

N° 680

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 janvier 2023.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION
DE LOI *portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux
professionnels de santé.*

PAR MME STÉPHANIE RIST,

Députée.

Voir le numéro : 362.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
COMMENTAIRE DES ARTICLES	9
<i>Article 1^{er}</i> : Revaloriser la profession d’infirmier en pratique avancée	9
<i>Articles 2 et 3</i> : Ouvrir un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant dans une structure de soins coordonnés	17
<i>Article 4</i> : Créer une profession d’assistant dentaire de niveau II	24
<i>Article 4 bis (nouveau)</i> : Encadrer le nombre d’assistants dentaires et d’assistants médicaux dans une même structure	28
<i>Article 5</i> : Gages financiers	29
TRAVAUX DE LA COMMISSION	31
Réunion du mardi 10 janvier 2023 à 18 heures	31
Réunion du mardi 10 janvier 2023 à 21 heures	47
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE	91
ANNEXE 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D’ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L’OCCASION DE L’EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI	95

AVANT-PROPOS

L'accès aux soins constitue un enjeu majeur et un sujet de préoccupation croissant pour nos concitoyens. Six millions de Français, dont 600 000 sont en affection de longue durée (ALD), n'ont pas de médecin traitant.

Les causes de cette situation sont désormais bien connues : l'instauration du *numerus clausus* au début des années 1970 a fortement contraint le nombre de médecins formés, sans que l'évolution des besoins de la population ni l'évolution des aspirations des nouvelles générations de médecins ne soient pleinement anticipées.

Depuis 2017, la majorité présidentielle a pris des mesures structurantes pour faire face à ces difficultés. La suppression du *numerus clausus* en 2019 a déjà permis d'augmenter de 15 % environ le nombre d'étudiants formés chaque année. Si cette réforme majeure ne produira ces effets qu'à l'horizon 2030, d'autres leviers doivent être mobilisés à plus court terme pour inciter les médecins à poursuivre leur activité. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a ainsi prévu, entre autres, de permettre, jusqu'à fin 2035, aux médecins et aux infirmiers de travailler à l'hôpital jusqu'à 72 ans, d'exonérer de cotisations vieillesse en 2023 les médecins retraités qui reprennent une activité ou encore d'assouplir les règles du cumul emploi-retraite pour les médecins qui exercent dans un « désert médical ».

À cela s'ajoutent des mesures visant à libérer du temps médical. Comme l'a rappelé le Président de la République lors de ses vœux aux soignants, 10 000 assistants médicaux seront déployés sur l'ensemble du territoire national d'ici fin 2024 afin de décharger les médecins des tâches administratives. L'accompagnement des médecins dans le cadre de leurs activités constitue un axe fort de notre politique. Cela passera notamment par la mise en place d'un guichet unique pour faciliter leur installation en libéral.

Répondre aux besoins de santé des Français, c'est aussi développer les délégations de tâches dans le cadre de protocoles de coopération entre les différents professionnels de santé. Il s'agit d'une solution efficace pour améliorer l'attractivité des professions de santé mais également pour renforcer la confiance dans notre système de soins et son efficacité.

La présente proposition de loi s'inscrit dans la continuité des travaux engagés sous la précédente législature et en particulier de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, portée par votre rapporteure. Longuement mûrie et concertée avec les professionnels de santé, elle a pour ambition de faciliter l'accès aux soins et, en même temps, de valoriser et de mieux articuler les compétences des professionnels de santé. Ce texte fait ainsi écho aux propositions d'octobre dernier du collège des professions de santé du

Comité de liaison des institutions ordinales (CLIO). Le développement des partages d'actes et d'activités entre médecins et professionnels de santé apparaît aujourd'hui incontournable afin de permettre aux Français les plus fragiles, en particulier ceux en ALD, de disposer d'une équipe traitante formée de professionnels de santé travaillant en lien étroit avec un médecin.

Cela passe notamment par ce que l'on appelle l'accès direct, c'est-à-dire la possibilité pour un patient de consulter en première intention un professionnel de santé autre que son médecin traitant ou un médecin généraliste. Cela passe aussi par l'accélération du déploiement des pratiques avancées, facteur de qualité de la prise en charge des patients, et, de manière plus générale, par l'ouverture des perspectives d'évolution pour les professionnels de santé, en phase avec leurs compétences.

Cette proposition de loi revalorise ainsi les missions des infirmiers en pratique avancée (IPA) pour dynamiser cette profession qui ne compte à ce jour que 1 700 personnels diplômés, dont les trois quarts exercent aujourd'hui en établissement. Les IPA exerçant en libéral sont quant à eux confrontés à des difficultés importantes pour se constituer une patientèle. Nombre de médecins sont encore réticents à adresser des patients à des IPA, ce qui inhibe l'émergence d'un modèle économique viable.

Au regard de cette situation, l'article 1^{er} reprend plusieurs recommandations formulées par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en novembre 2021 dans un rapport sur les partages de compétences entre les professionnels de santé. D'une part, il est proposé de permettre aux IPA de prendre en charge directement des patients, sans adressage préalable d'un médecin, à la condition d'exercer dans le cadre de structures d'exercice coordonné. D'autre part, le champ de compétences des IPA est étendu aux prescriptions de produits de santé et de prestations soumis à prescription médicale obligatoire. Enfin, afin de mieux structurer et organiser la profession, deux types d'IPA avec des modalités d'exercice différents sont créés, à savoir des IPA spécialisés et des IPA praticiens.

Les articles 2 et 3 visent respectivement à ouvrir l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes. Cette mesure est nécessaire pour fluidifier le parcours de soins du patient et dégager du temps médical. Ces professionnels ont, durant leurs études, des formations sur l'accès direct leur permettant d'avoir des compétences sanctionnées par un diplôme universitaire. Il s'agit donc de consacrer pleinement leurs compétences en apportant des garanties, telles que la prise en charge prioritaire des patients en ALD par les masseurs-kinésithérapeutes en accès direct.

Bien que, dans ce schéma, le médecin ne constitue plus systématiquement la porte d'entrée du parcours de soins du patient, sa place n'en demeure pas moins centrale puisque les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, au même titre que les IPA, devront adresser au médecin traitant et au patient un bilan initial et un compte rendu des soins prodigués et les reporter dans le dossier médical partagé du

patient. De surcroît, seuls les professionnels travaillant en exercice coordonné sont concernés par ces dispositions afin d'assurer la meilleure prise en charge possible.

Enfin, l'article 4 propose de créer une profession d'assistant dentaire de niveau II. Cette proposition, préparée depuis plusieurs années, répond à une forte demande de la profession qui compte actuellement 15 000 professionnels en exercice. Disposant de compétences élargies, acquises par l'expérience et par une formation en alternance, l'assistant dentaire de niveau II pourra effectuer des actes habituellement pratiqués par le chirurgien-dentiste tels que les détartrages et les actes d'imagerie. Alors que des difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires sont observées dans de nombreux territoires, la création de cette profession apparaît donc essentielle pour libérer du temps médical et mieux développer la prévention bucco-dentaire.

Le contenu de ces articles a été précisé lors de l'examen en commission des affaires sociales pour prendre en compte des demandes du secteur et apporter des garanties nécessaires au bon fonctionnement du système de santé. La commission a ainsi encadré le nombre d'assistants dentaires relativement au nombre de chirurgiens-dentistes exerçant dans la même structure et le nombre d'assistants médicaux relativement au nombre d'ophtalmologistes exerçant dans un centre de santé. Si certains points feront sans doute encore l'objet d'ajustements, le périmètre de ce texte transversal a vocation à être élargi en séance et au cours de la navette parlementaire pour améliorer l'accès aux soins des Français et répondre aux nombreuses attentes de l'ensemble des professionnels de santé en matière de partage de compétences.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Revaloriser la profession d’infirmier en pratique avancée

Adopté par la commission avec modifications

L'article 1^{er} étend le champ de compétences des infirmiers en pratique avancée (IPA) aux prescriptions de produits de santé et de prestations soumis à prescription médicale obligatoire. Il permet également aux IPA de prendre en charge directement des patients, sans adressage préalable d'un médecin, dans le cadre de structures d'exercice coordonné. Enfin, afin de mieux structurer la profession, il crée deux types d'IPA : des IPA spécialisés et des IPA praticiens.

Les infirmiers en pratique avancée disposent de compétences élargies, à l'interface des exercices infirmier et médical ⁽¹⁾. Ils suivent actuellement des patients confiés par un médecin, sur la base d'un protocole d'organisation qui précise les modalités de leur collaboration. Ils participent ainsi à l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité du parcours de santé. Ils permettent de gagner du temps médical.

I. LA SITUATION ACTUELLE

A. UNE PROFESSION ENCORE TRÈS PEU RÉPANDUE

1. Un cadre juridique récent

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a posé le cadre légal de la pratique avancée ⁽²⁾. La pratique avancée poursuit un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients tout en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. En outre, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels de santé et leur permet d'acquérir un haut niveau de compétence.

L'exercice en pratique avancée est aujourd'hui limité aux infirmiers ⁽³⁾. Toutefois, le législateur a veillé à édicter un cadre normatif souple, qui pourrait s'appliquer sans difficulté aux auxiliaires médicaux ⁽⁴⁾.

(1) L'emploi du masculin ne doit pas faire oublier que la profession d'infirmier demeure très majoritairement féminine. Selon l'Insee, 87 % des infirmiers étaient des infirmières au 1^{er} janvier 2019.

(2) Ses dispositions figurent désormais à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique.

(3) Décrets n° 2018-629 et n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

(4) En l'état actuel de la loi, les professions suivantes pourraient à terme exercer en pratique avancée : masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes.

• Les infirmiers en pratique avancée doivent justifier de trois années d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier et avoir obtenu leur diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (bac+5, grade de master)⁽¹⁾. La formation comprend des enseignements théoriques et pratiques ainsi que deux stages d'exercice. La première année est constituée d'un tronc commun ; la seconde est centrée sur un domaine d'intervention choisi par l'infirmier en formation.

• Les infirmiers en pratique avancée peuvent exercer dans un ou plusieurs domaines d'intervention⁽²⁾. Leur liste a été progressivement étendue :

– les pathologies chroniques stabilisées (PCS), la prévention et les polyopathologies courantes en soins primaires (depuis 2018) ;

– l'oncologie et l'hémo-oncologie (depuis 2018) ;

– la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale (depuis 2018) ;

– la psychiatrie et la santé mentale (depuis 2019) ;

– les urgences (depuis 2021).

• Les infirmiers en pratique avancée assurent le suivi de patients qui leur sont confiés par un médecin, avec leur accord, au sein de l'équipe dans laquelle il exerce et sur la base d'un protocole d'organisation qui précise les modalités du travail en collaboration⁽³⁾. Les infirmiers en pratique avancée participent à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier et second recours ainsi que les établissements et services de santé ou médico-sociaux. L'article R. 4301-3 du code de la santé publique leur permet notamment :

– de conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

– d'effectuer des actes techniques et de demander des actes de suivi et de prévention ;

– de prescrire des médicaments ou des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire ainsi que des examens de biologie médicale ;

manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, et diététiciens.

(1) Article D. 4301-8 du code de la santé publique.

(2) Article R. 4301-2 du même code.

(3) Articles R. 4301-4 du même code. *Le protocole d'organisation précise les domaines d'intervention concernés, les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés, les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA, les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients, les conditions de retour du patient vers le médecin.*

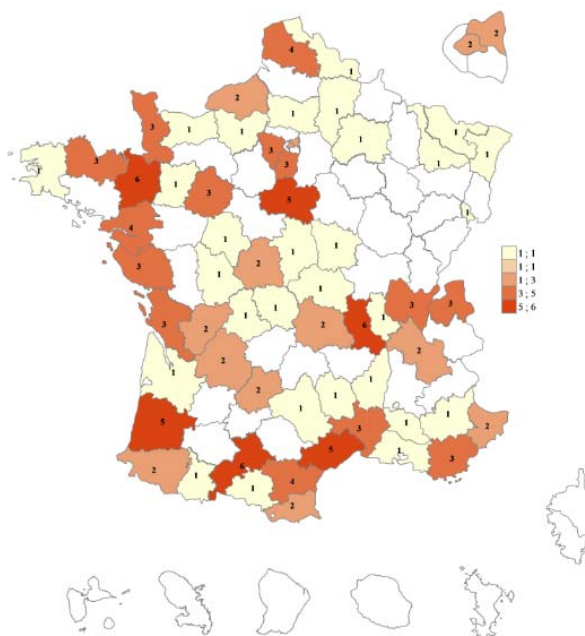
– de renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales pour les pathologies suivies.

2. Un déploiement très progressif

Selon les données de l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA), la France comptait, en août 2022, 1 722 IPA diplômés et 1 500 IPA en formation ⁽¹⁾. Chaque année, 700 personnes sont diplômées en moyenne : à ce rythme, environ 3 100 infirmiers en pratique avancée devraient être diplômés en août 2024, soit un nombre très en deçà de l'objectif de 5 000 fixé initialement. Si la crise sanitaire a pu ralentir la montée en charge du dispositif, la rapporteure estime urgent d'accélérer la formation et le déploiement en lien avec les universités.

Les infirmiers en pratique avancée travaillent très majoritairement en établissement de santé (75 %). L'exercice libéral (10 %) ou en structures d'exercice coordonné (15 %) demeure très contraint.

RÉPARTITION DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE LIBÉRAUX (IPAL) EN ACTIVITÉ PAR DÉPARTEMENT (AOÛT 2022)



Source : Cnam.

(1) À titre de comparaison, la France comptait 764 260 infirmiers au 1^{er} janvier 2021.

Selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), on dénombrait en août 2022 seulement 176 infirmiers en pratique avancée exerçant en libéral (IPAL) ⁽¹⁾ et 46 IPA exerçant à titre exclusif – ayant bénéficié d'aides à l'installation. Comme l'indique la carte ci-dessus, la répartition des IPAL sur le territoire national demeure disparate. L'objectif est de déployer 500 IPAL à l'horizon 2024, soit 10 % des effectifs.

Les IPAL en activité ont suivi en moyenne 184 patients. Mais la médiane, qui ne s'élève qu'à 76 patients, traduit de fortes disparités. Pour se constituer une file active suffisante, les IPAL collaborent généralement avec un à cinq médecins.

B. UN DÉVELOPPEMENT QUI SE HEURTE À DE NOMBREUX FREINS

1. Un difficile accès à la pratique avancée

Un frein majeur au déploiement des infirmiers en pratique avancée réside dans l'accès à la formation. Selon les éléments communiqués par l'assurance maladie, chaque année de formation représente un coût de 5 000 euros, soit 10 000 euros sur deux ans. À ces frais s'ajoutent des dépenses d'hébergement et de transport puisque seules certaines universités, parfois éloignées du domicile des infirmiers faisant le choix de se former aux pratiques avancées, dispensent cet enseignement. Enfin, ces deux années de formation entraînent de fait la perte des revenus liés à l'activité infirmière.

La rapporteure estime indispensable de lever les freins à l'accès à la formation. Dans un contexte de pénurie de personnels soignants et de perte d'attractivité du secteur, il est plus que jamais nécessaire de faciliter la transition des infirmiers diplômés d'État vers la profession d'infirmier en pratique avancée – sans la dévaloriser – en s'appuyant sur la valorisation de leur l'expérience et la formation continue.

2. Une patientèle difficile à constituer

- L'une des difficultés majeures rencontrées par les infirmiers en pratique avancée libéraux réside dans le nombre insuffisant de patients qui leur sont confiés par les médecins, en lien avec le manque de praticiens volontaires pour coopérer avec eux ⁽²⁾. Cette réserve des médecins peut s'expliquer soit par une méconnaissance des compétences des infirmiers en pratique avancée, soit par une réticence à travailler avec une profession perçue – à tort – comme concurrente.

(1) IPA ayant facturé au moins un forfait IPA depuis avril 2020.

(2) Cette situation de dépendance entre le médecin et l'IPA découle des textes d'application qui emploient la notion de « patient confié par le médecin » (cf. articles R. 4301-1 et suivants) alors que la loi elle-même n'interdit pas l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

Ce mode de fonctionnement empêche le développement d'un modèle économique viable. Comme le relève l'inspection générale des affaires sociales, « *les obstacles rencontrés par les IPA libéraux pour acquérir une patientèle rendent l'exercice IPA en libéral trop peu attractif par rapport à un exercice en tant qu'IDEL ou en tant qu'IPA salarié. De nombreux IPA libéraux envisagent d'ores et déjà de renoncer à leur exercice en tant que tel. C'est pourtant en ville que les IPA, destinés à assurer le suivi au long cours de patients atteints de maladies chroniques, ont le plus vocation à exister* »⁽¹⁾.

Cet obstacle dans la constitution d'une patientèle peut compromettre la continuité du suivi des patients par l'infirmier en pratique avancée ainsi que la pérennité de son exercice en cas de départ d'un médecin partenaire. De plus, il rend l'exercice libéral trop peu attractif par rapport à un exercice salarié alors que le besoin d'infirmiers en pratique avancée se fait tout autant ressentir en médecine de ville.

● Aussi est-il indispensable de mieux informer les médecins sur le rôle que peuvent jouer les infirmiers en pratique avancée et de valoriser les bénéfices des collaborations entre les deux professions. La Cnam travaille actuellement à un plan de communication visant les médecins et les centres de santé mais aussi les professionnels de santé qui reçoivent les prescriptions (pharmaciens, biologistes) afin de prévenir le rejet de prescriptions rédigées par des infirmiers en pratique avancée. Les patients seraient également mieux informés. Ce plan de communication doit être décliné sur plusieurs niveaux : publication d'articles et foire aux questions sur le site de l'assurance maladie, courriels des caisses primaires d'assurance maladie aux médecins libéraux, publications dans la presse professionnelle spécialisée et sur les réseaux sociaux.

3. Un modèle économique à consolider

Le modèle économique des infirmiers en pratique avancée est aujourd'hui peu viable, ce qui ne favorise pas leur déploiement en libéral. La rémunération forfaitaire trop faible et les difficultés à constituer une patientèle ne permettent pas aux infirmiers d'exercer exclusivement en pratique avancée. Au regard de l'avenant 7 de la convention nationale des infirmiers libéraux, la rémunération effective d'un IPAL se situerait autour de 1 000 euros nets par mois⁽²⁾.

