que vous appelez de vos vœux.

M. René Pilato. Vous ne serez peut-être plus là !

M. Yannick Neuder, ministre. Encore faudra-t-il que je sois toujours ministre à l'automne ! *(Sourires. – Applaudissements sur quelques bancs du groupe DR.)*

M. Frédéric Valletoux, président de la commission des affaires sociales. Nous misons sur la continuité !

M. le président. Je n'ai pas la main sur la prolongation du gouvernement mais je l'ai sur celle de la séance ! Je réserverai ma décision pendant encore une demi-heure. Elle dépendra de votre diligence à tous et à toutes !

Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 150 et 161.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	156
Nombre de suffrages exprimés	154
Majorité absolue	78
Pour l'adoption	149
contre	5

(Les amendements identiques n^{os} 150 et 161 sont adoptés.) (Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes RN et LFI-NFP.)

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure, pour soutenir l'amendement n^o 147.

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Cet amendement de coordination juridique vise à tirer les conséquences de la nouvelle rédaction de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique après l'adoption de l'article 1^{er}.

(L'amendement n^o 147, accepté par le gouvernement, est adopté.)

M. Guillaume Kasbarian. Pour la coordination !

M. le président. Je mets aux voix l'article 1^{er}, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	156
Nombre de suffrages exprimés	112
Majorité absolue	57
Pour l'adoption	112
contre	0

(L'article 1^{er}, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur plusieurs bancs.)

M. le président. Nous sommes en semaine de l'Assemblée. Le groupe Ensemble pour la République dispose d'un temps de séance limité, ce qui devrait m'obliger à lever la séance à minuit. Cependant, comme il me semble possible d'achever l'examen de ce texte à une heure raisonnable et que tous les groupes sont *a priori* favorables à la prolongation de la séance après minuit, nous allons poursuivre la discussion. Comme certains d'entre vous le suggèrent, je vous invite à faire preuve de concision.

Mme Élise Leboucher. Comment savez-vous que nous sommes d'accord ?

M. le président. C'est ce que je me suis laissé dire.

Article 1^{er} bis

M. le président. La parole est à M. Lionel Vuibert, pour soutenir l'amendement n^o 19.

M. Lionel Vuibert. La rédaction actuelle de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique présente une ambiguïté relative au rôle de l'ensemble des professions de santé de premier recours, dans la mesure où il ne mentionne que le corps médical. L'amendement lève toute ambiguïté en précisant que les infirmiers libéraux participent à l'effort commun des professions de santé en matière de premier recours.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. L'article 1^{er} bis, tel qu'adopté en commission, modifie la rédaction de cet article du code de la santé publique en y intégrant explicitement les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée. Votre demande est donc satisfaite, puisqu'il n'y a aucune raison d'exclure les infirmiers non libéraux. Je vous invite à retirer votre amendement.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je suis favorable à un amendement qui permet de conserver la mention du médecin traitant au dernier alinéa de l'article L. 1411-11.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 19.

(Le vote à main levée n'ayant pas été concluant, il est procédé à un scrutin public.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	146
Nombre de suffrages exprimés	89
Majorité absolue	45
Pour l'adoption	31
contre	58

(L'amendement n° 19 n'est pas adopté.)

(L'article 1^{er} bis est adopté.)

Article 1^{er} ter

(L'article 1^{er} ter est adopté.)

Article 1^{er} quater

M. le président. La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n° 137 qui tend à supprimer l'article 1^{er} quater.

Mme Justine Gruet. L'accès direct constitue un transfert de compétences et non une délégation de tâches, ce qui crée l'illusion qu'il permet de résoudre les difficultés d'accès aux soins. Je veille toujours à ce que chacun soit à l'aise avec le champ de compétence que l'on est susceptible de lui attribuer. De ce point de vue, les délégations de tâches posent parfois problème sur le plan de la sécurité et de la responsabilité, indépendamment du fait que chacun peut assumer l'exercice de sa profession au regard de ses compétences.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Cet article permet d'expérimenter l'accès direct aux consultations infirmières. Cet accès ne sera possible que dans les structures d'exercice coordonné, où les infirmiers collaborent étroitement avec les médecins. Bien cadré, il est déjà largement développé chez nos voisins. Il ne constitue pas un transfert de compétences du médecin vers l'infirmier mais un partage des rôles efficace et coordonné, au bénéfice de tous. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je vous invite à retirer cet amendement au profit du n° 181 du gouvernement, faute de quoi mon avis sera défavorable.

M. le président. Madame Gruet, le maintenez-vous ?

Mme Justine Gruet. Je vous fais confiance, monsieur le ministre.

(L'amendement n° 137 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Victor Castor, pour soutenir l'amendement n° 140.

M. Jean-Victor Castor. Nous souhaitons nous assurer que l'expérimentation de l'accès direct aux infirmiers bénéficiera à l'un au moins des départements des territoires d'outre-mer. Nous regrettons d'avoir à le préciser par voie d'amendement mais, sans cette précision, nous craignons que nos concitoyens ultramarins ne soient oubliés.

Or les territoires d'outre-mer sont grevés par la désertification médicale. Pour mémoire, la Guyane compte 123 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la Martinique 152, la Guadeloupe 150 et la Nouvelle-Calédonie 122.

Seule La Réunion est mieux dotée et compte 176 généralistes pour 100 000 habitants. En outre, dans la plupart de ces territoires, la répartition territoriale de ces médecins présente de fortes disparités. En Guadeloupe, par exemple, selon l'agence régionale de santé, l'ARS, le nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants varie de 2 à 84 suivant les communes. Les vingt et une communes les plus touchées sont classées parmi les zones d'intervention prioritaires.

Il serait donc d'autant plus pertinent de mener l'expérimentation prévue par l'article dans les territoires dits d'outre-mer, notamment pour mesurer ses effets sur l'accès aux soins de premier recours.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Merci pour cet amendement, sur lequel mon avis est favorable, afin que cette expérimentation concerne aussi les territoires d'outre-mer.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 140 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 181 – vous allez devoir honorer la confiance que Mme la députée Gruet a placée en vous. (Sourires.)

M. Yannick Neuder, ministre. Il vise à préciser le périmètre de l'expérimentation prévue à l'article 1^{er} quater. En dehors du cadre de cette expérimentation, l'accès direct restera pour l'heure impossible : il faut avancer avec mesure, dans le respect de chacun.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Avis favorable.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. L'article 1^{er} quater, que notre groupe souhaitait originellement introduire dans le texte en commission, visait à généraliser la possibilité de l'accès direct, mais l'article 40 de la Constitution interdit de proposer une telle généralisation.

L'amendement du gouvernement, – est-ce que je le comprends bien ? – vise à étendre cette expérimentation au-delà du rôle propre de l'infirmier. On augmenterait ainsi le nombre de consultations pouvant faire l'objet d'un accès direct.

Je me demande également si l'amendement que nous avons voté tout à l'heure sur le premier recours n'annule pas tout simplement cet article : car les soins de premier recours impliquent nécessairement l'accès direct.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Yannick Neuder, ministre. Il ne me semble pas que l'amendement adopté tout à l'heure sur le premier recours frappe de nullité l'expérimentation de l'accès direct que nous proposons et vienne ainsi limiter le champ de cet amendement.

(L'amendement n° 181 est adopté.)

(L'article 1^{er} quater, amendé, est adopté.)

Après l'article 1^{er} quater

M. le président. La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir l'amendement n° 138 portant article additionnel après l'article 1^{er} quater, amendement qui fait l'objet d'un scrutin public.

Mme Christine Loir. Les infirmières n'ont actuellement accès qu'aux informations strictement nécessaires aux soins qu'elles prodiguent, ce qui les empêche de prendre connaissance du parcours médical du patient dans sa globalité. L'élargissement de leur pouvoir de prescription nécessite de lever cette limitation, avec l'accord du patient : elles éviteraient ainsi les erreurs, notamment celles qui sont liées à un manque d'information sur les traitements antérieurs.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. L'accès au DMP – dossier médical partagé – est en effet très contrôlé et limité aux données du patient strictement nécessaires à sa prise en charge, avec l'accord de celui-ci. En fonction des évolutions ultérieures des référentiels de compétence, que je ne peux prévoir aujourd'hui, des révisions seront sans doute nécessaires ; mais nous devons rester prudents. On ne peut laisser tous les professionnels de santé accéder à ces données. Les droits d'accès informatique – droit de lecture, droit d'écriture, droit de modification – sont très contrôlés et je ne peux, pour l'heure, que donner un avis défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 138.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	137
Nombre de suffrages exprimés	136
Majorité absolue	69
Pour l'adoption	41
contre	95

(L'amendement n° 138 n'est pas adopté.)

Article 2

M. le président. La parole est à M. Julien Gokel.

M. Julien Gokel. De nombreux territoires, comme le Dunkerquois, où je suis élu, connaissent des difficultés d'accès aux soins : il était donc important que nous puissions faire évoluer le métier d'infirmier. Le renforcement du rôle des infirmières et des infirmiers, ainsi que l'élargissement du champ de leurs missions, contribueront pleinement à une meilleure prise en charge des patients. C'est ce à quoi tend l'article 2, qui permet de développer la pratique avancée des infirmiers dans de nouvelles structures – au sein des PMI, de l'ASE, d'un établissement d'accueil des jeunes enfants ou encore des équipes pluridisciplinaires en santé scolaire.

L'article 2 offrira de plus aux infirmiers spécialisés, compte tenu de leur savoir-faire spécifique, la possibilité d'exercer en pratique avancée sans avoir à passer un nouveau diplôme. Autant de mesures qui vont dans le bon sens et contribueront à améliorer l'accès aux soins, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques et ne disposant pas de médecin traitant.

Nous regrettons, toutefois, que cet article ne fasse pas un pas de plus en facilitant l'accès des infirmiers à la formation aux pratiques avancées par la validation des acquis de l'expérience, ainsi que le recommande la Cour des comptes.

La consultation de l'Académie nationale de médecine, de la Haute autorité de santé, des ordres professionnels et des représentants des professions de santé nous semblait par ailleurs indispensable à la définition des domaines et des modalités d'intervention dans la pratique avancée.

Face aux besoins de soins infirmiers qui ne cessent de croître, et face au déficit de reconnaissance dont souffre ce métier, je crois que cet article, comme le reste de la proposition de loi, fera consensus dans cet hémicycle. C'est une très bonne nouvelle pour les patients, comme pour toutes les infirmières et tous les infirmiers.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour soutenir l'amendement n° 169.

Mme Stéphanie Rist. Je dirais qu'il s'agit d'un amendement d'accélération démocratique : il vise à supprimer les demandes d'avis lorsque nous avons déjà obtenu ces derniers très récemment, suite à la loi que nous avons adoptée il y a deux ans et pour laquelle nous attendons encore les arrêtés d'application – notamment au sujet de la primo-prescription des infirmiers en pratique avancée. Les consultations ont eu lieu, et M. le ministre nous a promis que cet arrêté serait pris très rapidement.

M. Jean Terlier. Très bien ! Il faut accélérer !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Supprimer les demandes d'avis ne vous permettra pas de faire en sorte que l'arrêté dont vous parlez soit pris plus rapidement. C'est aller bien trop loin, il me semble, que ne plus consulter personne avant de prendre un décret qui touche à des questions essentielles.

M. Jean Terlier. C'est bon, ça a déjà été fait !

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Nous proposerons plutôt, en défendant l'amendement n° 134, que ces avis soient rendus dans un délai de trois mois à l'échéance duquel ils seront réputés émis. Nous avons déjà eu recours à une telle procédure dans le cadre de la simplification des lois. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Avis défavorable également. Permettez-moi de revenir sur ces questions de délai, déjà abordés lors de la discussion générale. Je ne suis ministre que depuis soixante-dix jours, et cela fait vingt-quatre mois que nous attendons ces arrêtés : je ne commente pas ce dernier point et je me contente de m'engager à prendre ces arrêtés avant le début de l'été.

Mme Stéphanie Rist. Mais nous n'avons plus besoin des avis !

M. Yannick Neuder, ministre. Ne tombons pas dans une surenchère à propos de la sortie de ces arrêtés, et soyons plutôt cohérents vis-à-vis des infirmiers...