C'est pourquoi l'avenant 9 à la convention nationale, signé le 27 juillet 2022, prévoit, à compter du 23 mars 2023, une revalorisation de la rémunération afin de favoriser le déploiement en ville et l'offre de soins sur le territoire⁽³⁾. Cet accord

(1) Inspection générale des affaires sociales, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* », novembre 2021, p. 76.

(2) Inspection générale des affaires sociales, *ibid.*, p. 70.

(3) Les signataires de cet avenant sont l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et les trois syndicats représentatifs d'infirmiers.

rehausse les forfaits de prise en charge pour les patients confiés par le médecin au titre d'un suivi régulier. Le forfait de premier contact passe de 58,90 euros à 60 euros et le forfait de suivi de 32,70 euros à 50 euros.

Ce nouvel avenant permet la prise en charge ponctuelle de nouveaux patients à la demande du médecin. Dans ce cadre, les infirmiers en pratique avancée pourront facturer une fois par an un « bilan ponctuel infirmier en pratique avancée » à hauteur de 30 euros, et quatre fois par an des séances de soins ponctuelles à hauteur de 16 euros.

De plus, le montant ainsi que les modalités d'engagement et de versement concernant l'aide au démarrage de l'activité en pratique avancée évoluent pour encourager l'installation. Depuis le 23 septembre 2022, l'aide financière accordée au démarrage de l'activité en libéral n'est plus limitée aux seuls infirmiers en pratique avancée exerçant à titre exclusif ; elle est étendue à tous, ce qui facilitera l'exercice mixte.

En cas d'installation dans une zone sous dotée en médecins classée en zone d'intervention prioritaire, l'aide s'élève désormais à 40 000 euros – 27 000 euros dans les autres zones. Bien que ce dernier montant reste inchangé, les modalités d'obtention ont été assouplies, notamment au regard du nombre minimal de patients suivis au cours des deux premières années d'exercice ⁽¹⁾.

En outre, afin de favoriser la formation des infirmiers en pratique avancée en ambulatoire, un IPAL percevra 200 euros supplémentaires par mois s'il accueille des stagiaires IPA dans son cabinet avec la fonction de maître de stage.

LE NOUVEAU MODÈLE DE VALORISATION DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE LIBÉRAUX (IPAL)



Source : Cnam.

(1) Un IPA devra avoir suivi au moins 30 patients au cours de la première année et 60 patients au cours de la deuxième année contre respectivement 50 et 150 patients dans le cadre du précédent avenant.

II. LE DISPOSITIF DE LA PROPOSITION DE LOI

Le présent article, qui a fait l'objet de plusieurs amendements rédactionnels en commission, prévoit plusieurs mesures destinées à favoriser l'essor de la pratique avancée chez les infirmiers.

A. L'OUVERTURE D'UN DROIT À LA PRIMO-PRESCRIPTION ET D'UN ACCÈS DIRECT AUX INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE

● La pratique avancée définie dans la loi autorise la primo-prescription des seuls produits de santé non-soumis à prescription médicale obligatoire ainsi que de certains examens complémentaires⁽¹⁾. Elle ne permet que le renouvellement et l'adaptation des prescriptions médicales. Ces dispositions conviennent au traitement au long cours de patients atteint de maladies chroniques. Mais elles empêchent les prescriptions médicales plus ponctuelles que nécessite la prise en charge globale des patients. Comme le suggère l'inspection générale des affaires sociales, l'assouplissement des droits de prescriptions des infirmiers en pratique avancée préviendrait des « *retours peu justifiés et coûteux vers le médecin* »⁽²⁾.

Aussi l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a-t-il autorisé, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, les infirmiers en pratique avancée à rédiger certaines prescriptions de produits soumis à prescription médicale. L'établissement de la liste des produits concernés était renvoyé à un décret d'application. Toutefois, force est de constater, un an après la promulgation de la loi, que l'expérimentation n'a toujours pas vu le jour. Par ailleurs, l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit une expérimentation de trois ans de la prise en charge directe des patients par les infirmiers en pratique avancée dans le cadre des structures d'exercice coordonné – équipes de soins, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles. Cependant, eu égard à l'urgence de la situation, une expérimentation apparaît insuffisante.

● L'article 1^{er} étend le champ de compétences des infirmiers en pratique avancée aux prescriptions de produits de santé et de prestations soumis à prescription médicale obligatoire et définis par décret (1^o du I).

Le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales relève que la prise en charge globale des patients requiert que les infirmiers en pratique avancée puissent délivrer notamment des prescriptions de transport, des avis d'arrêt de travail, des examens complémentaires, des appareillages, des soins de rééducation, des soins infirmiers, des antalgiques tels que le paracétamol ainsi que des traitements de certaines affections intercurrentes étudiées en formation initiale et soulevées par leur

(1) Article L. 4301-1 du code de la santé publique.

(2) Inspection générale des affaires sociales, op. cit., p.77.

patient dans le cadre de consultations de suivi programmées ⁽¹⁾. Un tel élargissement des prescriptions possibles fluidifiera le parcours de soins des patients, pour gagner du temps médical et accroître l’attractivité de la profession en ville.

Par conséquent, il est proposé d’abroger l’article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoyant l’expérimentation de certaines prescriptions soumises à prescription médicale obligatoire (III).

- L’article 1^{er} autorise également les infirmiers en pratique avancée à prendre en charge des patients directement, sans adressage préalable d’un médecin (2^o du I). Cet accès direct permettra, avec l’extension des compétences en matière de prescription, de garantir une plus grande autonomie de l’exercice de la pratique avancée et de faciliter la constitution d’une patientèle qui fait aujourd’hui défaut.

Toutefois, une telle évolution ne doit pas conduire à éloigner le médecin du parcours de soins. Il est essentiel que les infirmiers en pratique avancée exercent leur activité en lien étroit avec lui. L’article prévoit donc de limiter cette disposition aux infirmiers en pratique avancée travaillant dans le cadre d’une structure d’exercice coordonné prévue par le code de la santé publique – équipe de soins primaires ou spécialisées (article L. 1411-1-1), communauté professionnelle territoriale de santé (article L. 1434-12), centre de santé (article L. 6323-1) ou maison de santé (article L. 6323-3). Un compte rendu des soins prodigués sera adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé.

En conséquence, il est prévu que la convention entre les organismes d’assurance maladie et les infirmiers définisse les conditions de prise en charge des actes réalisés par les infirmiers en pratique avancée, y compris en l’absence d’adressage préalable de la part d’un médecin (II).

Une telle évolution n’exclut pas, bien au contraire, que les infirmiers en pratique avancée adressent ces mêmes patients à un médecin, comme cela est prévu aujourd’hui, dès lors qu’une situation dépasse leur champ de compétences ⁽²⁾.

B. LA CRÉATION DE DEUX TYPES D’INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE

- Afin de mieux structurer la profession, le présent article propose, dans le sillon des recommandations de l’inspection générale des affaires sociales ⁽³⁾, de créer deux catégories d’infirmiers en pratique avancée, IPA spécialisés et IPA praticiens (nouvel article L. 4301-2 du code de la santé publique). Cette distinction s’inspire de la définition du conseil international des infirmiers (CII) et de modèles étrangers tels que l’association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC).

(1) *Inspection générale des affaires sociales*, *ibid.*

(2) *Article R. 4301-5.*

(3) *Inspection générale des affaires sociales*, *ibid.*, p. 116 et suivantes.

Un décret préciserait les compétences respectives et les modalités d'accès à ces professions, y compris par validation des acquis de l'expérience (2° du I).

- Les infirmiers en pratique avancée spécialisés ont vocation à prendre en charge des pathologies complexes dans le cadre d'un domaine de compétences spécifique : oncologie et hémato-oncologie, maladies rénales chroniques, dialyse, transplantation rénale, psychiatrie et santé mentale, pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes en soins primaires⁽¹⁾. Exerçant principalement en établissement de santé, cette catégorie aurait vocation à intégrer en priorité les infirmiers anesthésistes (IADE) mais aussi, dans un second temps et sous réserve d'ajustements permettant de les aligner sur les pré-requis de la pratique avancée, les autres spécialités infirmières – infirmiers puériculteurs (PUER) et infirmiers de bloc opératoire (IBODE).

- À l'inverse, les infirmiers en pratique avancée praticiens ont vocation à agir en amont dans le cadre d'un domaine de compétences plus large et transversal. Positionnés en ville ou à l'hôpital dans des services d'urgences, ils interviendraient en premier recours. Ils auraient notamment pour mission la prise en charge des affections en fonction de directives reposant sur des données probantes comme, par exemple, les référentiels de la Haute Autorité de santé.

*

* *

Articles 2 et 3

Ouvrir un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant dans une structure de soins coordonnés

Adopté par la commission avec modifications

Les articles 2 et 3 visent respectivement à ouvrir l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes lorsque ces professionnels de santé exercent dans une structure de soins coordonnés. Ils prévoient un bilan initial et un compte rendu des soins prodigués, versés au dossier médical des patients et transmis à leur médecin traitant.

I. LA SITUATION ACTUELLE

A. DES PROFESSIONS S'INSCRIVANT DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS ET PROGRESSIVEMENT RESPONSABILISÉES

- Afin de répondre aux besoins de santé des populations tout en maîtrisant les dépenses de santé, le parcours de soins coordonnés a été institué par la

(1) La création de deux catégories d'IPA, spécialisés et praticiens, impliquerait de reclasser les mentions actuelles des IPA définies au niveau réglementaire.

loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à désigner un médecin traitant consulté préférentiellement, notamment avant consultation d'un autre professionnel de santé. Le médecin traitant se voit ainsi confier la coordination des soins de ses patients en leur assurant un suivi médical optimal.

En cas de non-respect du parcours de soins, le remboursement des consultations par l'assurance maladie est diminué. Toutefois, l'obligation de suivre le parcours ne concerne pas les consultations des médecins spécialisés en accès direct (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, gynécologues, ophtalmologues, psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients de 16 à 25 ans, stomatologues). D'autres situations justifient une prise en charge en l'absence de parcours de soins – la consultation d'un autre spécialiste à la demande d'un médecin traitant, l'urgence ou l'éloignement de son domicile.

- Les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes relèvent du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. Ils s'inscrivent dans le cadre du parcours de soin. En conséquence, conformément au neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 et au cinquième alinéa de l'article L. 4341-1 du code de la santé publique, le masseur-kinésithérapeute et l'orthophoniste pratiquent leur art sur prescription médicale.

- Alors que des compétences accrues en matière de diagnostic et de traitement ont été reconnues à ces professionnels de santé depuis le début des années 2000, le rôle prescriptif du médecin apparaît parfois moins central aujourd'hui.

En effet, le masseur-kinésithérapeute peut dresser un bilan kinésithérapique ayant pour objet d'établir un diagnostic en kinésithérapie et de déterminer les objectifs, le volume et la nature des actes à pratiquer. À ce titre, l'article L. 4321-1 du code de la santé publique précise que le masseur-kinésithérapeute peut « *adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an* ». Cette compétence a également été reconnue à l'orthophoniste qui peut « *adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an* »⁽¹⁾.

Par ailleurs, le masseur-kinésithérapeute bénéficie d'un droit de prescription de dispositifs médicaux et de produits de santé, reconnu par la loi du 8 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁽²⁾, puis étendu par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁽³⁾ et la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé pour la confiance et la

⁽¹⁾ Article L. 4341-1 du code de la santé publique.

⁽²⁾ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁽³⁾ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

simplification⁽¹⁾. Cette disposition, codifiée au neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 précité, dispose que le masseur-kinésithérapeute « *peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les produits de santé, dont les substituts nicotiques, nécessaires à l'exercice de sa profession* ». La liste de ces produits de santé est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.

- La prescription du médecin permet la prise en charge par l'assurance maladie des séances des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes à hauteur de 60 % du tarif conventionnel. Le montant restant peut être intégralement remboursé par les complémentaires de santé. Si un masseur-kinésithérapeute ou un orthophoniste est consulté sans prescription médicale, les soins dispensés ne seront pas pris en charge par l'assurance maladie.

B. UN ACCÈS DIRECT ENCORE EXCEPTIONNEL ET DES EXPÉRIMENTATIONS TOUJOURS EN ATTENTE

- Malgré la responsabilisation croissante des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, la pratique d'actes sans prescription médicale par ces professionnels, c'est-à-dire la possibilité d'un accès direct des patients, est limitée à des cas exceptionnels.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie⁽²⁾, tandis que l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale⁽³⁾. Un compte rendu du bilan et des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès l'intervention du professionnel.

L'accès direct au masseur-kinésithérapeute ou à l'orthophoniste est également possible lorsque celui-ci adhère à un protocole de coopération entre professionnels de santé au niveau local, en application de l'article 66 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁽⁴⁾. Dans ce cas, l'accès à ces soins peut être direct ; ils sont pris en charge par l'assurance maladie.

En application de deux arrêtés du 6 mars 2020, deux protocoles nationaux de coopération autorisent l'accès direct au masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle concernant la prise en charge de la douleur lombaire

⁽¹⁾ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

⁽²⁾ Dernier alinéa de l'article L. 4321-1 du code la santé publique.

⁽³⁾ Sixième alinéa de l'article L. 4341-1 du même code.

⁽⁴⁾ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

aiguë inférieure à 4 semaines ⁽¹⁾ et du traumatisme en torsion de la cheville ⁽²⁾. Un troisième protocole, relatif à l'adaptation de l'oxygénothérapie dans le cadre de la bronchopneumopathie chronique obstructive, a été validé par la Haute Autorité de santé en janvier 2021 ⁽³⁾. La mission de l'inspection générale des affaires sociales, dans son rapport de février 2022 sur l'expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie, constatait toutefois que ces protocoles n'avaient pas encore été mis en œuvre ⁽⁴⁾.

- La loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit d'expérimenter l'accès direct masseurs-kinésithérapeutes (article 73) et aux orthophonistes (article 74) dans le cadre de structures d'exercice coordonné : équipes de soins primaires ou spécialisées, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé ou maisons de santé. À ce titre, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans, dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

- La rapporteure constate que, plus d'un an après la publication de la loi, le pouvoir réglementaire n'a pas mis en œuvre les expérimentations prévues. Les auditions auxquelles elle a procédé attribuent ce délai à des difficultés administratives, au temps de concertation étendu en raison des oppositions suscitées ou encore aux questions soulevées en termes de modèle économique.

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, le rapport de l'inspection générale des affaires sociales préalable à l'expérimentation a été présenté aux organisations représentatives au printemps 2022. Le décret est en cours de rédaction et devrait ouvrir l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre des centres de santé, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des communautés professionnelles territoriales de santé, qui regroupent 6 % des masseurs-kinésithérapeutes. L'expérimentation ne devrait toutefois concerner que le traitement des troubles ostéo-articulaires, alors que le législateur n'avait prévu aucune limitation concernant les actes réalisés en accès direct. Le décret devrait par ailleurs définir les contre-indications à la prise en charge en accès direct obligeant le masseur-kinésithérapeute à réorienter le patient vers un médecin, et préciser les modalités d'évaluation de l'expérimentation. Le décret devrait être prêt au mois de janvier 2023

⁽¹⁾ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

⁽²⁾ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

⁽³⁾ HAS, avis du collège n° 2021.0003/AC/SBP du 21 janvier 2021, « Adaptation de l'oxygénothérapie d'effort dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire en ambulatoire pour des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sans comorbidités significatives ».

⁽⁴⁾ Inspection générale des affaires sociales, rapport « Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie », février 2022.

et présenté aux organisations syndicales avant d’être soumis pour avis à la Haute Autorité de santé et à l’Académie de médecine.

Concernant les orthophonistes, les travaux se poursuivent avec les conseils nationaux professionnels. Aucun projet de texte n’est encore établi à ce stade.

II. LE DISPOSITIF DE LA PROPOSITION DE LOI

Alors que les expérimentations peinent à voir le jour et face à l’urgence de renforcer l’offre de soins, les articles 2 et 3 de la présente proposition de loi ouvrent, de façon encadrée, l’accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant au sein d’une structure de soins coordonnés.

A. INTRODUIRE UNE DÉROGATION PERMETTANT L’ACCÈS DIRECT AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET AUX ORTHOPHONISTES

- Les articles 2 et 3, dont le dispositif est rédigé de façon similaire après une large consultation des professionnels concernés, ne remettent nullement en cause le principe selon lequel ces derniers pratiquent leur art sur prescription médicale. En conséquence, ils demeurent inscrits dans le cadre du parcours de soin.

- Ces articles introduisent toutefois, aux articles L. 4321-1 et L. 4341-1 du code de la santé publique, une dérogation au principe susmentionné pour permettre aux professionnels concernés de pratiquer leur art et de prodiguer des soins sans prescription médicale (I).

L’accès direct à ces professionnels ainsi créé vise tant à fluidifier le parcours de soins du patient qu’à dégager du temps médical au médecin. Il permettra d’éviter des consultations médicales non nécessaires et un retour vers le médecin traitant, par exemple en ce qui concerne les actes le plus fréquemment réalisés en kinésithérapie – lombalgie commune, entorse de la cheville, prothèse de la hanche, épaule opérée.

- La rapporteure relève d’ailleurs que l’accès direct aux soins de kinésithérapie existe aujourd’hui dans la plupart des États européens ⁽¹⁾. Si l’inspection générale des affaires sociales, dans son rapport de février 2022, souligne que les comparaisons internationales sont difficiles et que l’effet observé en matière de temps médical reste modéré, elle juge que « *le bilan de l’accès direct dans les nombreux pays qui l’ont admis offre des perspectives intéressantes* » ⁽²⁾. La mission met en lumière un effet positif en matière de santé publique, en relativisant le risque de perte de chance et en relevant des effets favorables en matière de délai d’accès

⁽¹⁾ L’accès direct aux soins de kinésithérapie est aujourd’hui prévu à Chypre, au Danemark, en Espagne, en Estonie, en Finlande, en Hongrie, en Irlande, en Italie, en Lettonie, en Lituanie, au Luxembourg, à Malte, aux Pays-Bas, en Pologne, au Portugal ou encore en Slovaquie.

⁽²⁾ Inspection générale des affaires sociales, rapport « Expérimentation de l’accès direct aux actes de masso-kinésithérapie », février 2022.

aux soins, un faible retour vers les services d'urgence ou les spécialistes, ou encore des arrêts de travail moins fréquents et de plus courte durée.