M. Jean Terlier. Il faut que ça aille plus vite!

M. Yannick Neuder, ministre. Je veux bien que vous m'interpelliez pendant que je parle, monsieur le député,...

M. le président. Continuez, monsieur le ministre.

M. Yannick Neuder, ministre. ...mais je souhaiterais que chacun prenne sur soi et que l'on ne vienne pas me faire des reproches quand certains ont été aux responsabilités pendant plusieurs années, tandis que je ne le suis, moi, que depuis soixante-dix jours. Voilà le fond de ma pensée!

Je prendrai donc ces arrêtés, dans l'intérêt des soignants, des patients – et pour que le travail parlementaire avance. Mais assez avec ces remarques! Je veux bien être gentil, mais il ne faut pas exagérer!

M. le président. Le ministre s'énerve! (*Sourires.*)

M. Jean Terlier. On ne vous reproche rien, monsieur le ministre!

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Tous les gouvernements et tous les ministres qui se sont succédé – certains sont dans l'hémicycle – sont concernés: ma remarque ne vous visait pas personnellement.

M. Jean Terlier. Exactement!

Mme Stéphanie Rist. La loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé avait été adoptée en première lecture par cette assemblée, à l'unanimité, en février 2023. Des concertations ont ensuite commencé, pour solliciter les avis de l'Académie de médecine ou de la HAS. Des concertations reprennent avec les médecins – qui peuvent vouloir freiner un petit peu – et avec tous les acteurs et les professionnels sont à nouveau proposées. Tout cela a pris du temps – personne n'est visé en particulier.

Il reste que, dans la mesure où les avis rendus il y a moins de deux ans portent sur les mêmes matières que celles qui font l'objet de l'article 2 de ce texte, il me semblait normal de demander que nous puissions nous en passer.

(*L'amendement n° 169 n'est pas adopté.*)

M. le président. Sur l'article 2, je suis saisi par le groupe Ensemble pour la République d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je suis saisi de cinq amendements, n°s 26, 52, 129, 130 et 34, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 26, 52, 129 et 130 sont identiques.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 26.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Suivant en cela les recommandations de la Cour des comptes, il vise à harmoniser les pratiques et à clarifier les missions des infirmiers en pratique avancée.

M. le président. La parole est à M. Jean-Yves Bony, pour soutenir l'amendement n° 52.

M. Jean-Yves Bony. L'approche populationnelle, notamment dans les soins primaires, permet de mieux structurer les interventions des IPA et ainsi de mieux répondre, en particulier dans les territoires sous-dotés, aux besoins des patients. Cette mesure est cohérente avec les propositions de la Drees et de la Cour des comptes, avec la contribution apportée au débat par l'observatoire santé et innovation de l'Institut Sapiens et avec la tribune signée par dix-neuf institutions infirmières. (*M. Guillaume Lepers applaudit.*)

M. le président. Les amendements n°s 129 de Mme Karine Lebon, 130 de M. Belkhir Belhaddad et 34 de Mme Sylvie Bonnet sont défendus.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je ne vois pas bien ce que recouvre l'idée d'« approche populationnelle incluant les soins primaires ». Les infirmières en pratique avancée ont une formation pour cinq mentions, qui délimitent le périmètre de leur exercice, et qui ne portent pas sur l'âge ou le sexe de la population. Laissons donc les mentions telles qu'elles sont. Nous pourrions nous en remettre, dans un deuxième temps, au rapport destiné à les évaluer et dont la demande, à notre initiative, a été votée en commission. Il nous permettra de mieux apprécier la pertinence du périmètre de ces mentions et de savoir lesquelles sont les plus demandées. Avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement?

M. Yannick Neuder, ministre. Même avis.

(*Les amendements identiques n°s 26, 52, 129 et 130 ne sont pas adoptés.*)

(*L'amendement n° 34 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 134 et 162.

La parole est à Mme la rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 134.

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je l'avais mentionné tout à l'heure: s'il est légitime de consulter les ordres, la HAS et les syndicats sur le décret précisant les règles de la pratique avancée, ces consultations ne doivent pas donner à une organisation un pouvoir de blocage. Nous prévoyons donc que l'avis sera réputé émis au terme d'un délai de trois mois.

M. le président. La parole est à Mme Élise Leboucher, pour soutenir l'amendement n° 162.

Mme Élise Leboucher. Nous proposons également l'instauration d'un délai de trois mois à l'échéance duquel les avis de la HAS, de l'Académie de médecine et des ordres professionnels concernés seront réputés émis. Nous nous sommes opposés, en commission, à la suppression de ces demandes d'avis: la consultation des autorités sanitaires indépendantes et des professions concernées est essentielle à un déploiement effectif de la pratique avancée. Mais nous avons aussi entendu

les préoccupations légitimes de la profession infirmière qui alertent sur le risque de ralentissement – voire de blocage – en cas de retard dans la délivrance de ces avis.

L'amendement que nous défendons vise donc à trouver une position d'équilibre, permettant des évolutions réglementaires éclairées mais dans un délai raisonnable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Avis favorable. C'est un bon compromis, qui répond aux préoccupations exprimées par Mme Rist et d'autres. Les avis sécuriseront le dispositif et le délai de trois mois permettra d'agir rapidement.

(Les amendements identiques n^{os} 134 et 162 sont adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Christophe Bentz, pour soutenir l'amendement n^o 94.

M. Christophe Bentz. Notre groupe est défavorable à la suppression de la durée minimale d'exercice pour accéder au statut d'IPA. Pourquoi ? Pour une raison très simple : comme dans tout métier, une pratique avancée suppose de l'expérience.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je partage votre avis : il faut maintenir cette exigence avant d'envisager la formation d'IPA. La pratique avancée ne se conçoit pas sans une durée minimale d'exercice professionnel.

Cependant l'article 2 ne supprime cette condition pour toutes les IPA puisqu'elle est réintroduite à l'alinéa 12, avec une formulation un peu différente, pour prévoir des durées d'exercice qui peuvent ne pas être identiques selon les diplômes.

En conséquence, j'émet un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. L'amendement est satisfait. S'il n'est pas retiré, l'avis du gouvernement est défavorable.

(L'amendement n^o 94 n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements n^{os} 165 et 128 de M. Yannick Monnet sont défendus.

(Les amendements n^{os} 165 et 128, repoussés par la commission et le gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 2, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	144
Nombre de suffrages exprimés	144
Majorité absolue	73
Pour l'adoption	143
contre	1

(L'article 2, amendé, est adopté.)

Après l'article 2

M. le président. Il est minuit deux et je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 2.

La parole est à Mme Nicole Le Peih, pour soutenir l'amendement n^o 57.

Mme Nicole Le Peih. Chaque jour, en France, soixante-cinq soignants sont victimes de violences physiques ou verbales. Dans ma circonscription, comme ailleurs, les témoignages se multiplient : infirmiers libéraux agressés par des patients, services hospitaliers sous tension. Les soignants n'ont d'autre choix que de continuer à exercer leur mission dans des conditions de plus en plus dangereuses.

Mon amendement vise à clarifier et à renforcer leur droit de retrait lorsqu'ils font face à un danger grave et imminent pour leur sécurité.

S'il faut, bien sûr, garantir la continuité des soins, comment assurer cette continuité si les infirmiers sont eux-mêmes en insécurité, subissant une double peine ?

Il s'agit d'un premier pas pour protéger celles et ceux qui nous soignent et qui nous sauvent. Il faut leur envoyer un signal fort.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Vous voulez engager une réflexion sur le droit de retrait. L'application de ce droit est complexe face à l'impératif du maintien de la continuité des soins pour les patients. Il s'agit d'un sujet important, qui mériterait d'être creusé.

Cependant, en l'espèce, votre amendement se borne à affirmer l'existence d'un droit de retrait pour les infirmiers, sans définir ce qu'il advient du patient nécessitant des soins ; c'est une difficulté.

En cas de violence, un infirmier libéral peut appeler son associé ou un infirmier salarié, se faire remplacer par un collègue. Ils doivent surtout porter plainte.

Enfin, pour juguler de telles agressions et cette violence, ils peuvent suivre des formations, très efficaces. Il faut les y inciter.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable. Votre demande est satisfaite.

Je prône une tolérance zéro face aux violences contre les soignants. La proposition de loi visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé, dite Pradal, a été adoptée par l'Assemblée nationale en mars 2024 et transmise au Sénat. Nous souhaitons qu'elle soit inscrite très prochainement à l'ordre du jour afin de renforcer les sanctions pénales en cas d'agression contre tout soignant, en lien avec le garde des Sceaux et le ministre de l'intérieur, mais aussi afin d'anonymiser les dépôts de plainte.

(L'amendement n^o 57 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements, n^{os} 35, 148, 132, 55 et 61, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 35 et 148 sont identiques.

Sur ces deux amendements, je suis saisi par le groupe La France insoumise-Nouveau Front populaire d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Sandrine Runel, pour soutenir l'amendement n^o 35.

Mme Sandrine Runel. Je reviens sur l'article 2 car vous ne m'avez pas vue tout à l'heure, monsieur le président – ce n'est pas grave.

Monsieur le ministre, vous avez retiré avant sa discussion un amendement n^o 173, qui reconnaissait le diplôme d'infirmier anesthésiste diplômé d'État (Iade) comme un diplôme d'IPA. Pourquoi ce retrait ? Nous le regrettons.

J'en viens à mon amendement n^o 35 qui demande la remise d'un rapport sur l'opportunité de créer une quatrième année de formation en soins infirmiers. Elle comprendrait six mois de formation supplémentaire – afin d'être en conformité avec le droit européen et de combler le déficit actuel, de 400 heures de formation – et six mois de pratique rémunérée au moins à hauteur du Smic. Il ne s'agirait donc pas d'un stage ou d'un travail sous-payé.

Une telle mise en conformité, avec trois ans et demi de formation, est nécessaire.

M. le président. La parole est à Mme Karen Erodi, pour soutenir l'amendement n^o 148.

Mme Karen Erodi. Il s'agit d'étudier l'opportunité de porter à quatre ans, avec un stage professionnalisant, la formation en soins infirmiers. C'est une nécessité car les syndicats, collectifs et étudiants alertent sur la densité actuelle du cursus – 4 200 heures de formation en seulement trois ans – au détriment des conditions d'apprentissage.

Cette réforme de la formation permettrait aussi à la France de respecter la directive européenne qui impose 4 600 heures de formation. Nos voisins européens, comme la Belgique ou le Portugal, ont déjà adopté cette évolution afin de mieux préparer les soignants aux réalités de terrain.

Face à l'épuisement du personnel hospitalier et à la crise de notre système de santé, il est urgent d'investir dans la formation et de permettre aux futurs infirmiers d'acquérir des compétences solides et adaptées aux besoins actuels.

Avec Mme Runel, je suis l'auteure d'une proposition de loi renforçant les dispositions de votre texte, madame la rapporteure. Elle prévoit l'indexation des frais kilométriques et des tarifs des actes infirmiers des infirmières libérales, dont les charges ont explosé, sur l'évolution des prix.

Nous proposons également l'allongement de la durée de formation en Ifsi. L'argument du modèle licence-master ne doit pas mettre en danger nos futurs praticiens, ni les patients.

Alignons-nous sur nos voisins, qui luttent eux aussi contre la crise des vocations.

Je vous invite à consulter, signer et soutenir notre initiative à vocation transpartisane. Je vous remercie d'avance pour nos infirmiers et nos infirmières.

M. le président. Les amendements n^{os} 132 de Mme Karine Lebon et 55 de M. Stéphane Viry sont défendus.

La parole est à Mme Justine Gruet, pour soutenir l'amendement n^o 61.

Mme Justine Gruet. À défaut de pouvoir introduire dans ce texte une quatrième année de professionnalisation à l'issue de la formation en Ifsi – mon amendement a été déclaré irrecevable –, il s'agit de demander un rapport afin d'évaluer si l'on pourrait s'inspirer du dispositif du docteur junior, effectif l'an prochain, afin de consolider l'apprentissage académique et pratique en milieu clinique.

En étalant le programme dense des élèves infirmiers sur une année supplémentaire, on pourrait intégrer de nouvelles compétences et développer des enseignements académique et clinique qui ne le sont pas assez.