B. UN DISPOSITIF ENCADRÉ

- L'ouverture de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes ne vise que les professionnels exerçant dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique. Sont ainsi concernés les professionnels en centre de santé, en maison de santé, en équipe de soins primaires ou spécialisées ou en communauté professionnelle territoriale de santé.

- Le dispositif proposé préserve par ailleurs la place centrale du médecin traitant dans le parcours de soins, lequel doit pouvoir coordonner les soins et assurer un suivi du patient. Dans cette perspective, les articles 2 et 3 modifient les articles L. 4321-1 et L. 4341-1 du code de la santé publique pour prévoir explicitement, conformément à ce qui était prévu par les expérimentations précédemment adoptées par le Parlement, qu'un bilan initial et un compte rendu des soins prodigués sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

Ces éléments assurent un lien continu entre le professionnel qui reçoit le patient en accès direct et le médecin traitant, qui aura connaissance de la prise en charge du patient dès le bilan initial. Cette obligation devrait du reste conduire au renforcement de cette transmission, encore trop rarement observée en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes.

- La commission a précisé les modalités de cette transmission en adoptant plusieurs amendements renforçant l'information du patient : des amendements de MM. Pierre Dharréville et Yannick Monnet (groupe Gauche démocrate et républicaine - NUPES), respectivement à l'article 2 et à l'article 3, précisant que le bilan initial et le compte rendu des soins sont également remis au patient, ainsi qu'un amendement à l'article 2 de M. Thibault Bazin (groupe Les Républicains) disposant qu'un bilan de kinésithérapie et une synthèse des soins prodigués sont systématiquement remis au patient.

La commission a également adopté deux amendements de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq (groupe Renaissance) disposant, aux articles 2 et 3, qu'à défaut de transmission des informations, les actes réalisés respectivement par le masseur-kinésithérapeute et par l'orthophoniste sont mis à sa charge. Les modalités d'application de cette disposition sont renvoyées aux négociations conventionnelles.

- Pour rendre effective la mise en place de l'accès direct, et renforcer ainsi l'accès aux soins, le dispositif garantit la prise en charge par l'assurance maladie des actes pratiqués dans ce cadre. Il les intègre dans les négociations conventionnelles.

L'article 2 modifie ainsi l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale de façon à prévoir explicitement que la convention nationale conclue entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes couvre les actes des professionnels conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature et les actes sans prescription médicale (II).

L'absence d'une telle précision à l'article 3 tient à l'absence de dispositions concernant le contenu de la convention entre les organismes d'assurance maladie et les orthophonistes dans la partie législative du code de la sécurité sociale, étant entendu que les actes réalisés sans prescription médicale seront également couverts par cette convention.

L'intégration de l'accès direct dans les négociations conventionnelles pourra en outre permettre de prévenir et de limiter d'éventuels effets négatifs. Les partenaires conventionnels pourraient par exemple envisager de limiter le remboursement par l'assurance maladie à un nombre de séances déterminées avant consultation médicale et répondre ainsi à certaines inquiétudes concernant le risque de manque de pertinence des soins ou d'une inflation des dépenses en raison du nombre croissant d'actes remboursés.

- La rapporteure, qui a auditionné l'ensemble des parties prenantes, relève les préoccupations concernant la prévention de tout risque de perte de chance ou de tout risque portant sur les patientèles fragiles liées à l'extension de l'accès direct.

Pour garantir l'accès au soin de telles patientèles, la commission a adopté un amendement de la rapporteure à l'article 2, précisant explicitement que le masseur-kinésithérapeute prend prioritairement en charge le patient atteint d'une affection de longue durée.

- Les articles 2 et 3 abrogent les articles 73 et 74 de la loi du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, lesquels prévoient les expérimentations de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes pour trois ans dans six départements (III de l'article 2 et II de l'article 3).

Cette abrogation répond à une logique de cohérence avec le dispositif proposé alors que ces expérimentations, qui n'ont pas encore été mises en œuvre, sont rendues caduques par la généralisation de l'accès direct dans le cadre de structures d'exercice coordonné.

- Les débats en commission sur la nécessité de cadrer le dispositif ont conduit à l'adoption d'un amendement de M. Thibault Bazin (groupe Les Républicains) à l'article 2, disposant que le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale dans la limite de cinq séances dans le cas où le patient n'a pas eu de diagnostic médical préalable.

*

* *

Article 4

Créer une profession d'assistant dentaire de niveau II

Adopté par la commission

L'article 4 prévoit la création de la profession d'assistant dentaire « de niveau II », dont les activités seront précisées par voie réglementaire.

I. LA SITUATION ACTUELLE

A. LA RÉCENTE CONSÉCRATION DE LA PROFESSION D'ASSISTANT DENTAIRE DANS LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- La profession d'assistant dentaire a été créée et développée progressivement afin de permettre aux chirurgiens-dentistes de se concentrer sur les actes les plus techniques et de renforcer la place de la prévention.

- Cette profession consiste à assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité et son contrôle effectif.

L'assistant dentaire, qui est le principal collaborateur du chirurgien-dentiste, contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé bucco-dentaire. Il assiste le chirurgien-dentiste ou le médecin dans la réalisation des gestes avant, pendant et après les soins bucco-dentaires. L'assistant dentaire peut ainsi assurer des tâches variées et de nature technique, relationnelle ou administrative.

Il contribue à l'accueil et à l'installation du patient, à la préparation des dispositifs médicaux, au conditionnement des outils, à l'organisation des rendez-vous du praticien. Il est également habilité à informer et à éduquer les patients dans ce champ médical, à gérer leur dossier, à accueillir et à accompagner les assistants dentaires en formation ou nouveaux dans la structure.

- Le cadre juridique de cette profession a été précisé par l'article 120 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ⁽¹⁾. Jusqu'à cette date, cette profession était encadrée par la convention collective nationale des cabinets dentaires de 1992, étendue par arrêté du 2 avril 1992 ⁽²⁾.

- La durée de formation au métier d'assistant dentaire est aujourd'hui de dix-huit mois selon un rythme d'alternance qui voit une formation théorique complétée d'une expérience professionnelle. La formation est ouverte aux personnes

⁽¹⁾ Articles L. 4393-8 et suivants du code de la santé publique. Le référentiel métier existant précédemment n'a toutefois pas évolué.

⁽²⁾ Arrêté du 2 avril 1992 portant extension de la convention collective nationale des cabinets dentaires et d'un avenant la complétant.

âgées de plus de 18 ans et titulaires d'un diplôme ou d'un titre de niveau 3 minimum (CAP/BEP). Le titre d'assistant dentaire reconnu de niveau 4 (baccalauréat) est ensuite requis pour exercer cette profession.

B. UN ACCÈS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES ENCORE INSUFFISANT QUI APPELLE LE DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION D'ASSISTANT DENTAIRE

● L'accès aux soins bucco-dentaires apparaît comme un enjeu majeur alors que la démographie des chirurgiens-dentistes libéraux est légèrement déclinante ⁽¹⁾ et que des difficultés d'accès aux soins dentaires de la population sont constatées dans de nombreux territoires. Cet enjeu sera notamment pris en compte lors des négociations de la prochaine convention dentaire, en 2023.

Dans ce contexte, la libération du temps médical du chirurgien-dentiste apparaît un levier important de réduction de la file active de ce professionnel. En 2018, une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) montrait que le temps d'attente moyen pour obtenir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste était d'un mois ⁽²⁾.

● Pour garantir l'accès à des soins dentaires de qualité alors même que la population continue de croître et que l'offre de soins dentaires restera durablement limitée, un consensus existe au sein de la profession autour de la nécessité d'instituer des assistants dentaires plus qualifiés, appelés « assistants dentaires de niveau II ».

Ce consensus a été constaté par la rapporteure lors de ses auditions, et souligné précédemment par le rapport d'information du 7 juillet 2021 de M. Cyrille Isaac-Sibille sur l'organisation des professions de santé ⁽³⁾.

La création d'assistants dentaires de niveau II permettrait de poursuivre l'effort de libération du temps médical du chirurgien-dentiste, qui pourrait se consacrer à des actes chirurgicaux demandant une expertise médicale élevée que lui seul peut accomplir en réponse aux besoins de la population.

Alors que près de 15 000 assistants dentaires étaient dénombrés en 2021, l'accès d'une partie d'entre eux au niveau II de la profession représente un levier important de renforcement de l'offre de soins bucco-dentaires sur le territoire.

⁽¹⁾ En 2021, la Caisse nationale de l'assurance maladie dénombrait 35 218 chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en activité (hors les 2 114 chirurgiens dentaires spécialistes de l'orthopédie dentofaciale libéraux), contre 35 800 en 2000 (-0,1 % par an en moyenne).

⁽²⁾ Drees, *Études & résultats n° 1085*, octobre 2018.

⁽³⁾ *Rapport d'information* de M. Cyrille Isaac-Sibille déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?

- S’inscrivant dans le prolongement de la loi du 26 janvier 2016 précitée, cette nouvelle profession offrirait aux assistants dentaires une perspective de progression en leur permettant d’accéder à un « niveau II » à condition d’avoir acquis une certaine expérience et de suivre une formation en alternance.

Les assistants dentaires de niveau II pourraient se voir déléguer davantage de tâches que leurs homologues de « niveau I », en exerçant toujours au sein des cabinets dentaires et sous le contrôle et la responsabilité d’un chirurgien-dentiste ou d’un médecin. Aussi, cette évolution permettrait de mettre l’accent sur la prévention, l’éducation et la santé, et de valoriser les soins précoces bucco-dentaires.

- Si la profession d’assistant dentaire de niveau II n’existe pas à l’étranger dans un cadre strictement équivalent, les comparaisons internationales soulignent sa pertinence ⁽¹⁾.

Une étude de janvier 2018 décrit un contexte d’évolution progressive vers un exercice pluriprofessionnel et salarié en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas, où les dentistes libéraux délèguent les soins de base à des assistants dentaires spécialisés ou des hygiénistes qualifiés dans le but de se concentrer sur les soins plus complexes ⁽²⁾. En vue de rationaliser les coûts, les dentistes libéraux ont recours à des dentistes salariés et tendent au regroupement.

Des assistants dentaires de niveau II existent en Allemagne. En Allemagne, au Danemark et au Royaume-Uni, certains actes comme des radiographies et le détartrage sous-gingival peu profond peuvent être délégués aux assistants dentaires sous réserve de formation reconnue.

Certains États comme l’Allemagne, la Belgique, le Danemark, l’Italie et le Royaume-Uni, ainsi que des provinces comme le Québec, connaissent en outre la profession d’hygiéniste dentaire. Ce dernier consacre son temps à la prise en charge de patients et travaille le plus souvent sans assistant. Ce professionnel prodigue des soins et des traitements en hygiène dentaire ; il enseigne les mesures de prévention des maladies et des affections bucco-dentaires.

⁽¹⁾ *Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les entreprises libérales, [Cabinets dentaires : Étude dentaire en Europe](#), 2021.*

⁽²⁾ *L’organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas, étude réalisée par D&CONSULTANTS pour la Drees et l’Assurance maladie, 2018.*

II. LE DISPOSITIF DE LA PROPOSITION DE LOI

Le présent article vise à créer la profession d'assistant dentaire « de niveau II ».

A. RENFORCER L'OFFRE DE SOINS EN CRÉANT LA PROFESSION D'ASSISTANT DENTAIRE DE NIVEAU II

Disposant de compétences élargies, cette profession se situerait à l'interface entre l'assistant dentaire, dont elle constitue une évolution, et le chirurgien-dentiste ou le médecin. L'assistant dentaire de niveau II pourrait effectuer les actes habituellement pratiqués par le chirurgien-dentiste et présentant peu de risques médicaux, tels que les détartrages et les actes d'imagerie.

- La proposition de loi initiale dénomme cette nouvelle profession « assistant en médecine bucco-dentaire ». La rapporteure constate néanmoins la confusion causée par cette dénomination, dès lors que la médecine bucco-dentaire est une spécialisation proposée aux étudiants de troisième cycle des études en odontologie, et alors même que le recrutement d'assistants dentaires de niveau II ne sera pas réservé aux chirurgiens-dentistes en médecine bucco-dentaire.

- La proposition de loi initiale esquisse un rattachement de la profession d'assistant dentaire de niveau II à l'exercice en pratique avancée dont le cadre juridique a été défini par la loi du 26 janvier 2016 précitée ⁽¹⁾. La rapporteure, qui a réexaminé cette proposition à la lumière de ses auditions et du travail d'expertise juridique réalisé, constate qu'un tel rattachement n'est pas pertinent.

D'une part, l'article L. 4301-1 du code de la santé publique ne s'applique pas aux assistants dentaires, excluant l'exercice en pratique avancée de cette profession de santé. D'autre part, cet article fait seule mention du médecin et ne permet donc pas la supervision par un chirurgien-dentiste alors même que celle-ci est essentielle au dispositif proposé. Enfin, il n'apparaît pas approprié de créer une pratique avancée pour cette profession qui relève de compétences professionnelles portées par la branche et non par l'enseignement supérieur.

- En conséquence, la rapporteure a fait part à la commission de son souhait de modifier le dispositif proposé en vue de l'examen du texte en séance publique. Les structures d'exercice des assistants dentaires de niveau II sont par ailleurs encadrées par l'article 4 *bis* introduit par la commission.

⁽¹⁾ Titre préliminaire relatif à l'exercice en pratique avancée (article L. 4301-1) du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

B. UNE PROFESSION ENCADRÉE ET PRÉCISÉE PAR VOIE RÉGLEMENTAIRE

L'article 4, qui vise à traduire une ambition et à apporter un cadre législatif à la profession d'assistant dentaire de niveau II, ne précise pas de manière exhaustive la liste des activités qui leur seront confiées. Il renvoie à un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire, la détermination des activités des assistants dentaires de niveau II ainsi que les modalités d'accès à cette profession.

La rapporteure relève que la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) de la branche professionnelle des cabinets dentaires a déjà engagé un travail de définition des activités des assistants dentaires de niveau II, et qu'elle a validé une liste des missions qui pourraient leur être confiées.

Compte tenu de l'impact de cette nouvelle profession sur l'accès aux soins dentaires et en vue de la prochaine convention dentaire 2023, la Caisse nationale de l'assurance maladie pourra également être utilement consultée sur le projet de décret susmentionné.

*
* *

Article 4 bis (nouveau)

Encadrer le nombre d'assistants dentaires et d'assistants médicaux dans une même structure

Introduit par la commission

L'article 4 *bis* prévoit d'encadrer le nombre d'assistants dentaires relativement au nombre de chirurgiens-dentistes exerçant dans la même structure et le nombre d'assistants médicaux relativement au nombre d'ophtalmologistes exerçant dans un centre de santé.

Cet article résulte de l'adoption par la commission d'un amendement de la rapporteure. Il encadre, d'une part, le nombre d'assistants dentaires relativement au nombre de chirurgiens-dentistes exerçant dans la même structure et, d'autre part, le nombre d'assistants médicaux relativement au nombre d'ophtalmologistes exerçant dans un centre de santé.

Concernant les assistants dentaires, l'article dispose que leur nombre ne peut excéder le nombre de chirurgiens-dentistes ou de médecins qui exercent dans la même structure, quelle que soit cette structure (1°).

Concernant les assistants médicaux ⁽¹⁾, le dispositif vise spécifiquement certaines structures, les centres de santé et leurs antennes, ainsi qu'une spécialité, l'ophtalmologie. L'article 4 dispose ainsi que dans les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité ophtalmologique, l'emploi d'assistants médicaux est subordonné, pour ces activités, à l'embauche, en nombre identique, de médecins (2°).

Cette disposition s'inscrit dans le prolongement des débats de la commission sur la proposition de loi de Mme Fadila Khattabi (groupe Renaissance) visant à améliorer l'encadrement des centres de santé ⁽²⁾.

*

* *

Article 5 **Gages financiers**

Cet article prévoit de gager la charge pour les organismes de sécurité sociale et l'État liée à l'application de la proposition de loi.

La présente proposition de loi, en ouvrant un droit à la primo-prescription et un accès direct aux infirmiers en pratique avancée, en créant un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes ou encore en créant la profession d'assistant dentaire de niveau II, est de nature à accroître les charges pour les organismes de sécurité sociale et l'État.

En conséquence, l'article 5 gage ces charges par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services et crée une taxe additionnelle à cette accise.

*

* *

⁽¹⁾ Concernant leur définition, l'article 4 renvoie au sens prévu à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique.

⁽²⁾ Proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé (n° 361), adoptée en séance publique le 30 novembre 2022 (T.A. n° 38).

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunion du mardi 10 janvier 2023 à 18 heures

Lors de sa première réunion du mardi 10 janvier 2023, la commission examine la proposition de loi ⁽¹⁾.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je vous adresse mes vœux pour la nouvelle année, ainsi qu'à vos familles, vos proches et tous les êtres que vous chérissez mais aussi à tous les collaborateurs ici présents ainsi qu'aux services de la commission qui nous accompagnent au quotidien. Comme vous le savez, ce début d'année sera extrêmement chargé mais nous y sommes prêts !

J'émet également un vœu, auquel je suis attachée et qui est aussi une bonne résolution que nous devons tous prendre : je souhaite que nous poursuivions nos travaux, comme toujours, dans un esprit de responsabilité, d'écoute et même de convivialité qui a toujours été celui de cette commission, et ce quels que soient les sujets que nous aurons à examiner.

Ces sujets sont essentiels pour tous nos concitoyens, de l'enfance à la fin de vie en passant par la santé, le travail, la formation professionnelle, le handicap, la retraite et l'autonomie. Notre devoir est donc de les aborder avec sérénité, sérieux et respect mutuel, dans le souci partagé d'œuvrer au bien commun malgré nos divergences – c'est le principe même de la démocratie, d'une démocratie bien vivante.

Avant de donner la parole à Mme la rapporteure générale et d'engager la discussion générale sur le texte que nous examinons aujourd'hui, je voudrais apporter quelques précisions sur l'irrecevabilité opposée à certains amendements. Au titre de l'article 40 de la Constitution, le président de la commission des finances a rendu un avis tendant à l'irrecevabilité de cent seize amendements. Par cohérence avec des décisions antérieures, j'ai également déclaré irrecevables vingt-six amendements à ce titre.

Pour ce qui est de l'article 45 de la Constitution, c'est-à-dire du lien direct ou indirect que les amendements doivent avoir avec les articles du texte, je me suis efforcée, comme toujours, de favoriser le plus possible l'initiative parlementaire. J'ai ainsi estimé que deux catégories d'amendements pouvaient être considérées comme recevables : les amendements ayant un lien indirect avec au moins l'un des articles – sur les infirmiers en pratique avancée, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les assistants dentaires et l'accès direct à certains soins – et les

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.I2685550_63bd9810b0475.commission-des-affaires-sociales--amelioration-de-l-acces-aux-soins-par-la-confiance-aux-profession-10-janvier-2023

amendements ayant un lien indirect avec l'objet général du texte, à savoir ceux qui tendent à améliorer l'accès aux soins grâce à de nouveaux partages de compétences entre les professionnels de santé. En revanche, j'ai considéré que vingt-six amendements étaient dépourvus de tout lien avec la proposition de loi. Ce n'est malheureusement pas la pertinence de ces amendements qui est en cause, faute de quoi je n'aurais pas déclaré irrecevable, par exemple, celui qui porte sur la régulation de l'intérim médical.

Parmi les autres amendements malheureusement dépourvus de lien avec le texte, je peux mentionner ceux qui portent sur les thèmes suivants : des exonérations d'impôt sur le revenu pour certains professionnels de santé, l'expérimentation de la facturation par les médecins des rendez-vous non honorés, le renvoi à la négociation conventionnelle de la fixation du montant de remboursement des activités de télésurveillance, la possibilité pour les professionnels de santé travaillant dans le cadre des protocoles de coopération d'acquérir des crédits universitaires, le fait que la prise en charge des actes techniques par l'assurance maladie soit subordonnée à la réalisation par les praticiens d'un nombre annuel minimal de ces actes, ainsi que des demandes de rapports sur le remboursement de certains soins ou produits.

Il nous reste donc 141 amendements à examiner.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. La santé de nos concitoyens est au centre du texte que nous nous apprêtons à examiner. Cette proposition de loi, longuement mûrie et concertée avec les professionnels de santé, s'inscrit dans le prolongement des travaux engagés depuis plusieurs années pour faciliter l'accès aux soins de nos concitoyens tout en valorisant les compétences de ces professionnels. Elle est débattue dans un contexte inédit de pénurie de médecins dans notre pays.

Il m'apparaît nécessaire de rappeler rapidement quelques éléments de ce contexte, avant d'en venir aux mesures proposées.

L'accès aux soins est une préoccupation majeure de nos concitoyens. La raison principale de cette situation est désormais bien connue : l'instauration, au début des années 1970, d'un *numerus clausus* qui a, pour des raisons économiques, fortement contraint le nombre de médecins formés.

Depuis 2017, nous avons agi pour faire face à ces difficultés. La suppression de ce *numerus clausus*, en 2019, a déjà permis d'augmenter de 15 % environ le nombre d'étudiants formés chaque année. À plus court terme, nous avons engagé des mesures concrètes : la dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) encourage ainsi les médecins en fin de carrière à prolonger leur activité ou favorise l'accompagnement à l'installation des médecins sur nos territoires.

Nous avons aussi pris des mesures qui visent à libérer du temps aux médecins. C'est là, comme l'a rappelé le Président de la République lors de ses vœux aux soignants, un objectif majeur. D'ici fin 2024, 10 000 assistants médicaux seront

déployés afin de décharger les médecins des tâches administratives. Cela passe aussi, évidemment, par des délégations de tâches dans le cadre de protocoles de coopération entre les différents professionnels de santé.

Les maladies évoluant et le vieillissement de la population devenant un sujet prégnant pour les années qui viennent, il me semble indispensable d'aller plus loin et plus vite dans l'évolutivité des métiers du soin. Il s'agit là d'une première réponse efficace pour améliorer l'attractivité des professions de santé et pour renforcer la confiance dans notre système de soins. Cette nouvelle proposition de loi s'inscrit ainsi dans la continuité de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification que nous avons adoptée en avril 2021.

Il s'agit, d'une part, de développer l'« accès direct », c'est-à-dire la possibilité pour un patient de consulter en première intention un professionnel de santé, sans devoir passer d'abord par son médecin traitant. Il s'agit également de favoriser le développement des pratiques avancées, qui sont un facteur de qualité de la prise en charge des patients.

L'article 1^{er} de la proposition de loi vise ainsi à revaloriser les missions des infirmiers en pratique avancée (IPA) – et à dynamiser cette profession, qui est encore en déclin ; on comptait en août dernier 1 700 diplômés et 1 500 en formation. En moyenne, 700 IPA sont diplômés chaque année. Si la crise sanitaire a pu ralentir la montée en charge de cette profession, il est urgent d'accélérer la formation et le déploiement des IPA, comme l'a indiqué le Président de la République.

L'une des difficultés majeures rencontrées par les infirmiers en pratique avancée exerçant à titre libéral réside dans l'insuffisance du nombre de patients adressés par les médecins, qui sont encore nombreux à se montrer réticents, par méconnaissance des compétences de ces professionnels ou par absence de volonté de travailler avec une profession perçue, à tort, comme concurrente. Cela empêche le développement d'un modèle économique pourtant viable et pertinent, et conduit certains infirmiers à renoncer à exercer en tant qu'IPA.

Face à cette situation, l'article 1^{er} reprend plusieurs propositions formulées par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en novembre 2021 dans un rapport sur les partages de compétences entre les professionnels de santé, rapport qui a été remis sur le fondement de l'article 1^{er} de la loi que j'avais défendue voilà presque deux ans.

Il est proposé d'étendre le champ de compétences des infirmiers en pratique avancée aux prescriptions de produits de santé et de prestations soumis à prescription médicale obligatoire. L'article leur permet également de prendre des patients en charge directement, sans adressage préalable d'un médecin, à la condition d'exercer dans le cadre de structures d'exercice coordonné, qu'il s'agisse d'équipes de soins primaires, de centres de santé, de maisons de santé ou de communautés

professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui ont vocation à être généralisées sur l'ensemble du territoire.

Afin de mieux structurer et organiser la profession, l'article propose aussi de créer deux types d'IPA : les IPA spécialisés et les IPA praticiens. Il s'agit d'un même métier avec des modalités d'exercice différentes. Les IPA spécialisés auront ainsi vocation à prendre plutôt en charge des pathologies complexes dans le cadre d'un domaine de compétences spécifique, plutôt en aval des médecins. En parallèle, les IPA praticiens auront vocation à intervenir davantage en amont de la prise en charge par un médecin et en premier recours, que ce soit en ville ou en établissement.

Les articles 2 et 3 visent respectivement à ouvrir aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes l'accès direct, nécessaire pour fluidifier le parcours de soins du patient et dégager du temps médical. Ces professionnels reçoivent, durant leurs études, des formations consacrées à l'accès direct, qui leur assurent des compétences sanctionnées par un diplôme universitaire. Nous permettons donc, dans cette proposition de loi, la reconnaissance pleine et entière de leurs compétences.

Bien que le médecin ne soit désormais plus nécessairement consulté en premier, sa place reste centrale dans notre système de santé. L'accès direct n'est pas ouvert à tous les masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes, mais aux seuls professionnels qui exercent dans une structure de soins coordonnés. D'ailleurs, un bilan initial et un compte rendu des soins prodigués seront adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

Enfin, l'article 4 propose de créer une profession d'assistant dentaire de niveau II. Cette proposition, qui répond à une demande forte de la profession et qui fait l'objet de travaux depuis plusieurs années, permet l'évolutivité de la profession d'assistant dentaire, qui a été encadrée par la loi en 2016 et qui compte aujourd'hui près de 15 000 professionnels en exercice.

L'assistant dentaire de niveau I, principal collaborateur du chirurgien-dentiste, l'assiste dans la réalisation des gestes avant, pendant et après les soins bucco-dentaires.

Disposant de compétences élargies, l'assistant dentaire de niveau II se situera à l'interface entre l'assistant dentaire et le chirurgien-dentiste et pourra effectuer des actes habituellement pratiqués par ce dernier, comme les détartrages et les actes d'imagerie. Alors que des difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires sont observées dans de nombreux territoires, la création de cette profession apparaît essentielle pour libérer du temps médical aux chirurgiens-dentistes et mieux développer la prévention bucco-dentaire.

Pour conclure, j'ai la conviction que les mesures de ce texte permettront d'améliorer rapidement l'accès aux soins de nos concitoyens. Elles ont le double

objectif de conforter l'expertise et la place centrale du médecin généraliste dans le parcours de soin, et de lui libérer plus de temps médical. La confiance et la coopération indispensables entre les différents professionnels de santé sont parmi les leviers les plus opérants dont nous disposons pour améliorer la qualité de prise en charge des patients.

Mme Fadila Khattabi (RE). Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq (RE). Nous subissons encore toutes les conséquences de plusieurs décennies durant lesquelles le nombre de soignants formés a été largement insuffisant au regard des besoins, suivant le credo absurde selon lequel il fallait, pour réduire les dépenses de santé, réduire les consultations – comme si cela avait pu faire disparaître par magie les patients et leurs pathologies. Dès le précédent mandat, la majorité a agi pour renverser la tendance, en supprimant le *numerus clausus* et en soutenant des innovations telles que la télémédecine. Nous nous sommes également engagés dans une démarche de délégation de certains actes des médecins vers d'autres professionnels de santé. Je salue à cet égard l'initiative de Stéphanie Rist, qui s'inscrit pleinement dans cette logique.

Le groupe Renaissance apportera tout son soutien à cette proposition de loi, car nous croyons en les compétences de nos professionnels de santé et en leur capacité à s'organiser collectivement au bénéfice des patients.

En revanche, nous nous sommes toujours refusés à imposer l'établissement des médecins généralistes, considérant qu'aucun territoire ne peut se prévaloir d'une hypothétique surpopulation de médecins au détriment d'un autre. Mais j'invite les députés à soutenir collectivement toutes les démarches visant à amenuiser les lourdeurs administratives qui alourdissent le travail et la charge mentale à nos soignants, au détriment de leur passion. Ce principe doit, selon moi, guider les débats de notre commission.

Mme Joëlle Mélin (RN). Derrière le titre assez cordial de cette proposition de loi se cache en fait une problématique multiple et qui a déchaîné les passions. Comme on l'a vu pendant les auditions et comme je l'ai constaté aussi sur le terrain et dans mes rapports avec les représentants des médecins et de toutes les professions paramédicales – et ce terme est noble – les discussions se sont enflammées, sachant que les premières personnes concernées sont, bien entendu, les patients.

Dans le contexte de pénurie de l'ensemble des soignants, et tout particulièrement de médecins généralistes, la question revêt un double aspect. Le premier, urgent, est de permettre à tous les patients, et surtout les 600 000 qui n'ont pas ou plus de médecin traitant, d'avoir accès à des soins rapides et efficaces. Le second est que nous sommes au détour d'une réorganisation de notre système de soins.

Chacun s'accorde à vouloir tout faire pour réduire les déserts médicaux et répondre aux besoins des patients. Dans cette optique il est apparu nécessaire de déléguer certaines tâches dans le cadre d'un exercice coordonné. Cela existe déjà pour les infirmiers en pratique avancée, et les retours sont bons. Mais il n'en va pas de même pour les autres professions, qui, contrairement aux IPA, ne bénéficient pas d'une formation complémentaire.

Avec ce texte, nous courons le risque d'une balkanisation des soins, qui inquiète les médecins. Nous ferons tout pour maintenir l'équilibre entre le système de santé et les patients.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). La proposition de loi que nous examinons soulève des questions essentielles, mais ne nous convainc pas totalement, voire nous fait penser par certains côtés à une pochette surprise. Les IPA sont scindés en deux métiers, les IPA spécialisés et les IPA praticiens, sans que rien ne soit dit de leurs conditions d'accès et d'exercice, de l'avenir des IPA actuels ou encore de la reconnaissance et de la valorisation des personnels à un même niveau de formation. Rien non plus en ce qui concerne l'encadrement de la primo-prescription. Dès lors, nous défendrons la création d'une nouvelle mention « premier recours », qui nous paraît plus attendue par les professionnels et plus utile aux patients. Quant à la nouvelle profession d'assistant en médecine bucco-dentaire, il faudra attendre un décret pour savoir ce qu'il en est exactement.

Vous autorisez l'accès direct, dans le cadre de l'exercice coordonné, non seulement aux IPA mais également aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes. Nous n'y sommes pas opposés et avons même déposé un amendement visant à mieux encadrer l'accès direct aux IPA. Toutefois, là encore, nous ne savons rien des conditions d'exercice, pas plus que des protocoles de prise en charge, qui sont évoqués dans l'exposé des motifs mais disparaissent dans le dispositif lui-même.

La confiance que nous avons dans nos professionnels de santé n'exclut pas que le législateur organise les coopérations et les parcours de soins afin de garantir une prise en charge de qualité. Notre vote dépendra donc des amendements adoptés durant la discussion.

Mme Justine Gruet (LR). Face à la désertification médicale et à l'insuffisance de l'offre de soins, nous devons renouveler notre façon d'aborder la prise en charge médicale. Si l'accès direct aux IPA est une évolution intéressante, il faut également entendre les médecins et répondre à leurs demandes. La première d'entre elles concerne la revalorisation du tarif de la consultation, d'autant plus nécessaire que l'inflation ne leur permet souvent plus de rémunérer un secrétaire. Elle serait en outre justifiée si la rémunération des IPA était fixée à 50 euros la consultation par trimestre. La seconde interrogation concerne la responsabilité que les médecins pourraient endosser pour des actes réalisés en premier recours par les IPA. Il convient d'encadrer formellement ce dispositif.

Le médecin doit rester au cœur de notre système de santé et demeurer un coordinateur privilégié. Cela n'exclut pas de mieux considérer les professions paramédicales, qui sont les plus à même de savoir si les patients ont besoin de soins dans leur discipline. C'est le sens de cette proposition de loi, qui permet l'accès direct aux métiers de la rééducation que sont les kinés, les orthophonistes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes.

Toutefois, si c'est la confiance qui prime dans cette nouvelle organisation des soins, avec des professionnels qualifiés et compétents, alors la condition d'exercer dans une structure d'exercice coordonné n'a aucun sens. L'accès direct est conditionné à la qualité de formation du professionnel et non à son exercice au sein d'une CPTS. Afin de sécuriser la pratique, un bilan de suivi des soins sera obligatoire. On supprime donc l'obligation d'exercice coordonné mais on sacralise le rôle coordinateur du médecin.

L'accès direct a un intérêt encore plus fort en aval qu'en amont. Un professionnel paramédical pourra juger plus facilement si son patient doit bénéficier ou non d'une poursuite des soins, sans être tributaire d'une nouvelle ordonnance prescrite par le médecin. Les propositions sont intéressantes mais j'espère que nous arriverons à échanger d'ici la discussion en hémicycle. Je regrette à cet égard que tous nos amendements aient été jugés irrecevables.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Merci d'avoir déposé cette proposition de loi : il est important d'avancer sur l'exercice coordonné des soins. Certaines des préconisations du rapport d'information que j'ai déposé en 2021, L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?, ont déjà été reprises, notamment concernant les orthoptistes. Notre rapporteure générale poursuit ce travail avec les IPA, les masseurs-kinésithérapeutes et les assistants dentaires de niveau II, ce qui est très bien.

Il me paraît important de bien distinguer le rôle de chaque professionnel de santé. Les médecins, après neuf années d'études, ont les compétences pour poser un diagnostic. C'est l'art médical même. Les soins, eux, peuvent être confiés à l'ensemble des professionnels de santé ayant reçu une formation et présentant une expérience et une compétence dans le cadre d'un exercice coordonné, notamment lorsqu'ils exercent dans des maisons de santé pluridisciplinaires, des centres de santé ou des équipes de soins primaires. En revanche, les CPTS ne sont pas des structures de soins mais des structures d'organisation des professionnels de santé. Pour cette raison, nous avons déposé des amendements visant à exclure les CPTS de ces dispositions.

Enfin, la pratique en structure hospitalière des IPA se construit autour de projets médicaux, et cela fonctionne plutôt bien. En revanche, en ville, il n'y a pas plus d'une cinquantaine d'IPA qui exercent en libéral. Il nous faudra donc travailler sur le sujet. Leur formation est sanctionnée par un master, mais comment financer ce master ? Comment ensuite rémunérer ces IPA, alors qu'ils n'ont pas une file active suffisante ? Le travail que nous faisons est intéressant mais s'il n'y a pas de financement pour la pratique en ville, il ne servira à rien.

Enfin, nous avons déposé des amendements concernant l'accès direct, notamment pour les 650 000 patients en affection de longue durée n'ayant pas de médecin traitant. C'était pour moi primordial et je trouve regrettable que ces amendements aient été jugés irrecevables.

M. Joël Aviragnet (SOC). Nous sommes tous conscients de la situation du pays en matière d'accès aux soins. La désertification médicale s'étend chaque jour, dès qu'un médecin prend sa retraite, en ville ou à la campagne. Il nous incombe d'agir vite et efficacement pour répondre à l'urgence.

Cette proposition de loi est une bonne idée mais elle revient à poser un pansement sur une plaie béante. Faciliter l'accès direct à un certain nombre de professions médicales permettrait à de nombreux Français de se soigner plus facilement dans certaines situations bien précises – chacun sait qu'il faut consulter un kiné en cas d'entorse – tout en étant remboursés de façon satisfaisante, ce que ne permet pas la loi actuellement.

Le texte proposé permettrait de décharger les médecins généralistes de certaines tâches souvent chronophages, libérant ainsi un temps médical précieux au vu de la désertification médicale. Il encouragerait également le développement des protocoles de coopération, qui sont encore trop peu utilisés. Ces derniers sont pourtant bénéfiques car ils améliorent la qualité des soins et rendent les carrières médicales plus évolutives, renforçant ainsi l'attractivité des métiers.

Cette proposition de loi, en dépit de son bon esprit, ne répond pas de manière satisfaisante à la gravité de la situation dans notre pays. En effet, elle ne permettra pas l'installation de médecins dans les territoires qui en sont dépourvus – seule une régulation de l'installation le permettrait. C'est pourquoi, à ce stade des débats, notre groupe s'abstiendra.