Je pense notamment à la psychiatrie et à la santé mentale – on manque cruellement des vocations qui amènent à devenir infirmières en psychiatrie –, mais aussi à la santé des enfants ou à l'apprentissage des soins critiques.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Notre assemblée n'est jamais très favorable aux demandes de rapport, d'autant qu'il existe déjà des écrits sur la demande d'une quatrième année.

La formation en Ifsi est construite sur trois ans – niveau licence – pour les infirmières, qui ont ensuite la possibilité de se spécialiser en master.

Vous avez raison, il manque 400 heures pour respecter le cadre européen, mais le travail de réingénierie de la formation est en cours et devrait être terminé à la rentrée 2026.

Quels sont les freins à cette quatrième année ? Il y a d'abord le coût de la formation, la nécessité de trouver des enseignants, mais aussi des lieux pour enseigner.

En outre, les étudiants et les enseignants nous en ont parlé, certains étudiants interrompent déjà leur formation parce qu'ils ne peuvent plus la mener de front avec un petit boulot. Ils s'arrêtent donc un an ou deux, puis reprennent – ou non. Une quatrième année de formation, c'est donc aussi un risque d'aggravation de la précarité étudiante.

Même si notre objectif doit être l'harmonisation, n'oublions pas que l'organisation des études est parfois différente en France, et que le niveau de la formation a été relevé. Soyons donc vigilants.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Je partage l'analyse de la rapporteure sur ces amendements.

Madame Runel, effectivement, le gouvernement a déposé, puis retiré, l'amendement que vous évoquez car nous souhaitons que ce texte soit adopté dans un large consensus transpartisan.

Nous partageons une même position sur le rôle fondamental de nos infirmiers spécialisés, qu'ils soient anesthésistes, puériculteurs ou infirmiers de bloc opératoire diplômé d'État (Ibode) par exemple, dans le fonctionnement des hôpitaux et des cliniques.

Nous devons encore réfléchir au niveau de pratique avancée qui pourrait leur être attribué, et à la meilleure rédaction de l'article 2, afin de ne pas perdre les avancées obtenues et de ne pas opposer infirmiers spécialisés et infirmiers en pratique avancée.

Ce soir, j'espère que vous pourrez adopter ce texte à une large majorité. Nous retravaillons ensuite cette spécificité de la pratique avancée pour les infirmiers spécialisés, probablement au Sénat, afin que cela convienne à l'ensemble de la profession.

M. Arthur Delaporte. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Hendrik Davi.

M. Hendrik Davi. À titre personnel, je partage l'analyse de la rapporteure et du ministre. Je suis attaché à ce que l'on préserve les qualifications par rapport aux compétences.

En l'état du droit, dans le système français, il existe une qualification de niveau licence et une de niveau master. Cette quatrième année risque de brouiller les choses, alors que les salaires sont normalement indexés sur les qualifications.

En outre, cette année supplémentaire risque de limiter l'accès à la profession d'infirmier des classes populaires, sauf si on prévoit une allocation d'autonomie – regardez ce qui s'est passé pour les professeurs.

Mme Élise Leboucher. Il y aurait six mois de professionnalisation !

M. Hendrik Davi. Ça ne constitue pas une qualification ! C'est pourquoi il est préférable de revaloriser le statut des infirmiers en pratique avancée, et c'est ce que propose mon amendement n° 166 – en favorisant la montée en compétences des infirmiers qui ont un bac + 3 vers un bac + 5 en pratique avancée.

Je voterai contre ces amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 35 et 148.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	144
Nombre de suffrages exprimés	140
Majorité absolue	71
Pour l'adoption	29
contre	111

(Les amendements identiques n°s 35 et 148 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements n°s 132, 55 et 61, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Sandrine Dogor-Such, pour soutenir les amendements n°s 81 et 82, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Sandrine Dogor-Such. Nous reconnaissons tous ici l'engagement des infirmières. Madame la rapporteure, vous me direz, comme en commission, que les infirmières en pratique avancée dispensent déjà des soins palliatifs – c'est vrai puisque leurs domaines d'intervention comprennent les pathologies chroniques, l'oncologie et l'hémo-oncologie, les

maladies rénales chroniques, les dialyses, les transplantations rénales et les urgences. Cependant la prise en charge n'est souvent satisfaisante que dans les hôpitaux disposant de structures identifiées de soins palliatifs. Or vingt et un départements en sont dépourvus, parmi lesquels deux départements d'outre-mer, la Guyane et Mayotte.

Par l'amendement n° 81, nous proposons que le gouvernement remette au Parlement un rapport étudiant la pertinence de créer un sixième domaine d'intervention en pratique avancée, consacré aux soins palliatifs.

Par l'amendement n° 82, nous proposons que soit examinée l'opportunité de compléter la formation actuelle en pratique avancée par une unité d'enseignement spécifiquement dédiée aux soins palliatifs.

J'imagine que vous vous en remettrez à la sagesse de notre assemblée s'agissant de ces deux demandes de rapport !
(Mme Christine Loir applaudit.)

M. Emeric Salmon et M. Christophe Bentz. Ça se tente !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Vous êtes optimiste ! Les infirmières se forment en soins palliatifs en suivant un diplôme universitaire (DU) très bien conçu. Cette formation leur permet de prendre en charge les patients dans de très bonnes conditions.

Actuellement, ce n'est pas une mention du diplôme de pratique avancée. Nous n'avons pas pour objectif que cela le devienne : il faudrait plutôt que toutes les infirmières bénéficient de formations à la culture palliative. Des patients décèdent dans tous les services et dans les Ehpad ; il faut les accompagner. Il faut renforcer la formation.

Pour ceux qui souhaitent rejoindre les équipes mobiles ou les unités de soins palliatifs, il convient de suivre un DU en soins palliatifs, ce qui permet de se familiariser avec ce type de soins et de mieux accompagner les patients et leur famille.
(Mmes Justine Gruet et Stéphanie Rist applaudissent.)

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. C'est bien tenté, madame Dogor-Such, mais si l'ajout d'un sixième domaine d'intervention pour les IPA permettait d'améliorer les soins palliatifs en France, je le ferais immédiatement ! Vous savez très bien que ce n'est pas un rapport qui permettra d'améliorer les soins palliatifs dans notre pays.