M. François Gernigon (HOR). L'accès aux soins, qui a été un marqueur fort de la campagne présidentielle de 2022, demeure une des préoccupations principales des Français. Les inégalités géographiques et financières sont un véritable enjeu de santé publique, dont le législateur doit se saisir. Je me réjouis donc que ces problématiques soient prises à bras-le-corps dans le cadre de nos travaux parlementaires.

Après des années de délitement de notre système de santé, le Président de la République manifeste, depuis 2018, une véritable volonté de redressement. Ainsi, le Ségur de la santé prévoit un investissement inédit, massif et ambitieux de 19 milliards d'euros dans notre système de santé. La LFSS 2023 constitue un pas de plus sur le chemin du redressement.

En permettant l'accès direct à trois professions paramédicales et en créant une profession intermédiaire en médecine dentaire, cette proposition de loi concourt nettement à la réalisation de cet objectif. Très courante dans les pays anglo-saxons,

la pratique avancée permet de libérer du temps médical au médecin et d'améliorer la prise en charge des patients en leur facilitant l'accès aux soins primaires. Un patient pourra désormais, sans prescription médicale et sans consultation préalable, être remboursé de ses soins en allant consulter un kinésithérapeute ou un orthophoniste.

Un meilleur accès aux soins pour tous passe par une meilleure répartition des professionnels sur le territoire, mais également par une meilleure répartition des tâches entre les professionnels. Cette proposition de loi va dans ce sens et le groupe Horizons et apparentés la soutiendra.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Si ce texte soulève la question essentielle de l'amélioration de l'accès aux soins, nous regrettons l'absence de contours précis pour encadrer les mesures proposées.

Nous, écologistes, sommes pleinement mobilisés pour le maintien, le développement et l'amélioration de notre système de santé. C'est pourquoi nous faisons de la simplification de l'accès aux soins une priorité absolue. Des années de politique de compression des dépenses hospitalières publiques et de développement d'une logique d'industrialisation des soins ont comprimé notre système de santé, qui doit maintenant faire face à la difficulté de l'écart croissant entre la demande adressée aux services et les moyens dont ils disposent pour y faire face.

Les conséquences sont terribles pour les patients : augmentation des risques, difficultés de prise en charge et inégalité d'accès aux soins. Pour répondre à la crise de notre système de santé, aujourd'hui au bord du précipice, il faut non seulement revenir sur les politiques désastreuses de marchandisation du soin menées depuis plusieurs décennies mais aussi remettre l'ensemble du personnel soignant au cœur de l'organisation des soins. En cela, l'ambition initiale de la proposition de loi, affichée dans son titre, apparaît juste.

Toutefois, contrairement à ce qui est proposé ici, l'ouverture de l'accès aux soins ne doit pas se faire sans cadrage précis, au risque de se retourner contre les patients. Le sujet de l'accès aux soins est bien trop important pour ne pas être travaillé avec ambition et précision. Alors que la pénurie de personnel se renforce en raison des grandes difficultés du secteur de santé à recruter, il n'y a pas de place pour les mesures floues, qui tendent à soulever des interrogations, voire à effrayer plutôt qu'à rassurer.

Ouvrir de nouveaux corps de métier d'infirmier ou d'assistant médical dentaire sans préciser les modalités de calcul des rémunérations correspondantes doit nous alerter. De même, créer des corps de métier sans déployer un plan d'ampleur visant à rendre ces filières attractives et à encourager la qualité de vie au travail conduit à n'observer le problème que sous un seul prisme. L'heure est à la mise en place de mesures concrètes et palpables : ce n'est malheureusement pas l'ambition du texte, celui-ci se contentant de demi-mesures mal cadrées.

Le groupe Écologiste - NUPES souligne à nouveau la nécessité de prendre des mesures et des actes forts pour sauver notre système de santé.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Cette proposition de loi nous a laissés un peu circonspects car la création de nouveaux métiers, la modification de certains périmètres, la délégation de certaines tâches mériteraient des discussions plus approfondies avec l'ensemble des acteurs ; le Gouvernement devrait, lui aussi, mener un travail plus fouillé et lancer des concertations et des études d'impact, actuellement inexistantes.

Le texte vise à intégrer dans le droit commun des dispositifs dont l'expérimentation est en cours, voire n'a pas débuté. Votre volonté d'accélérer, sans aucune prudence et sans attendre que des enseignements puissent être tirés de ces essais, pose question. Le sujet méritait de prendre ce temps.

La proposition de loi donne également l'impression, même si ce n'est pas forcément votre intention, que vous niez la place décisive du médecin traitant. De notre point de vue, cette place décisive doit être confortée, ce qui requiert des mesures que le Gouvernement s'est jusqu'à présent refusé à prendre. Il faut penser l'organisation des soins autour d'équipes primaires de proximité, qui ne peuvent en effet pas être les CPTS, comme l'a dit Cyrille Isaac-Sibille. Il faut également assurer la viabilité de ces métiers et créer les conditions de véritables coopérations, ce qui n'est pas encore le cas, comme le montre l'accueil du texte par les acteurs concernés.

Nous demeurons circonspects et avons des propositions à avancer. Nous souhaitons que des garanties soient mises sur la table pour améliorer le texte, qui est très loin d'apporter des réponses au problème des déserts médicaux.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Le groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires partage l'objectif d'augmenter le temps médical disponible. Il n'y a pas de solution miracle, et nous devons déployer un arsenal d'outils. La coopération et la pratique avancée en font partie, à condition de s'assurer de la bonne compréhension et de la bonne application des dispositifs, pour tous et partout.

Le premier objectif devait être de conforter les IPA dans leurs missions et d'améliorer la formation, en rendant son contenu moins hétérogène et accessible dans tout le territoire. Il faut améliorer l'intégration des IPA dans le système de santé et développer la coopération entre tous les acteurs, en premier lieu les médecins et les pharmaciens, ce qui exige une clarification des compétences.

Notre groupe émet à cet égard quelques réserves sur les dispositions proposées. La création de deux types d'IPA, praticiens et spécialisés, ne risque-t-elle pas de générer encore plus de flou et d'incompréhension autour de la profession ? Par ailleurs, je suis plus que réservé sur l'ouverture de la primo-prescription aux IPA : notre groupe proposera de l'encadrer davantage, le renvoi à un décret simple nous paraissant insuffisant. Nous reviendrons au cours des débats sur les difficultés posées par le texte, et je défendrai quelques amendements visant à mieux encadrer ses dispositions.

De manière générale, je tiens à alerter la commission sur un problème de méthode : cette proposition de loi met fin à des expérimentations à peine lancées pour les intégrer dans le droit commun, ce qui nous prive d'un retour de terrain utile pour juger de la pertinence des dispositifs concernés.

Il y a quelques semaines, on nous expliquait que des étudiants à bac + 9 devaient effectuer une année supplémentaire pour mieux soigner nos concitoyens ; aujourd'hui, on nous dit que des professionnels entre bac + 3 et bac + 6 seront capables de prodiguer les mêmes soins. Je ne sais pas si nos compatriotes nous suivront sur ce terrain.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous en venons aux questions des députés.

M. Yannick Neuder (LR). Cyrille Isaac-Sibille l'a dit, il y a cinquante infirmières en pratique avancée libérales : sans opposer les différents corps de métier entre eux, veillons donc à ne pas détruire un système qui fonctionne bien, celui des infirmiers anesthésistes.

Je suis très déçu que tous les amendements portant sur cette profession aient été déclarés irrecevables. Ceux qui exercent cette profession, dont l'existence remonte à plus de soixante-dix ans, ont un niveau d'études bac + 5, ce que de nombreux pays européens nous envient. Vous êtes en train de détruire ce métier qui remplit quatre missions : assurer des soins d'urgence – ces professionnels sont souvent les seuls éléments embarqués dans les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) ; participer aux soins critiques dans les réanimations et les soins continus ; prodiguer les soins d'anesthésie – ils font tourner les blocs opératoires puisqu'il n'y a qu'un médecin anesthésiste pour deux, voire quatre salles selon les établissements ; prendre en charge la douleur en assurant une fonction d'algologue.

Je suis très étonné, madame la rapporteure générale, que vous ne teniez pas compte des engagements pris par Olivier Véran, alors ministre des solidarités et de la santé, à la suite d'un rapport de l'Igas, sur la reconnaissance pour tous les infirmiers anesthésistes d'un statut en pratique avancée différent de celui des IPA, ainsi que sur le maintien des décrets de 1994 et de 2017 et de la formation. Le rapport de M. Jean Debeauvais, qui devait porter sur l'application de ces engagements ne nous a jamais été transmis.

Je renouvelle donc la requête que j'avais formulée avant les fêtes de fin d'année : il faut sauver la profession des infirmiers anesthésistes et leur donner un statut différent d'auxiliaires médicaux de pratique avancée. La moitié des blocs opératoires des hôpitaux tournent grâce aux infirmières anesthésistes : si on les démotive et qu'on les pousse au départ, le nombre d'actes chirurgicaux chutera fortement. Il ne s'agit pas d'une lutte des classes ni d'un combat idéologique, mais de la pérennité d'un outil qui fonctionne.

M. Jean-Carles Grelier (RE). Je tiens à souligner le travail réalisé par la rapporteure générale, ainsi que la qualité et le pragmatisme de sa vision. Dans de trop nombreux territoires de notre pays, nos concitoyens ne sont pas pris en charge faute de présence médicale ; de très nombreux Français acceptent donc sans difficulté d'entrer dans un parcours de soins par un canal paramédical. Favoriser ce mouvement revient à ouvrir largement la prise en charge dans l'ensemble des territoires. J'ai noté les circonspections, l'attentisme et les réserves, j'ai vu qu'on pouvait appréhender le texte par le petit bout de la lorgnette, mais des millions de Français attendent d'entrer dans un circuit de prise en charge : si une IPA, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste ou une sage-femme les reçoivent en première intention, ce sera un vrai service qui sera rendu à nos compatriotes.

M. Thibault Bazin (LR). Je regrette avant tout le taux élevé d'irrecevabilité des amendements déposés.

Du point de vue de la méthode, comme il est impossible de créer une charge pour les finances publiques dans une proposition de loi, le texte fait l'impasse sur les moyens. Or il soulève des questions en matière de formation et de rémunération, surtout si certains professionnels reçoivent une formation complémentaire et exercent des missions supplémentaires. Afin d'accroître l'attractivité des métiers, d'assurer la réussite des mesures envisagées et de garantir une cohérence d'ensemble, n'aurait-il pas fallu traiter ce sujet dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ?

Madame la rapporteure générale, saisissez-vous l'occasion du PLFSS rectificatif pour mieux valoriser les métiers du soin, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux ? Cette proposition de loi constitue-t-elle l'unique réponse que vous souhaitez apporter au problème des déserts médicaux et du manque de moyens ? Je doute qu'elle soit suffisante. Il est de toute façon nécessaire de libérer du temps médical. Pour ce faire, il faut assouplir, alléger, faciliter. Or les acteurs de terrain, médicaux comme paramédicaux, expriment leur déception à l'égard de structures qu'ils jugent trop technocratiques, comme les CPTS, qui ne semblent pas parvenir à coordonner les soins sur le terrain. Il faudra traiter ce problème.

M. Didier Martin (RE). Le titre de la proposition de loi met bien en lumière son objectif : améliorer l'accès aux soins de la population française. Le texte prévoit l'implication d'auxiliaires et de professionnels médicaux et paramédicaux dans le cadre de cette fameuse médecine coordonnée, dans laquelle les médecins traitants doivent jouer pleinement leur rôle.

Madame la rapporteure générale, pouvez-vous revenir sur la question des infirmiers anesthésistes, qui nous font part depuis longtemps de leur difficulté à accéder aux formations, qu'ils paient parfois de leurs propres deniers, et du peu de reconnaissance salariale qu'ils obtiennent, notamment dans le secteur hospitalier ? La loi définit les domaines dans lesquels peuvent exercer les IPA, comme les pathologies chroniques et stabilisées – ils interviennent dans la prise en charge de la

douleur – et les urgences. Les infirmiers anesthésistes interviennent dans ces deux domaines. Je soutiens, avec d'autres, les revendications de ces professionnels qui sont en attente de réponses.

Mme la rapporteure générale. Merci pour tous vos commentaires. Ce texte est une proposition de loi, non un projet de loi « santé ». Ses quatre articles n'ont pas l'ambition de résoudre l'ensemble des problèmes de l'accès aux soins ; ils cherchent à avancer dans le chemin ouvert par la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, en essayant de faciliter l'accès aux soins.

Que ce texte ne soit pas une baguette magique résolvant tous les problèmes, j'en suis consciente, mais est-ce une raison pour repousser les véritables avancées qu'il contient ? Demain, un patient pourra se rendre directement chez un kinésithérapeute pour soigner une entorse de la cheville sans avoir à attendre un rendez-vous chez un médecin : voilà une avancée pragmatique pour nos concitoyens. Tel est le sens de cette proposition de loi.

Il ne s'agit pas d'exclure le médecin généraliste, ou de faire exercer par d'autres le métier de médecin généraliste : rien de tel n'est écrit dans la proposition de loi, et c'est à mon sens une crainte qui n'a pas lieu d'être. Il suffit de regarder comment les choses se passent dans les autres pays qui ont mené cette réforme bien avant nous – 1962 aux États-Unis, et depuis plus de quinze ans ailleurs : non seulement les médecins généralistes ne disparaissent pas, mais ils se recentrent sur leur expertise propre, sur leur vrai métier ; ils occupent dans le système de soins la place centrale qui leur revient.

Les maladies évoluent. Le nombre de personnes âgées augmente rapidement : qui, dans quelques années, les soignera ? La place du médecin généraliste doit donc évoluer, comme l'ensemble de notre système de soins. Mais la proposition de loi ne porte pas sur les médecins généralistes – peut-être en faudra-t-il une sur ce sujet.

Il est vrai aussi qu'aucune valorisation financière n'est prévue ici. Cela ne relève pas d'une proposition de loi comme celle-ci, mais de la négociation conventionnelle avec les caisses d'assurance maladie, et du vote chaque année de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Le fait est que nous disposons de professionnels compétents, très souvent titulaires de diplômes universitaires et qu'à l'heure actuelle, nous reconnaissons mal leurs compétences, alors même que nous rencontrons des difficultés d'accès aux soins. Nous savons aussi que ces compétences, bien utilisées, permettent aux malades d'être mieux soignés. Des études scientifiques étrangères le prouvent : quand des malades sont pris en charge par le médecin et l'infirmière en pratique avancée, de façon complémentaire, les maladies évoluent moins vite, les malades vont mieux. J'ai pourtant parfois entendu le contraire, et encore aujourd'hui, puisque certains se sont inquiétés d'une dégradation de la qualité des soins.

Nous ne débattons pas en effet des amendements sur les infirmières anesthésistes et je le regrette comme vous, monsieur Neuder. Ce n'est pas moi qui prends la décision, mais je comprends que ces amendements, étendant le champ de compétences de ces professionnels, ne pouvaient pas être considérés comme recevables.

Je souligne que l'article 1^{er} de la proposition de loi tend à créer des IPA spécialisées. Les textes réglementaires pourraient alors ouvrir la possibilité pour les infirmières anesthésistes d'obtenir cette qualification. Un travail de définition est en cours au ministère pour définir les critères adéquats.

S'agissant de la distinction entre IPA spécialisés et IPA praticiens, elle me paraît importante. Issue d'une recommandation du rapport de l'Igas, elle vise à faire la différence entre les infirmières qui travaillent plutôt en amont du médecin et celles qui sont plutôt en aval. C'est le même métier, mais avec des modes d'exercice différents. On peut établir le parallèle avec les médecins spécialistes hospitaliers et les médecins spécialistes en ville : un rhumatologue ne fera pas tout à fait la même chose en ville ou à l'hôpital.

Nous reviendrons sur les CPTS au cours des débats. Dans beaucoup d'amendements, elles ne sont pas considérées comme des structures de soins coordonnés. Cela peut pourtant être le cas, puisqu'une CPTS peut, par exemple, organiser les soins non programmés. On pourrait très bien imaginer d'y organiser également l'accès direct aux soins.

Monsieur Bazin, vous avez raison, en matière d'exercice coordonné il faut beaucoup de souplesse. Le Président de la République l'a dit dans ses vœux aux soignants : il a parlé d'« équipes traitantes ». Il faudra les organiser territoire par territoire pour que chaque citoyen dispose d'un professionnel référent, au sein d'une équipe, le médecin demeurant toujours bien sûr au centre du système.

Monsieur Aviragnet, vous trouvez cette proposition de loi plutôt bonne, mais vous annoncez que votre groupe va s'abstenir pour l'unique raison qu'elle ne vise pas à réguler l'installation des médecins. C'est dommage, tant vis-à-vis des professionnels, qui attendent de voir leurs compétences reconnues et valorisées, que vis-à-vis de nos concitoyens, qui verront s'améliorer leur accès aux soins si elle est adoptée. Nous sommes responsables devant eux, et je regretterais toute argutie de politique politicienne.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Madame la présidente, je suis préoccupé par la façon dont les travaux de la commission vont s'organiser au cours des semaines qui viennent. La réforme des retraites, dont nul n'ignore l'importance, va beaucoup nous occuper. Auparavant, nous aurons examiné deux autres textes : celui-ci, sur les professions de santé, et un autre sur le « bien vieillir ». Il y aura aussi un projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne, dont certains articles concernent notre commission. Enfin, une niche parlementaire est prévue début février, et nous serons certainement saisis de certains des textes qui y seront inscrits.

Ce ne sont pas là des conditions de travail sérieuses. Vous n’y êtes pour rien, madame la présidente, et je ne sais pas s’il s’agit d’une stratégie délibérée du Gouvernement, mais nous devrions nous opposer, ensemble, à ce calendrier imposé par l’exécutif. Pendant que nous examinerons un texte en séance, nous devons déjà préparer les amendements pour le suivant... Nous faire légiférer de cette façon n’est pas respectueux du Parlement.

Il y a une crise sociale et une crise sanitaire, et notre commission est au cœur de ces préoccupations. Nous avons beaucoup de travail et je suis prêt à faire toute ma part, mais dans des conditions qui doivent s’améliorer. Ce n’est pas une question de couleur politique : il s’agit simplement de faire respecter les droits du Parlement. Pour faire honneur au mandat qui nous a été confié, nous devons légiférer dans de meilleures conditions.

Mme la présidente Fadila Khattabi. La réforme des retraites n’arrivera qu’à la fin du mois. Certes, la commission des affaires sociales est très sollicitée, mais souvent aussi pour examiner des propositions de loi, notamment dans le cadre des niches que vous citez. Ce sont parfois des initiatives parlementaires qui bousculent notre agenda, et c’est bien une proposition de loi que nous examinons aujourd’hui. Pardon de le dire, le Gouvernement n’est pas responsable de tout.

La commission a été sollicitée cet été pour le projet de loi sur le pouvoir d’achat ainsi qu’au sujet de l’assurance chômage. Ensuite, il y a eu le PLFSS, évidemment un texte majeur. Nous avons maintenant un peu d’air avant la réforme des retraites. En attendant, nous avons désigné nos deux rapporteuses pour la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, mais le calendrier d’examen n’en sera fixé que d’ici quelques jours, précisément pour ne pas vous bousculer : je pense, vous le voyez, à votre repos dominical !

Je salue ce travail parlementaire, et nous faisons tout ce que nous pouvons pour qu’il se déroule dans les meilleures conditions, avec les moyens que nous avons.

M. Yannick Neuder (LR). S’agissant des infirmiers anesthésistes, madame la rapporteure générale, vous dites vouloir reconnaître leur formation par le grade de master – il y a un mouvement vers l’universitarisation de ces professions – et leur assurer une meilleure carrière.

Vous dites aussi que des discussions sont en cours. Pouvez-vous vous engager ce soir à ne pas transformer nos infirmières anesthésistes, clef de voûte du fonctionnement de nos blocs opératoires, de nos Smur, de nos systèmes de gestion de la douleur, en IPA « urgences » ? Peut-on dès maintenant s’assurer qu’elles ne seront pas concernées par cet article, qui pour le moment crée plus d’inquiétudes qu’il ne règle de problèmes ?

Vous parlez de pragmatisme, soyons pragmatiques : on ne sait pas ce qui va sortir des négociations ; le dispositif d’IPA n’est pas abouti ; sortons-en donc les infirmières anesthésistes ! Cela apportera un peu de sérénité aux 11 000 infirmiers anesthésistes – à comparer aux 300 à 800 IPA formés par an.

Il ne s'agit pas, je l'ai dit, d'opposer les uns aux autres. Ce sont des professions complètement différentes.

Mme la rapporteure générale. La question des infirmières anesthésistes ne figure pas dans la proposition de loi. Ce que j'ai dit, c'est que la rédaction proposée en ce qui concerne les IPA spécialisés leur permettrait de devenir IPA sous réserve de modifications réglementaires en cours de discussion. On ne peut pas les retirer du texte, car pour le moment elles n'y sont pas incluses.

M. Yannick Neuder (LR). Soyez claire et rassurez-les !

Mme Justine Gruet (LR). J'aimerais revenir sur le conventionnement des praticiens. En cas d'accès direct, il n'y a plus de prescription médicale. Peut-on garantir que le conventionnement sera conservé ? C'est important, car cela permet un accès équitable à tous les patients, et c'est une chance. Sans prescription médicale ni conventionnement, le patient ne serait plus remboursé.

Je m'interroge aussi sur les rémunérations identiques, alors que tout augmente : cela revient à dégrader la qualité de vie du professionnel. Je rejoins ce qui a été dit sur la revalorisation des soignants.

Mme la rapporteure générale. L'accès direct figure déjà dans la loi pour les kinésithérapeutes. Cette proposition de loi permet justement la prise en charge par la sécurité sociale : aujourd'hui, en cas d'urgence, vous avez le droit d'aller voir un kinésithérapeute, mais vous ne serez pas remboursé. Nous proposons que l'accès direct permette le remboursement, à condition qu'il s'inscrive dans un exercice coordonné.

Réunion du mardi 10 janvier 2023 à 21 heures

Lors de sa seconde réunion du mardi 10 janvier 2023, la commission poursuit l'examen de la proposition de loi ⁽¹⁾.

Article 1^{er} : *Revaloriser la profession d'infirmier en pratique avancée*

*La commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS336 et AS337 de Mme Stéphanie Rist.*

Amendement AS338 de Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Nous supprimons l'avis du comité des professions de santé, car ce dernier n'est finalement pas créé par la loi.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS339 de Mme Stéphanie Rist.

M. Thibault Bazin (LR). Nous en sommes déjà à votre troisième amendement rédactionnel, madame la rapporteure générale : il est étonnant que vous réécriviez à ce point votre propre proposition de loi... Il faudra que nous puissions mesurer d'ici à la séance l'effet de ces modifications. Ainsi, le comité des professions de santé contribuait à la concertation affichée ; j'imagine donc qu'une autre concertation sera introduite.

Mme la rapporteure générale. Le présent amendement est bien rédactionnel. Quant au précédent, nous nous étions posé la question de créer un comité des professions de santé, mais nous ne l'avons pas fait : cela n'avait donc plus de sens de maintenir la mention de son avis.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS142 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement vise à clarifier l'articulation entre le suivi médical par le médecin traitant et le suivi effectué par l'infirmier en pratique avancée (IPA) sans prescription médicale. C'est presque un amendement rédactionnel !

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.I2689724_63bdc22c8a8b8.commission-des-affaires-sociales--amelioration-de-l-acces-aux-soins-par-la-confiance-aux-profession-10-janvier-2023

Mme la rapporteure générale. Pas vraiment : il exclut les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) des structures dans le cadre desquelles l'accès direct est possible.

L'exercice des soins coordonnés à l'intérieur des CPTS est un sujet de débat important. Vous voulez l'écarter. Je n'y suis pas favorable, car les CPTS permettent déjà les soins coordonnés : dans certaines d'entre elles sont organisés des soins non programmés, ce qui correspond bien à une coordination qui améliore l'accès aux soins. Cependant, j'entends les craintes suscitées par le cas d'un professionnel qui appartiendrait à une CPTS sans pour autant travailler sur des projets en coordination avec les autres professionnels. Mais pourquoi interdirait-on l'accès direct à des professionnels désireux de s'engager dans un projet dans le cadre d'une CPTS ? Puisque différents groupes ont déposé des amendements à ce sujet, nous pourrions réfléchir à une rédaction qui, sans exclure purement et simplement les CPTS, impose aux professionnels qui en font partie de contribuer à formaliser un projet de prise en charge des malades dans le cadre de l'accès direct. Je suggère donc le retrait de l'amendement.

M. Thibault Bazin (LR). C'est un point important pour nous. Nous sommes pour l'exercice coordonné ; or il y a des CPTS où il est absent, qui servent simplement d'annuaire pour la mise en contact. Certes, il en existe aussi où l'on assure les soins non programmés, et c'est très bien ; mais toutes ne permettent pas l'accès direct. La rédaction du texte souffre donc d'un biais. En outre, dans les CPTS favorisant l'exercice coordonné, il existe la plupart du temps des équipes de soins primaires (ESP) qui assurent proximité et coordination.

La proposition de loi a pour enjeu la confiance. De ce point de vue, c'est un écueil du texte que de considérer, alors que toutes les CPTS ne garantissent pas l'exercice coordonné dans les faits, que toutes les conditions de celui-ci sont réunies dès lors qu'on est dans le cadre d'une CPTS. Je rejoins sur ce point mon collègue Isaac-Sibille sans que nous nous soyons concertés.

M. Jean-François Rousset (RE). La CPTS est une structure qui permet de se coordonner, de se réunir, de programmer, etc. D'expérience, certaines fonctionnent bien, d'autres moins. Quand cela ne marche pas, est-ce la faute de la structure ? N'est-ce pas plutôt celle des personnes qui y travaillent ?

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Nous préférons la coopération à la substitution. Lorsqu'il autorise dans le cadre des CPTS les modifications dont nous parlons, je ne suis pas certain que le texte offre toutes les garanties nécessaires, d'autant que ce n'est pas vraiment le rôle de ces structures, à l'origine, d'organiser les soins coordonnés en équipe. Les présidents de CPTS que j'ai rencontrés m'ont dit clairement qu'ils ne souhaitent pas assumer cette responsabilité et que le dispositif devait plutôt concerner les équipes de soins coordonnés. En outre, certaines CPTS couvrent plusieurs villes : ce n'est pas la bonne échelle.

M. Jérôme Guedj (SOC). Tout d'abord, je suis désolé que quelques-uns de nos amendements à l'article 1^{er} n'aient pas été défendus, mais nous avons vécu une soirée totalement chaotique et les conditions d'organisation du vote de la loi sur les énergies renouvelables affectent aussi le déroulement de notre réunion. Je ne peux pas ne pas dire à la présidente de la commission que l'on aurait pu en tenir compte pour la reprise de nos travaux. Je n'ai pu, pour ma part, voter qu'à 20 heures 45, juste avant la clôture du vote. Je ne vous en fais pas grief, madame la présidente, mais pourriez-vous tirer, lors de la Conférence des présidents, les enseignements du chaos absolu que nous venons de vivre ?

Ensuite, si nous louons l'intention qui préside au texte et certaines de ses dispositions, les structures qui y sont identifiées comme actrices de l'organisation des soins coordonnés représentent pour nous un sujet majeur d'interrogation. Nous avons assisté il y a quelques jours, avec Stéphanie Rist, aux vœux du Président de la République aux acteurs de la santé – c'était dans le beau département de l'Essonne. Il y a un point que je n'ai pas bien compris dans la feuille de route très floue – et quand c'est flou, c'est qu'il y a un loup – qui nous a été présentée : le Président voulait instituer les volets territoriaux du Conseil national de la refondation (CNR) « santé » en acteurs potentiels de l'organisation d'une partie des soins coordonnés. On assiste à une sorte de valse-hésitation sur ce point. On veut des acteurs de la santé, et les CNR « santé » territoriaux pourraient permettre de faire naître des CPTS à certains endroits. Vous nous parlez des CPTS à propos de l'accès direct, madame la rapporteure générale, mais ont-elles seulement envie d'être les opératrices des soins coordonnés, donc la porte d'entrée de l'accès direct ? C'est cette interrogation principale qui va innover toutes nos observations.

Mme la rapporteure générale. Il est important que nous prenions le temps d'avoir une fois pour toutes ce débat, qui concerne l'ensemble des articles.

Monsieur Bazin, j'entends votre inquiétude : la CPTS ne doit pas se réduire à un annuaire, il ne faudrait pas qu'il suffise au professionnel de payer une adhésion pour bénéficier ensuite de l'accès direct. Nous devons faire évoluer le texte pour tenir compte de cette crainte.

En revanche, je m'inscris en faux contre l'idée que la CPTS ne serait pas la bonne échelle : c'est un échelon très intéressant pour faire coopérer les professionnels entre eux. Ma région, le Centre-Val de Loire, est la plus dépeuplée en médecins, donc la plus avancée en matière de CPTS : tout son territoire est couvert par ces structures, qui produisent déjà des résultats, notamment pour l'organisation de l'accès aux soins non programmés. Dans un territoire donné, des professionnels qui ne se connaissaient pas nécessairement se réunissent pour travailler à un projet permettant aux citoyens d'avoir un rendez-vous médical dans les quarante-huit heures alors qu'ils n'ont pas de médecin. Dans plusieurs CPTS de mon département, ça marche.

Il ne me semblerait pas logique de rayer les CPTS d'un trait de plume alors que, dans certaines d'entre elles, les professionnels sont ainsi capables de travailler

ensemble à un projet permettant l'accès direct. Je salue d'ailleurs la création des CPTS, qui n'est pas de notre fait puisqu'elle date de la loi « Touraine » de 2016 : c'était une proposition de coopération territoriale essentielle pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. On le voit déjà là où cela fonctionne.

Faisons en sorte que les professionnels, partout en France, puissent s'organiser et coopérer à l'échelle d'un territoire, lequel, pour que le dispositif soit efficace, doit être assez large pour garantir un nombre suffisant de professionnels. En d'autres termes, l'échelon de la CPTS permettra à davantage de citoyens de bénéficier de l'accès direct que celui des seules maisons de santé, par exemple.

Nous pourrions introduire dans le texte des conditions afin que les professionnels soient tenus de s'engager sur un projet dans le cadre de la CPTS. C'est ce que je proposerai en vue de la séance.

Monsieur Guedj, voici ce que j'ai compris des vœux du Président : nous ne devons pas être rigides à propos de la coopération que nous demandons aux professionnels, mais nous devons être déterminés à leur demander de la coopération. C'est en ce sens qu'il a parlé des équipes traitantes – une autre possibilité offerte aux professionnels qui ne font pas partie de CPTS très efficaces ou de maisons de santé, et qui ont envie de s'organiser autour du médecin, comme l'a répété le ministre cet après-midi. Il s'agit d'apporter de la souplesse. À chaque territoire de décider. Ce n'est pas parce que, dans le mien, les CPTS fonctionnent très bien que je veux imposer l'accès direct dans le territoire de M. Bazin, où il y a des difficultés. Mais laissons celles qui fonctionnent bien poursuivre leur travail et bénéficier de l'accès direct : cela améliorera l'accès aux soins pour davantage de patients.

M. Thibault Bazin (LR). Les professionnels de santé que j'ai rencontrés ces derniers jours n'ont pas très bien vécu les propos du Président de la République.

Pour en revenir aux CPTS, ma circonscription compte plusieurs territoires de santé : une CPTS métropolitaine qui fonctionne bien et deux en gestation – l'une, à un endroit où il n'existe pas de contrat local de santé, correspond à un bassin plutôt cohérent, composé de seize communes, tandis que l'autre concerne un arrondissement de plus de cent cinquante communes, où le temps de trajet d'une maison médicale à l'autre peut dépasser une heure. L'existence d'une CPTS n'est pas un gage de coopération et de coordination de proximité.

Mon amendement ne se borne pas à écarter les CPTS : j'y précise que « les modalités de la coopération avec le médecin traitant sont formalisées dans le projet de santé de la structure » et qu'« un compte rendu des soins réalisés est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé », ce qui correspond à la promesse contenue dans le titre de la proposition de loi. C'est donc probablement l'amendement le plus complet sur le sujet.

Vous dites que certaines CPTS instaurent des dispositifs de soins non programmés ; c'est très bien, mais toutes ne le font pas. En outre, l'accès direct visé dans le texte s'applique que les soins soient programmés ou non. Ne faudrait-il donc pas réécrire entièrement l'article ?

Ce qui compte, c'est que les professionnels de santé – médecins et paramédicaux – du territoire travaillent ensemble. Or, en réalité, certains professionnels n'auront jamais vocation à le faire à l'intérieur d'une CPTS. Il faut entendre les professionnels qui participent aux réunions de CPTS : il ne s'agit pas du lieu qui leur facilite le travail médical. Cela ne veut pas dire qu'il ne contribue pas à améliorer le système de santé, mais, pour atteindre les objectifs visés, les équipes de soins primaires sont plus adaptées, de même que la coopération indépendamment des cadres « technos » que sont les CPTS ou les ESP. Il s'agit qu'un médecin et un kinésithérapeute ou un médecin et une infirmière puissent travailler ensemble, comme ils le font déjà, avec souplesse et dans la proximité.

Mme Joëlle Mélin (RN). À lire ce texte, j'ai vraiment l'impression que nous passons notre temps à réinventer l'eau tiède ! La collaboration entre professionnels de santé dans un territoire a toujours existé, sur des bases volontaires et humaines. Je le sais bien pour avoir moi-même lancé le premier projet de maison de santé il y a très exactement quarante ans, en 1983.

Quand j'ai interrogé les professionnels de santé de ma circonscription, leur motivation à intégrer les CPTS locales n'était pas évidente. Il ne faudrait pas que la possibilité d'accès direct pour les patients dépende d'encadrements encore plus draconiens. Or, en écoutant les propos du Président ces jours-ci, on sentait de la contrainte dans l'air.

Pour toutes ces raisons, nous restons très précautionneux quant à la proposition en discussion : je partage l'avis des collègues qui se sont exprimés, malgré nos divergences d'opinion.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Sans doute le fonctionnement des CPTS varie-t-il selon les professionnels qui les animent ; je le vois d'ailleurs dans mon territoire. En revanche, je ne crois pas qu'une CPTS ait vocation à être une équipe de soins coordonnés. Elle sert à mettre les professionnels en relation, à permettre des initiatives communes, à relever les défis sanitaires auxquels les territoires sont confrontés. C'est ce à quoi s'efforcent les CPTS de ma circonscription, et je remercie les professionnels qui s'engagent pour les faire vivre. Il faut donc travailler sur la notion d'équipe de soins et préciser le cadre que vous nous proposez, encore très flou.

En ce qui concerne l'intervention présidentielle, j'ai bien vu que le Président de la République avait très envie d'être aussi le ministre de la santé, ce qui ne date sans doute pas d'aujourd'hui. J'étais un peu surpris d'entendre toutes ces annonces dans sa bouche, détaillées à un degré qui ne relève sans doute pas de sa compétence,

mais aussi du peu de cohérence entre son discours – qui mettait l’accent sur les assistants médicaux – et la proposition de loi que nous examinons. Peut-être ai-je été peu attentif, ou influencé par ma prévention envers sa posture ?

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L’article permet l’accès à la pratique avancée dans les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires et les CPTS.

Dans les deux premiers cas, les praticiens se connaissent, connaissent leurs exercices respectifs, échangent quotidiennement, presque en direct, au sujet des patients, travaillent en équipe coordonnée, un peu comme à l’hôpital. Ils n’ont alors même pas besoin de recourir au dossier médical partagé (DMP) ou à Mon espace santé. Je ne reviendrai donc pas sur l’accès direct s’agissant des maisons de santé ou des centres de santé ; il est tout naturel de le proposer.

Le cas des CPTS est entièrement différent. Ce ne sont pas des structures de soins coordonnés, mais des structures d’organisation entre professionnels de santé. Les patients ne sont pas concernés ; il s’agit d’une approche populationnelle, en dehors des soins.

Je ne suis donc pas favorable à l’amendement.

Mme la rapporteure générale. Pour en finir au sujet des vœux présidentiels, car nous ne sommes pas là pour en faire une explication de texte, le Président a dit très clairement qu’il fallait tendre à généraliser les CPTS, conformément à l’engagement, qui date de la loi « Touraine », que tout le territoire en soit quadrillé pour une meilleure coordination entre professionnels et pour concourir à la structuration de parcours de santé – c’est la définition même des CPTS. Il s’agit bien là de relever le défi sanitaire : les CPTS le permettent ; elles le font déjà en matière de soins non programmés ; elles pourraient le faire de la même manière pour l’accès direct.