Comme vous l'avez rappelé, une vingtaine de départements sont dépourvus d'unité de soins palliatifs. Pour remédier à cette situation, il y a un engagement pluriannuel d'inscription de 100 millions d'euros par an dans le PLFSS. Il faudra poursuivre l'effort déjà consenti.

Il convient aussi d'améliorer la formation. Nous nous concentrons surtout sur la formation continue, la validation des acquis de l'expérience (VAE) et le DU en soins palliatifs pour inciter les professionnels de santé paramédicaux, en particulier les infirmières et infirmiers, à se tourner vers les soins palliatifs. Cette spécialisation intervient souvent dans la seconde partie de leur carrière, mais tant mieux si certains veulent se spécialiser dans ce domaine dès la formation initiale !

La cause est juste, nous devons former plus et mieux, notamment pour développer des soins palliatifs accessibles partout sur notre territoire, mais je donnerai un avis défavorable.

M. Théo Bernhardt. Pas d'avis de sagesse !

(Les amendements n^{os} 81 et 82, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux demandes de scrutin public : sur l'amendement n^o 166 par le groupe Écologiste et social ; sur l'ensemble de la proposition de loi, par les groupes Ensemble pour la République, Droite républicaine et Horizons & apparentés.

Les scrutins sont annoncés dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir les amendements n^{os} 88, 96 et 101, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Christine Loir. Le dispositif Asalée – Action de santé libérale en équipe – renforce la coopération entre médecins et infirmières pour un meilleur suivi des patients. L'assurance maladie estime que sa généralisation permettrait d'économiser jusqu'à quatre-vingts jours de temps médical par an et d'augmenter de 7,5 % la capacité d'accueil des médecins.

Par les amendements n^{os} 88 et 101, nous proposons que le gouvernement remette au Parlement des rapports estimant la pertinence de généraliser le modèle Asalée, évaluant le coût de revient d'une telle opération et proposant des améliorations. Il s'agit de favoriser l'accès à des soins de qualité dans les départements en souffrance.

L'amendement n^o 96 est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. On ne peut que saluer le dispositif Asalée, qui coordonne la coopération entre médecins et infirmières. Un rapport a récemment été remis sur la question – ses auteurs envisagent une généralisation. Il faut rester vigilant quant au coût de ce déploiement par rapport à la file active de patients pris en charge par ces équipes. N'ayant pas pu consulter ce rapport, je donne un avis défavorable aux amendements n^{os} 88 et 101, mais j'attends l'avis du gouvernement. Avis défavorable sur l'amendement n^o 96.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Le protocole de coopération Asalée permet à un médecin de transférer de manière encadrée et dérogatoire une partie de ses compétences à un professionnel de santé délégué, l'infirmier.

Nous nous sommes pleinement investis dans le chantier de la réforme de la profession infirmière, qui a commencé en mai 2023 avec l'évolution de la liste des soins propres à cette profession. Depuis, une vingtaine de groupes de travail, comprenant des représentants de la profession, se sont réunis entre juin 2023 et février 2024 pour amorcer l'établissement d'une nouvelle liste des compétences des infirmiers. Les réflexions sont toujours en cours. Elles tiennent compte des attentes des professionnels et des besoins des populations.

La généralisation du protocole Asalée dépendra de l'éventuelle entrée dans le droit commun de nouvelles compétences, jusqu'ici déléguées à titre dérogatoire. Pour l'instant, l'avis du gouvernement est donc défavorable.

M. le président. La parole est à M. Aurélien Rousseau.

M. Aurélien Rousseau. On est toujours impressionné par le travail des infirmiers et infirmières dans le cadre du dispositif Asalée, mais il serait inutile de tout figer autour de ce protocole. Les nouvelles modalités de coopération entre médecins et infirmiers pourront être différentes, et ne pas correspondre au protocole Asalée, qui est spécifique. Il ne faut pas nous enfermer dans ce dispositif.

Comme nos débats touchent à leur fin, j'en profite pour saluer quelqu'un qui n'est pas ici aujourd'hui, Agnès Firmin-Le Bodo. En tant que ministre déléguée, elle a beaucoup travaillé sur ces dossiers, en menant un dialogue approfondi avec les ordres et les syndicats infirmiers. Si les ministres passent, et passent rapidement ces dernières années, les impulsions qu'ils donnent peuvent être reprises par le Parlement – c'est le cas du travail d'Agnès Firmin-Le Bodo, dont je souhaitais donc mentionner le nom ce soir. *(M. Gérard Leseul et Mme la rapporteure applaudissent.)*

M. le président. Les ministres passent mais ne disparaissent pas tous : il y a au moins trois anciens ministres dans la salle, sans compter Mme Firmin-Le Bodo, qui est là par la pensée. Monsieur le ministre, vous verrez qu'il y a un avenir après le gouvernement !

(Les amendements n^{os} 88, 96 et 101, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Murielle Lepvraud, pour soutenir l'amendement n^o 160.

Mme Murielle Lepvraud. Aujourd'hui, nous disposons de 8 000 Ibode pour 20 000 postes ; nous manquons donc d'infirmiers de bloc. Que propose le gouvernement comme solution ? Sacrifier le diplôme, brader la formation et dévaloriser une expertise vitale pour la sécurité des patients.

Depuis le 24 octobre 2024, un simple stage de vingt et une heures permet d'obtenir une autorisation définitive de réaliser des actes jusque-là exclusivement réservés aux Ibode, qui doivent suivre 2 800 heures de formation, étalées sur vingt mois. Ce n'est plus une mesure transitoire, c'est la porte ouverte à la précarisation d'un métier plus qu'essentiel ! Former vite et à moindre coût ne doit pas être synonyme de former moins bien.

Nous demandons donc qu'un rapport soit établi sur les conséquences de ces dérogations et sur la possibilité de proposer un véritable cadre de formation adapté aux infirmiers en bloc, sans sacrifier les compétences et la sécurité. Des solutions existent : le collectif inter-blocs propose la création d'une formation en alternance progressive et adaptée à l'expérience de chacun. C'est cela qu'il faut instaurer, et pas un nivellement vers le bas ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP. – MM. Yannick Monnet et Hendrik Davi applaudissent également.)*

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Je voudrais saluer les infirmières de bloc opératoire, dont j'ai d'ailleurs fait partie.

Nous n'avons pas dévalué le métier...

M. Christophe Bex. Bien sûr que si !

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. ...nous l'avons réévalué. Ce secteur d'activité n'était pas du tout soutenu par les médecins. Les infirmières de bloc se sont battues pour que leur qualification soit reconnue. Il est possible de devenir Ibode par la voie de la VAE ou de la formation. Ce sont des activités très spécialisées. Il n'est pas forcément nécessaire que beaucoup de professionnels choisissent cette orientation – le milieu est fermé et les circonstances sont particulières. Il faut rester vigilant, mais la plupart des infirmières qui souhaitent continuer à exercer cette activité sont plutôt favorables à une formation adaptée – en alternance ou par la VAE –, pour disposer des compétences requises. Les actes qu'elles peuvent effectuer dépendent de la formation qu'elles ont reçue. La spécialisation n'est donc pas vraiment moins bien reconnue que d'autres. Peut-être a-t-il eu un peu plus de mal à se faire reconnaître.

M. Christophe Bex. Allez donc les rencontrer !

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Dans nos blocs opératoires, nous savons tous la nécessité impérieuse de disposer d'infirmières de bloc formées. Il faut dire que les décrets ont été appliqués trop sévèrement. Beaucoup de personnels présents dans les blocs ne disposaient pas du diplôme d'infirmier de bloc opératoire, tout en ayant toutes les compétences. Dans mon bloc, en cardiologie, je côtoyais des infirmiers et des infirmières qui avaient plus de dix ou quinze ans d'expérience, mais qui n'ont pas tous pu rester en poste car ils n'avaient pas le diplôme.

Je ne conteste pas votre demande de rapport, mais elle est un peu prématurée. Pour l'instant, des mesures transitoires sont en place jusqu'en 2031. Elles permettent d'assurer la continuité de l'activité en bloc opératoire. Il existe un autre dispositif transitoire qui permet la validation des acquis pour qu'un maximum d'infirmiers de bloc opératoire soit diplômé.

J'entends le mécontentement de la profession : le ministère reste ouvert à la discussion, notamment pour réfléchir à la coordination de ce diplôme d'infirmier spécialisé avec le diplôme de pratique avancée. Restons en contact sur cette question.

Avis défavorable.

(L'amendement n° 160 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Hendrik Davi, pour soutenir l'amendement n° 166.

M. Hendrik Davi. Il est important, même s'il s'agit d'une demande de rapport, car il touche à la philosophie du texte.

L'article 2 prévoit de créer trois nouvelles spécialisations de pratique avancée. Il me paraît intéressant que l'on puisse commencer sa carrière en tant qu'infirmière non spécialisée, et que petit à petit, par la validation d'acquis, une formation ou un master, l'on puisse devenir IPA.

J'ai longtemps travaillé dans des laboratoires de recherche. Les techniciens sortaient d'une formation de niveau bac + 2 ou bac + 3 et finissaient ingénieur après un master ou une

validation d'acquis – c'était le parcours classique. Rendre normales ces évolutions de carrière pour les infirmières honorerait à la fois l'Assemblée et leur métier.

Je propose que le gouvernement remette un rapport dans lequel serait étudiée la pertinence d'un système plus global, dans lequel il serait possible de devenir IPA dans de nombreuses disciplines qui en ont besoin, au-delà des trois nouvelles. Il serait intéressant d'y réfléchir. Ce n'est qu'une demande de rapport ! *(M. Christophe Bex applaudit.)*

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Comme vous, je suis très attachée à la formation des infirmières de soins généraux et aux formations de spécialité pour reconnaître des compétences et les valider – c'est tout aussi important. Les infirmières de pratique avancée ont choisi de suivre et de valider une formation complémentaire.

Permettre à des infirmières spécialisées de pratiquer, sans validation ou certification, des actes de pratique avancée mérite réflexion, car il ne faudrait pas « déshabiller » une profession au profit d'une autre.

M. le président. Quel est l'avis du gouvernement ?

M. Yannick Neuder, ministre. Il est important de combiner la pratique avancée avec celle des infirmiers spécialisés, mais, si j'émet un avis défavorable à votre demande de rapport, c'est qu'il existe déjà un rapport de l'Igas, datant de 2023, sur la pratique infirmière avancée.

L'article 2 donne des pistes pour envisager d'ouvrir la pratique avancée aux infirmiers spécialisés. Il me semble qu'il est préférable de préciser ces pistes plutôt que de demander la rédaction d'un nouveau rapport.

M. le président. La parole est à M. Hendrik Davi.

M. Hendrik Davi. Initialement, nous avons bien proposé l'ouverture de la pratique avancée à davantage de disciplines, mais nos amendements ont été déclarés irrecevables. D'où la demande de rapport.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 166.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	141
Nombre de suffrages exprimés	91
Majorité absolue	46
Pour l'adoption	23
contre	68

(L'amendement n° 166 n'est pas adopté.)

Article 3

(L'article 3 est adopté.)

EXPLICATIONS DE VOTE

M. le président. Des explications de vote m'ont été demandées par La France insoumise et le Rassemblement national. *(Protestations sur divers bancs.)*

M. Jean Terlier. C'est étonnant !

M. Nicolas Forissier. Comme par hasard !

M. le président. Elles sont de droit, mais elles seront rapides.

La parole est à Mme Élise Leboucher.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Nous n'avons pas été consultés pour la prolonger la séance alors je dis quelques mots.

M. le président. J'ai recueilli l'avis du président de la commission qui, je l'imagine, avait consulté les groupes.

Mme Élise Leboucher. Nous voterons pour cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs des groupes EPR et DR. – M. Lionel Vuibert applaudit également.*) Mais nous devons aller plus loin. Les infirmières elles-mêmes l'ont dit : les applaudissements ne suffisent pas, il faut des actes.

Avec le groupe LFI-NFP, nous continuerons de défendre des mesures pour une rémunération plus juste, notamment l'indexation des tarifs, des actes et de l'indemnité kilométrique sur l'inflation, ou encore des garanties de négociations sur la rémunération. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NFP. – Mme Sandrine Runel applaudit également.*) Nous ne cesserons de pousser à une meilleure reconnaissance de la pénibilité des métiers féminisés.