Je ne suis pas du tout d’accord avec l’idée que l’on pourrait autoriser l’accès direct quand les professionnels se connaissent, mais pas quand ils ne se connaissent pas parce qu’ils exercent aux extrémités opposées du territoire de la CPTS. La proposition de loi part du principe que l’on reconnaît aux professionnels des compétences qui leur ont été apportées par un diplôme universitaire. Ces compétences n’ont pas à être jugées par un médecin. Dans un territoire donné, on travaille ensemble, on écrit un projet pour prévoir quel médecin verra le malade si son état ne relève pas des compétences du professionnel de santé : voilà ce qui est visé.

J’entends le besoin de modifier le texte pour préciser la nécessité, dans le cas de la CPTS, d’un projet formalisant ces aspects. Il ne faudrait pas qu’une adhésion suffise pour bénéficier de l’accès direct, puis que le malade se retrouve dans la nature parce que le kiné, l’orthophoniste ou l’IPA lui aurait dit « cela ne relève pas de ma compétence, allez voir ailleurs ». Mais de là à supprimer la mention des CPTS ! En

les créant, on a défini une très bonne échelle territoriale de coopération, et je le dis d'autant plus facilement que ce n'est pas moi qui les ai introduites dans la loi – je n'étais pas encore députée à l'époque. La proposition de loi peut, au contraire, servir de moteur pour les faire gagner en efficacité, en les dotant d'un projet quand elles n'en ont pas. Là où elles fonctionnent, elles rendent un vrai service aux citoyens ; c'est le sens même de notre action comme parlementaires.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS198 de M. Pierre Dharréville, AS230 de M. Thibault Bazin, AS256 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS265 de M. Paul-André Colombani et AS295 de M. Frédéric Valletoux.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il s'agit de mieux définir les lieux d'exercice de soins coordonnés en excluant les CPTS, qui ne semblent pas, en l'espèce, les structures adaptées puisqu'elles ont été créées pour permettre à des professionnels de santé de répondre à un besoin de santé dans un territoire et non pour organiser les soins autour d'un patient. C'est d'autant plus vrai dès lors que les missions des IPA ont été étendues.

En outre, dans les CPTS, les soins de premier recours sont centrés autour du médecin généraliste, qui définira un parcours de soins avec le patient. Contrairement au médecin généraliste, l'IPA n'aura pas reçu une formation qui lui permettra d'établir un diagnostic. Surtout, votre proposition pourrait altérer la qualité de l'échange qui se noue avec le patient, et par conséquent, son suivi.

M. Thibault Bazin (LR). Vous voulez ouvrir l'accès direct aux IPA dans le cadre d'un exercice coordonné. Or si l'exercice est coordonné dans les ESP, il ne l'est pas forcément au sein des CPTS car, à mon avis, cette coordination repose sur la connaissance personnelle que les professionnels de santé ont les uns des autres et la fiabilité des informations qu'ils échangent au sujet des patients. Ce n'est pas remettre en cause leur diplôme que de le penser. L'étroite coordination à laquelle invite votre texte ne sera pas garantie dans toutes les CPTS, en raison de la variabilité de leur taille et du degré de coordination autour des patients considérés individuellement. Dans un souci d'équilibre, cet amendement de repli vise à supprimer la référence à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Vous souhaitez améliorer l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Or, pour avoir confiance, il faut se connaître, connaître la pratique de son confrère. Dans le cadre d'un projet de santé, à l'hôpital, la place de l'IPA est claire et l'ouverture d'un accès direct à leur consultation ne pose pas de problème.

Concernant les CPTS, il ne faut pas confondre organisation et coordination. Par exemple, l'Assemblée nationale est une structure organisée qui permet à 577 députés de travailler ensemble, mais cela ne signifie pas qu'ils voteront tous dans

le même sens ! De même, les professionnels rassemblés dans une CPTS respectent des règles d'organisation mais n'ont pas forcément la même pratique. Il serait dangereux d'ouvrir un accès direct aux IPA dès lors qu'ils appartiennent à une CPTS. Nous vous proposons donc de limiter l'accès direct aux IPA dans le seul cadre d'une structure de soins coordonnés – ESP, centres de santé, maisons de santé.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cet amendement de repli vise à ce que l'ouverture de l'accès direct aux IPA soit conditionnée à leur exercice au sein d'une structure de coordination de proximité, condition indispensable à un véritable travail collaboratif entre professionnels de santé.

C'est pourquoi nous vous proposons d'exclure des structures de soins coordonnés où serait ouvert l'accès direct aux IPA, les CPTS. En effet, les soins de premier recours y sont encore centrés autour du médecin généraliste, dont le rôle d'orientation dans les parcours de soins est tel qu'il ne saurait être remplacé par un IPA.

M. Frédéric Valletoux (HOR). C'est vrai, les CPTS nous apparaissent au début comme une sorte d'objet non identifié dont nous ne savions pas très bien s'il se révélerait efficace ou non. Finalement, c'est l'un des rares acquis de la loi « Touraine ». Des professionnels dont les pratiques étaient très individuelles, pour ne pas dire individualistes, ont appris à communiquer, à se coordonner et à réfléchir ensemble à des stratégies de territoire. Cependant, tous les territoires ne sont pas au même niveau et les coopérations, solidement ancrées dans certains, peuvent demeurer instables dans d'autres. Imposer une telle mesure risquerait de casser une mécanique encore fragile. Cependant il serait intéressant de tenir compte de cette évolution dans la loi, car il est fort probable que les CPTS offriront un jour le cadre dans lequel se définiront des stratégies pour coordonner la prise en charge des patients entre tous les professionnels. Il est encore un peu tôt ; essayons de trouver une rédaction intermédiaire pour laisser mûrir les choses.

Mme la rapporteure générale. L'idéal serait, en effet, de trouver, d'ici à jeudi, 16 heures, une rédaction qui permette de ne pas exclure les CPTS qui fonctionnent correctement, d'encourager celles qui sont en retard, tout en faisant attention à ne pas réduire ces communautés à un simple annuaire, comme le craint très justement M. Bazin.

Monsieur Isaac-Sibille, je ne suis pas d'accord avec vous. Vous êtes un médecin spécialisé. Les généralistes qui vous envoient des patients ne vous connaissent pas tous personnellement. Cela ne les empêche pas de vous faire confiance, car vous avez obtenu un diplôme reconnu qui atteste de votre formation. J'insiste sur ce point, car cette proposition de loi tend à améliorer l'accès aux soins mais aussi à reconnaître les compétences des professionnels auxquels leur formation permet d'ouvrir un accès direct. Bien sûr, il ne faut pas faire n'importe quoi et cette mesure doit être prise dans le cadre d'une structure de soins coordonnés, qui permet d'améliorer la prise en charge. La confiance entre professionnels ne tient pas à la connaissance personnelle qu'ils ont les uns des autres mais aux diplômes qu'ils ont obtenus et qui attestent d'une formation reconnue.

J'espère que nous parviendrons à un consensus. Dans mon territoire, des CPTS ont déjà rédigé le projet de l'accès direct et n'attendent plus que la loi. Si vous fermez cette perspective, vous empêcherez des territoires en grande difficulté d'améliorer l'accès aux soins.

Mme Annie Vidal (RE). Nous avons voulu les CPTS, nous les avons enfin eues. Pendant cinq ans, nous avons accompagné leur développement et notre travail commence à porter ses fruits. Les évaluations qui ont été menées ont montré que l'accès aux soins avait progressé dans les territoires dotés d'une CPTS bien organisée, surtout lors de la crise sanitaire. En les excluant, vous prenez le risque de casser une dynamique et de ruiner l'avenir des CPTS, ce qui dégraderait la prise en charge des patients.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je ne conteste pas le rôle que peuvent jouer les CPTS dans l'amélioration de l'accès aux soins. Au contraire, elles peuvent permettre à des équipes médicales de mieux s'organiser autour du suivi d'un patient. Cependant, j'ai bien vu que, dans mon territoire où le besoin de créer des équipes est évident, le président de la CPTS ne souhaite pas devenir le référent des IPA du secteur. Je crains que cette situation ne soit pas isolée. Finalement, le travail s'organisera tant bien que mal avec ceux qui sont disponibles, faute de pouvoir définir correctement l'échelle d'intervention. Le problème ne vient pas d'un manque de confiance entre les professionnels car je suis convaincu, moi aussi, que les diplômes garantissent les compétences. Je vous décris des situations concrètes qui témoignent de la difficulté à instaurer un travail en commun entre le médecin traitant et l'IPA pour suivre un patient plutôt que de le promener de médecin en médecin.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). L'adoption de ces amendements ne remettrait pas en cause l'avenir des CPTS, qui fonctionnent très bien sans ce dispositif. Au contraire, il serait préférable de ne pas alourdir la charge des professionnels qui font partie de ces structures en leur confiant de nouvelles tâches sous prétexte que nous manquons de médecins. Si l'on veut pouvoir délester ces derniers d'une partie de leur charge, il faut malgré tout assurer un suivi de qualité aux patients.

Mme la rapporteure générale. J'ai bien compris votre inquiétude, monsieur Dharréville, et je souhaite vous proposer une nouvelle rédaction pour que les professionnels eux-mêmes, dans le cadre de la CPTS, élaborent ensemble un projet d'accès direct.

L'article L. 1434-12, issu de la loi « Touraine » du 28 janvier 2016 et portant création des CPTS, dispose bien que c'est afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé que des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en CPTS. Rien n'empêche une IPA de travailler avec plusieurs médecins référents traitants. Plus on étend le territoire, plus on augmente le nombre de malades susceptibles d'être pris en charge. L'existence d'une

CPTS n'interdit pas aux professionnels d'intégrer une équipe de soins primaires, une maison de santé ou un centre de santé. Le dispositif doit rester souple pour augmenter le nombre de patients pris en charge.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS4 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement tend à ne pas restreindre l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée aux structures d'exercice coordonné, en particulier les maisons de santé ou les centres de santé, mais à l'autoriser dans le cadre d'un binôme médecin-IPA, qui reste à inventer.

La restriction aux structures d'exercice coordonné limitera la portée de cet article, car des territoires situés dans des déserts médicaux n'en disposent pas. Cette restriction ne présente pas une garantie suffisante.

Mme la rapporteure générale. On peut retrouver le binôme médecin-IPA que vous proposez dans les protocoles de coopération ou les délégations de tâches mais ce n'est pas l'objet de ce texte. Il s'agit, lorsqu'un patient se rend chez un soignant, que celui-ci décide, en fonction de ses compétences, de le prendre ou non en charge, ce qui se traduit, dès lors qu'il existe un projet de santé au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé, par l'intégration du patient dans un parcours de soins.

Le binôme que vous proposez peut exister dans une équipe de soins primaires, mais on peut aussi concevoir qu'une IPA travaille avec plusieurs médecins de la CPTS, dès lors qu'un projet a été élaboré.

Votre proposition aurait pour conséquence de rigidifier le dispositif.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'objectif de l'amendement est d'élargir le dispositif aux déserts médicaux qui ne disposent pas d'un nombre suffisant de médecins pour ouvrir des structures d'exercice coordonné. Je suis prêt à revoir la rédaction de l'amendement, si vous le souhaitez.

Mme la rapporteure générale. S'il n'y a pas de médecin dans le territoire, il n'y aura pas de binôme. L'élargissement du champ à la CPTS permettrait d'y remédier, sachant que les binômes que vous proposez peuvent d'ores et déjà se constituer au sein des équipes de soins primaires et que l'accès direct au sein d'une ESP ou d'une maison de santé est possible.

L'amendement est retiré.

Amendement AS71 de Mme Joëlle Mélin, amendements identiques AS37 de M. Thibault Bazin, AS84 de M. Thierry Frappé et AS259 de M. Paul-André Colombani (discussion commune).

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement tend à conditionner l'accès direct à l'existence d'un cadre coordonné et d'un protocole établi et validé par un médecin ou une équipe médicale. Les IPA, même ceux qui travaillent au sein de centres de santé bien organisés, souhaitent que leur mission soit parfaitement encadrée. M. Valletoux a raison : peut-être une telle mesure est-elle prématurée au regard de l'organisation de certaines CPTS. N'oublions pas que, derrière les contraintes, se cachent des responsabilités médicales.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de préciser que l'ouverture d'un accès direct aux IPA est conditionnée à l'existence d'un cadre protocolisé. Cette disposition garantirait l'égal accès de tous à un suivi médical de qualité et permettrait de ne pas aboutir à une médecine à deux vitesses – tous les Français ont droit à un médecin.

Qu'en est-il de la formation spécifique qu'implique l'ouverture de l'accès direct à ces IPA ? Les deux années de formation supplémentaires permettent-elles à ces infirmières de voir leur rémunération augmenter ? Confèrent-elles une attractivité au métier ?

Enfin, ces mesures auront-elles des conséquences sur le coût de la responsabilité civile professionnelle (RCP) ? Les actes seront-ils revalorisés pour compenser la hausse des tarifs de l'assurance ? Nous ne pourrions pas améliorer l'accès aux soins par la confiance en ignorant le sujet des moyens.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement AS84 est défendu.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement tend à conditionner la mesure à l'existence d'un cadre coordonné mais surtout protocolisé et validé par un médecin ou une équipe médicale. C'est indispensable pour garantir à tous nos concitoyens l'accès à la même qualité de soins, qu'ils aient un médecin traitant ou non, et éviter que ne surgissent des problèmes liés à la responsabilité juridique.

Mme la rapporteure générale. Il n'y a plus d'accès direct si un protocole est imposé. Je suis favorable à la rédaction de protocoles de coopération entre professionnels, pour la simplification desquels je me suis battue, mais cette procédure ne concerne pas l'accès direct qui suppose que les professionnels disposent des compétences suffisantes pour que les citoyens les consultent directement. L'exercice coordonné n'est pas un protocole de coopération et les responsabilités s'exercent différemment. Dans le cadre de l'accès direct, la responsabilité pèse sur les professionnels auxquels l'accès direct est ouvert. La question de la rémunération de ces professionnels, qui auront acquis les compétences

suffisantes pour recevoir directement un patient, se posera dans le cadre des négociations conventionnelles.

En août, la signature de l'avenant 9 à la convention nationale des infirmiers libéraux a permis d'améliorer un peu la rémunération des IPA libérales. Nous sommes à un tournant. Si les IPA libérales ne bénéficient pas de l'accès direct ou sont soumises à protocolisation, le modèle économique de leur métier ne sera pas viable. Le sujet n'est pas tabou ; c'est un choix que nous devons faire dans le cadre de cette proposition de loi pour améliorer l'accès aux soins.

Avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). L'accès direct permet aux infirmières en pratique avancée de bénéficier d'une relative autonomie. La protocolisation encouragée à une certaine époque par la Haute Autorité de santé (HAS) n'a pas fonctionné, car cette procédure très lourde donnait aux médecins la mainmise sur les infirmières, qui n'avaient pas du tout la possibilité de travailler de façon autonome. L'accès direct, sur ou sans prescription, ne fait pas des infirmières des électroniciens libres : elles travailleront toujours en coordination avec les médecins. Ne les soumettons pas à une tutelle médicale, et n'empêchons pas des personnes ayant bénéficié d'une formation adaptée d'exercer leur métier de manière autonome ! Leur pratique doit être valorisée afin de rendre la profession attractive.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS3 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). Nous proposons de n'autoriser l'accès direct aux IPA que pour une liste d'actes précisée par décret. Ce dernier serait pris après que la HAS, l'Académie de médecine, l'Académie des sciences infirmières et le comité des professions de santé auraient rendu des avis séparés ; la liste des actes concernés serait ensuite communiquée aux IPA, qui ne pourraient donc accepter de soigner des patients en accès direct que dans ce périmètre. Notre objectif est de sécuriser cette avancée pour la profession d'IPA en délimitant le périmètre dans lequel l'accès direct est pertinent, excluant *de facto* les soins pour lesquels il ne l'est pas.

Mme la rapporteure générale. Je ne conteste pas la pertinence des avis que vous souhaitez solliciter. Cependant, nous avons constaté ces dernières années que la multiplication des avis retardait considérablement la mise en œuvre des politiques publiques ; or nous voyons tous, dans nos territoires, que la situation est gravissime et qu'il est urgent d'améliorer l'accès aux soins. C'est l'objectif de cette proposition de loi d'accélération, et c'est pourquoi je donne à votre amendement un avis défavorable.

Votre amendement vise, dites-vous, à améliorer les soins, mais demande-t-on à la HAS ou à l'Académie de médecine d'encadrer la pratique des autres

professionnels de santé, notamment des médecins ? Vous avez le droit de penser que les IPA sont mal formés ou qu'il faut améliorer leur formation ; il n'en demeure pas moins que leurs compétences sont sanctionnées par un diplôme universitaire. Il serait paradoxal de demander à certaines autorités de valider la façon dont ils doivent prodiguer les soins.

Mme Monique Iborra (RE). Il y a quelque conservatisme à considérer que les infirmières doivent rester des auxiliaires médicaux, à les obliger à suivre des protocoles et à demander l'aval d'un médecin avant toute intervention. Il faut, au contraire, qu'elles sortent de ce rôle, ce qui ne doit pas les empêcher de travailler en collaboration avec les médecins. Elles ont des compétences qui leur sont propres, certes limitées par rapport à celles des médecins, mais bien réelles. Or vous ne voulez pas reconnaître à ces personnes, que vous considérez comme des auxiliaires, la possibilité d'agir en responsabilité. Vous tournez autour du pot... Soyez un peu plus moderne !

M. Joël Aviragnet (SOC). Venant de vous, cet appel à la modernité est croustillant !

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Cet amendement vise à établir bien en amont, c'est-à-dire dès aujourd'hui, une liste d'actes pouvant être pratiqués par des IPA. Je m'inscris en faux contre les propos de Mme la rapporteure générale : ce n'est pas un gynécologue qui soignera mes caries, ni un chirurgien-dentiste qui soignera mes varices. Il y a des actes que chaque professionnel de santé peut faire, et d'autres qu'il ne peut pas faire. Si nous dressons dès aujourd'hui la liste des actes que les IPA peuvent effectivement pratiquer, il sera plus facile d'orienter les patients.