Enfin, nous appelons à engager un chantier sur la formation, avec la création d'un indicateur en matière de besoins et d'offre de soins et de professionnels, afin de fixer un objectif national de formation. Nous soutiendrons également l'allongement à quatre ans du temps de formation dans les Ifsi.

Ce sont autant de mesures fortes issues de la proposition de loi visant à valoriser le travail et la formation de la profession infirmière, proposée par nos collègues Erodi et Runel, que je vous invite à voter lorsque nous aurons l'occasion d'en débattre. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LFI-NFP et SOC.*)

M. le président. La parole est à M. Christophe Bentz.

M. Christophe Bentz (RN). Les infirmiers ont un rôle central dans l'accès aux soins des Français. Ils sont des piliers indispensables dans le désert médical français, leur mission est incontournable et mérite la reconnaissance de la nation. Cette proposition de loi est, bien entendu, une avancée pour la profession. Elle conforte sa reconnaissance mais n'est toutefois pas à la hauteur de ce qu'attendent les plus de 600 000 infirmiers. Pas plus que les précédentes lois sur l'accès aux soins, elle ne résout en rien la pénurie globale de soignants dans notre pays, dont le système de soins traverse une crise structurelle.

Si nous en sommes là, c'est que les gouvernants ont produit une situation critique par des décennies de mauvaises décisions, déconnectées des besoins et des réalités de nos différents territoires, et prises sans aucune considération pour nos soignants et leur travail. Cette remise en cause progressive de notre modèle d'organisation de l'accès aux soins a abîmé le système de santé français.

Or ce texte fait en partie porter la responsabilité de la crise sur les infirmiers, qui demandent une reconnaissance, un vrai statut, une revalorisation de leurs actes, de leur rémunération et de leur métier, une prise en compte de la pénibilité et de leurs conditions de travail.

C'est sur l'attractivité de l'ensemble des métiers de soignant qu'il nous faut travailler car médecins et infirmiers ont un rôle complémentaire. Ils forment un binôme qui travaille déjà en coordination. Or cette proposition de loi, comme les précédentes, remet en cause, sans toutefois l'assumer, la

place du médecin généraliste comme point d'entrée du parcours de soins. (*Exclamations sur les bancs du groupe EPR.*) Si les infirmiers obtiennent progressivement des prérogatives de médecin, alors, progressivement, ils subiront les mêmes inconvénients que ces derniers, les mêmes risques professionnels, les mêmes charges administratives, au détriment du temps dédié aux soins.

À la pénurie croissante de médecins, nous risquons d'ajouter celle des infirmiers. Le métier est en perte d'attractivité à cause de la surcharge de travail et de ses conséquences sur les plans physique, psychologique et, demain, juridique. Un infirmier sur cinq quitte la profession au bout de dix ans d'exercice.

Malgré tout, cette proposition de loi comporte des avancées, que nous accueillons positivement (« Ah ! » sur les bancs du groupe EPR) : la reconnaissance et l'encadrement des consultations infirmières ; la possibilité pour les infirmiers n'ayant pas exercé pendant une certaine période de reprendre une activité ; l'expérimentation de la prise en charge directe des patients par les infirmiers ; la possibilité pour les infirmiers en pratique avancée d'exercer en PMI, en aide sociale à l'enfance, en santé scolaire ; la possibilité pour les infirmiers anesthésistes, puériculteurs ou infirmiers de bloc opératoire de devenir IPA.

Le groupe RN entend défendre le pouvoir d'achat des infirmiers hospitaliers, en augmentant de 10 % les salaires pour atteindre la moyenne européenne. De même, nous défendons l'augmentation du pouvoir d'achat des infirmiers libéraux par l'alignement du montant de leurs indemnités kilométriques sur celui de médecins. Pour relever le défi du vieillissement de la population, nous réclamons 10 000 places supplémentaires dans les instituts de formation en soins infirmiers, et une plus grande implication des infirmiers dans le dépistage et la couverture vaccinale, grâce à l'élargissement de leurs compétences en matière de prévention.

Bref, notre vote favorable de ce soir n'est en rien une approbation des risques qui pèsent sur un système de soins dégradé par les décisions des gouvernements successifs, seuls responsables de la situation.

M. Jean-François Coulomme. Il fallait censurer !

M. Christophe Bentz. Nos réserves sont d'autant plus grandes qu'aucune étude d'impact n'accompagne ce texte et que nous n'avons ni visibilité ni garantie sur ce qui viendra ensuite.

Sécuriser les patients, protéger les infirmiers, sauvegarder notre système de soins, voilà notre boussole. Ce qui guide toujours notre vote, c'est l'intérêt des Français et, ici, l'intérêt des patients, d'abord et avant tout. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RN et UDR. – Exclamations sur divers bancs.*)

VOTE SUR L'ENSEMBLE

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de la proposition de loi.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	144
Nombre de suffrages exprimés	142
Majorité absolue	72
Pour l'adoption	142
contre	0

(La proposition de loi est adoptée.)(Applaudissements sur les bancs du groupe EPR. – Mme Sandrine Runel applaudit également.)

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Nicole Dubré-Chirat, rapporteure. Cette proposition de loi, nous l'avons attendue longtemps ; elle est arrivée, nous l'avons votée. Merci à tous pour votre unanimité. Ce soir, les infirmières sont sûrement très contentes de cette avancée, même si un long chemin reste à parcourir. Nous y arriverons ; on y croit, et on sera au rendez-vous. *(Applaudissements sur les bancs du groupe EPR.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Yannick Neuder, ministre. À mon tour de remercier le Parlement pour cette avancée. La procédure accélérée est enclenchée, et j'espère que le Sénat se saisira rapidement

du texte, afin qu'il puisse être définitivement adopté au plus vite. Nous pourrions ainsi entamer à partir du mois de septembre, comme je m'y suis engagé, les négociations conventionnelles. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe EPR.)*

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, aujourd'hui, à neuf heures :

Questions orales sans débat.

La séance est levée.

(La séance est levée, le mardi 11 mars 2025, à zéro heure quarante.)

Le directeur des comptes rendus

Serge Ezdra