M. Thibault Bazin (LR). Nous votons la loi pour aujourd'hui, demain et après-demain, car nous créons un modèle qui, d'ailleurs, pourrait s'adapter – il y a peu d'IPA aujourd'hui, mais il y en aura peut-être davantage demain. Or les actes médicaux et les outils dont disposent les professionnels de santé évoluent – vous le voyez vous-même dans votre spécialité, madame la rapporteure générale –, et nous avons parfois besoin des avis des sachants et des autorités compétentes que nous avons déjà l'habitude de saisir sur certaines questions, notamment éthiques. Lors de la crise sanitaire, nous avons sollicité les avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine. Aussi cet amendement ne vient-il pas alourdir la procédure, mais instaurer un cadre de confiance tenant compte des évolutions de la médecine et des soins. De toute façon, ces autorités, qui réfléchissent en permanence aux sujets dont nous discutons, émettront des avis. Ne donnons pas l'impression de faire du « quoi qu'il en coûte », même si je sais bien que tel n'est pas l'objectif. Il convient de rassurer et de donner un gage de confiance aux professionnels de santé, pour faire référence au titre de votre proposition de loi.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement peut se lire de différentes façons. Pour ma part, je le considère plutôt comme un amendement de protection, qui vise à définir ce qui relève de l'exercice légal ou illégal de la médecine. La pratique est déjà

encadrée : cela fait maintenant trente ans que les médecins vivent au rythme des références médicales opposables et des commissions de consensus – et je ne parle même pas des experts judiciaires, qui doivent suivre des formations continues depuis plus de vingt-cinq ans, et encore davantage depuis l’affaire d’Outreau.

La protocolisation n’est pas un asservissement, mais une façon élégante de reconnaître l’art et la technique des personnels paramédicaux – c’est par cette expression noble qu’il faut les désigner. Vous préférez parler de compétence, madame la rapporteure générale : il faut en effet prendre en compte la compétence, toute la compétence, mais rien que la compétence afin que chacun soit à l’aise dans l’exercice de son métier. Comme l’a fait remarquer M. Colombani, il est étrange que l’on demande aux spécialistes de médecine générale de suivre une dixième année d’études au motif qu’ils ne seraient pas assez bien formés, alors qu’il a été souligné, lors d’une audition récente, que les petites urgences et le suivi des maladies chroniques stabilisées représentaient 80 % de la pratique courante des généralistes.

Je le répète, il faut travailler sur tous les termes de ce texte afin que chacun soit à l’aise dans son métier. La loi doit protéger tant les professionnels de santé que les patients. En cas de dérapage, il faut pouvoir déterminer clairement la responsabilité de chacun. Nous préférons la définition de ce système de protection à la mise en œuvre d’expérimentations telles que celles prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023.

Mme Justine Gruet (LR). Il me paraît important de revenir sur la confiance et la considération que nous accordons aux professions paramédicales. L’accès direct ne doit pas être lié à la notion de coordination mais conditionné par la capacité des professionnels à accueillir des patients, en première intention, dans leur cabinet. La formation qui leur est dispensée garantit-elle une prise en charge sécurisée ? Connaissent-ils les « drapeaux rouges » ? Sont-ils capables d’agir de manière coordonnée avec les médecins ? La coordination est importante, mais elle ne passe pas nécessairement par des concepts administratifs tels que les CPTS ou les maisons de santé pluridisciplinaires ; elle résulte plutôt de la volonté des professionnels de santé de travailler ensemble. Peut-être est-il nécessaire d’inscrire cette notion dans la loi, mais le titre de ce texte contient le mot « confiance » : il faut donc faire confiance aux professionnels de santé pour travailler ensemble sans oublier la sécurité du patient. Tout soignant sait quelles sont ses compétences et quelles sont ses limites.

M. Jean-François Rousset (RE). Nous parlons d’un nouveau métier : les IPA sont des infirmières dont la pratique sera différente et qui bénéficieront d’une formation plus longue, sanctionnée par un diplôme spécifique. Leur compétence sera donc liée à leur formation et à leur diplôme. Il est normal qu’elles exercent leur activité en confiance avec d’autres professionnels de santé : c’est ce qu’attendent les malades qui les consulteront en accès direct. Elles engageront leur RCP sur les actes qu’elles auront appris dans le cadre de leur formation ; en cas d’erreur, une procédure pourra être engagée, à l’instar de ce qui se passe pour les médecins ou les chirurgiens.

Cela fait partie de l'évolution de leur métier : les IPA auront des compétences supérieures et des responsabilités à assumer.

L'amendement vise à établir des listes d'actes validées, notamment, par la HAS. Or la médecine évolue très rapidement et ces listes seront forcément incomplètes. Faudra-t-il les actualiser tous les trois ou six mois ? Cela ne me semble pas une bonne idée.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Je suis plutôt d'accord avec M. Rousset : il s'agit d'un amendement de suspicion vis-à-vis des professionnels de santé, dont nous convenons tous qu'ils sont formés. On veut toujours corseter la pratique médicale.

Bien sûr que nous votons la loi pour cinquante ou cent ans ! Il n'empêche que nous sommes confrontés à une urgence. Faisons confiance aux professionnels de terrain, qui plus est lorsqu'ils interviennent dans le cadre de structures d'exercice coordonné, puisque nos amendements visant à supprimer la référence aux CPTS ont été rejetés. Ils ne sont pas seuls, lâchés dans la nature. Ils sont formés et savent, lorsque c'est nécessaire, se tourner vers les « sachants » – je reprends ce mot que je n'aime pas trop – ou vers ceux qui ont plus d'expertise médicale. Ces procédures me paraissent bien encadrées et n'ont pas besoin d'être protocolisées à l'extrême, ce qui ne ferait que freiner leur développement.

Mme Annie Vidal (RE). Avec cet amendement, vous essayez de bâtir des murs autour d'une profession, autour de personnes formées dont les compétences sont reconnues par un diplôme, alors qu'un grand nombre de Français n'ont pas accès aux soins – il faut bien reconnaître que nous ne parvenons pas à offrir un accès à la santé à tous nos concitoyens. Allons-nous nous priver de personnes formées, compétentes, capables de prendre en charge des patients dans le cadre d'un exercice coordonné où les médecins valident, si besoin, les décisions ? Allons-nous empêcher les Français d'accéder à la santé ? Ce serait regrettable !

M. Joël Aviragnet (SOC). Il ne s'agit pas de suspicion : mon amendement vise simplement à sécuriser les choses, à apporter le maximum de garanties pour que notre volonté de permettre l'accès direct aux IPA aboutisse. Vous faites comme si tout était facile, mais ce n'est peut-être pas pour rien que les expérimentations prévues par les dernières LFSS n'ont jamais été mises en œuvre. Ce n'est pas une question de modernité, mais de réalité. Si vous pensez vraiment qu'une sécurisation n'est pas nécessaire, cela ne me pose pas de problème : l'essentiel est que ces mesures soient mises en œuvre.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS5 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement vise à conditionner l'entrée en vigueur de l'accès direct aux IPA à la réalisation des expérimentations votées dans la LFSS 2022.

Mme la rapporteure générale. J'entends votre volonté de sécuriser les choses : il ne s'agit pas de mal soigner les patients. Penser le contraire serait mal connaître le travail des IPA, qui sont effectivement encore peu nombreuses – tout le monde ne connaît pas encore leur activité ni la formation qu'elles ont reçue. Quand un soignant se trouve face à un malade, il cherche à le soigner correctement. Qu'il soit médecin, infirmier, dentiste ou kinésithérapeute, il adresse son patient à un autre professionnel lorsque la situation échappe à ses compétences ; s'il ne le faisait pas, il prendrait une responsabilité trop importante car un soin mal pratiqué peut mettre en danger la vie du malade. Compte tenu de l'urgence à améliorer l'accès aux soins, je suis plutôt défavorable à votre amendement, qui aurait pour effet de freiner la mise en œuvre de notre proposition de loi.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Je ne doute ni de la qualité, ni des compétences, ni de la bienveillance de tous les professionnels de santé qui seront impliqués dans ce nouveau dispositif que nous créons. Mais jusqu'où un IPA pourrait-il aller ? Où se trouve la limite entre la pratique quotidienne d'un IPA et l'exercice de la médecine ? Il faudra bien répondre à cette question lorsque surviendra un accident et qu'un patient attaquera un IPA pour exercice illégal de la médecine... Cet amendement, de même que le précédent, permet précisément de fixer des limites et de déterminer les actes pouvant être pratiqués par un IPA sans danger. Il faut mettre en place un cadre sécurisant, tant pour les patients que pour les professionnels et ceux qui vont les assurer.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Au vu de l'urgence que vous avez soulignée, comment se fait-il que le Gouvernement n'ait pas conduit l'expérimentation votée par le Parlement ? C'est surprenant et anormal ! Il ne faut pas banaliser cet état de fait. Au moins le Gouvernement pourrait-il nous rendre un rapport sur cette non-expérimentation !

Mme Claire Guichard (RE). Je vous le dis par expérience : quand vous entrez à l'hôpital public au mois de novembre et que vous avez affaire à un jeune interne qui, parfois, doute de lui, vous êtes bien rassuré de le voir demander, sans aucune gêne, l'avis d'une vieille infirmière expérimentée qui exerce depuis vingt ou trente ans et qui connaît la réponse à la question qu'il se pose !

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). S'il n'est pas compétent, ne lui donnez pas le diplôme !

M. Joël Aviragnet (SOC). Je poserai la même question que M. Dharréville : pourquoi l'expérimentation prévue n'a-t-elle pas été réalisée ? Un tel retour d'expérience aurait pu nous éclairer aujourd'hui.

Mme la rapporteure générale. Madame Amiot, nous ne créons pas le métier d'IPA. Ce métier existe déjà : il est prévu par la loi.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). C'est l'accès direct que vous voulez instaurer !

Mme la rapporteure générale. J'ai entendu, avant l'examen de la présente proposition de loi, beaucoup de fausses vérités à ce sujet. La formation d'IPA, d'une durée de deux ans, est dispensée à l'université et sanctionnée par un diplôme conférant le grade de master. Elle est destinée à des infirmières déjà expérimentées, qui acquièrent ainsi de nouvelles compétences. La pratique avancée est un métier à part entière, qui pourrait d'ailleurs être exercé par d'autres professionnels de santé ; il ne s'agit pas du métier de médecin, ni d'un intermédiaire entre le métier d'infirmière et celui de médecin. Quoi qu'il en soit, les compétences acquises lors de la formation définissent le cadre d'action des IPA, c'est-à-dire les actes qu'elles ont le droit de pratiquer.

En effet, une expérimentation de l'ouverture de la primo-prescription aux IPA a été proposée il y a un an dans le cadre de la loi LFSS 2022. Pourquoi cette expérimentation, que nous avons d'ailleurs votée à deux reprises – l'article 40 de la Constitution n'interdit pas aux parlementaires de proposer ce type de mesure –, n'a-t-elle pas été mise en œuvre ? On a d'abord demandé à la HAS et à l'Académie de médecine de donner des avis, puis on a invité les professionnels de santé, notamment les médecins et les infirmières, à se mettre autour de la table pour tenter de trouver un accord sur les modalités de l'expérimentation. Je ne veux accuser personne, je me borne à constater qu'un an après le vote, cette expérimentation n'a pas été mise en place. Nous pensons cependant qu'il faut emprunter cette voie de la reconnaissance des compétences universitaires de certains professionnels, en dépit des freins posés par ceux qui ne veulent pas faire évoluer ces métiers. Nous devons avancer : notre rôle de législateur est donc de voter la présente proposition de loi visant à accélérer et à généraliser la mise en œuvre de cette solution, l'expérimentation proposée n'ayant pu être réalisée, pour de nombreuses raisons.

Je ne veux pas généraliser : certains médecins disent qu'il n'y a pas besoin d'IPA, mais, lors des auditions, des généralistes ont déclaré qu'ils regardaient avec intérêt la possibilité d'autoriser l'accès direct aux IPA ainsi que la primo-prescription par ces dernières. Les médecins qui travaillent déjà avec des IPA connaissent tous les avantages qu'ils peuvent en tirer, tant pour les soins apportés aux malades que pour la qualité de vie au travail, tandis que d'autres considèrent que ces infirmières ne serviront pas à grand-chose ou qu'elles feront de la sous-médecine. Or nous parlons de deux métiers tout à fait différents, complémentaires et tous deux nécessaires à une prise en charge de qualité.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS340 de Mme Stéphanie Rist.

Amendement AS89 de M. Thierry Frappé

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS72 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement vise à imposer aux IPA une condition de durée d'exercice pour bénéficier de l'accès direct et, surtout, de la possibilité de primo-prescription. Il s'agit d'une restriction certes importante, mais qui mérite au moins d'être discutée. Encore une fois, nous ne doutons pas des compétences des IPA et nous reconnaissons pleinement la formation supplémentaire qu'elles ont suivie pour exercer ce métier ; cependant, certains patients pourraient ne pas avoir, d'emblée, confiance en ces infirmières au motif qu'une IPA n'est pas un médecin. Aussi proposons-nous que les IPA ne puissent bénéficier de l'accès direct que trois ans après l'obtention de leur diplôme – dix ans s'il s'agit d'une validation des acquis de l'expérience.

Mme la rapporteure générale. Pour devenir IPA, il faut déjà avoir trois ans d'expérience en tant qu'infirmière avant de suivre la formation.

Mme Joëlle Mélin (RN). Trois ans d'expérience, ce n'est pas trois ans d'études !

Mme la rapporteure générale. Après ces trois ans d'expérience minimum – très souvent, elles en ont plus –, une formation de deux ans conférant le grade de master me semble suffisante pour bénéficier de l'accès direct, au vu des actes qu'elles seront amenées à pratiquer.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Alors pourquoi proposer une dixième année de médecine ?

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS241 de M. Thibault Bazin, AS50 de M. Philippe Juvin et AS200 de M. Pierre Dharréville (discussion commune).

M. Thibault Bazin (LR). Mon amendement vise à préciser que la coordination entre les IPA et les médecins généralistes est « formalisée par un protocole de collaboration définissant leurs modalités de coopération ».

Mme Justine Gruet (LR). Dans le même esprit que celui de M. Bazin, l'amendement AS50 vise à améliorer la coopération entre les différentes professions concernées par le développement des IPA.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Mon amendement vise à définir le cadre des coopérations qui permettront l'accès direct aux soins, en inscrivant dans la loi la possibilité de conclure un protocole de coopération. Les CPTS, qui ne sont pas des structures de soins mais permettent de les organiser, ne peuvent en tenir lieu.

Mme la rapporteure générale. La nécessité de protocoliser est un enjeu distinct de l'accès direct aux soins. Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Que l'on inscrive la coopération des professionnels de santé dans le projet de santé ou qu'on la protocolise, il demeure que des protocoles sont nécessaires quand on travaille ensemble. Ils peuvent être simples. Protocoliser l'exercice coordonné rassurerait tout le monde.

Mme la rapporteure générale. Les protocoles de coopération supposent un accord entre les professionnels concernés. Nous considérons que la rédaction d'un projet de santé vaut accord, ce qui est distinct d'un protocole de coopération, dont l'objet est de formaliser une délégation de compétences. Nous proposons que les compétences soient reconnues en tant qu'elles permettent l'accès direct aux soins. Un projet de soins coordonnés et un protocole de coopération sont deux choses distinctes.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je constate que les soins eux-mêmes sont inscrits dans des logiques de protocolisation à outrance. Les actes, notamment à l'hôpital, sont codifiés. En l'espèce, il s'agit d'organiser la coopération entre les professionnels, ce qui ne relève pas du même registre. La protocolisation que nous proposons n'est pas du même ordre.

Je crains que le système tel qu'il est proposé conduise, non pas aux coopérations nécessaires, mais à des pratiques très isolées de professionnels qui ne le sont pas moins. C'est un vrai sujet.

M. Thibault Bazin (LR). Ce débat nous ramène aux CPTS. Dans certains territoires, les choses se passent bien : les territoires ruissellent, il y a des projets de soins coordonnés et des soins non programmés. Dans d'autres, pour des raisons indépendantes de la volonté des acteurs, telles que la réalité du terrain, l'éloignement, leurs difficultés ou leur charge de travail, le degré de coordination est moindre.

La confiance aux professionnels de santé sur laquelle repose l'article 1^{er} ne va pas sans inquiétude, que notre amendement vise à dissiper. S'il repose sur des protocoles, l'accès direct aux soins bénéficiera de circuits d'information, grâce auxquels les professionnels de santé se connaîtront. Dans une CPTS de 268 000 habitants, tous les professionnels de santé ne se connaissent pas.

La CPTS n'est pas la garantie d'un exercice coordonné. Il faut donc le protocoliser. La bonne volonté des acteurs, sur laquelle se fonde l'article 1^{er}, va de soi s'ils travaillent ensemble. S'il n'y a pas d'acteurs, il n'y a évidemment pas

d'entente. Nous devons être attentifs à ne pas répondre de façon erronée au problème, qui varie selon les territoires et ne se réduit pas à un modèle unique. Il faut retravailler l'article 1^{er} en tenant compte des différences de situation.

Mme la rapporteure générale. Un protocole de collaboration décrivant l'organisation de l'exercice coordonné, pourquoi pas ? Tel est le sens dans lequel nous devons faire évoluer les CPTS. Quant au protocole de coopération, il répond à une définition précise pour les professionnels de santé. Nous devons avancer, d'ici à l'examen du texte en séance publique, sur la rédaction d'une disposition relative à la collaboration entre professionnels de santé éloignés les uns des autres et d'une autre sur l'équipe de soins qui sortirait d'une CPTS, d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS90 de M. Thierry Frappé

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS201 de M. Yannick Monnet.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). L'amendement vise à préciser que le compte rendu des soins doit être systématiquement adressé au médecin traitant et reporté dans le DMP. Madame la rapporteure générale, vous n'avez aucune raison objective de rejeter cet amendement : vous considérez que les IPA ne sont pas des médecins *low cost* et nous considérons que le médecin traitant doit être au cœur du parcours de soins.

Mme la rapporteure générale. Que le médecin traitant soit au cœur du système n'implique pas qu'il soit consulté en premier. S'agissant de l'ajout du mot « systématiquement », j'émets un avis de sagesse.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement introduit une lourdeur administrative supplémentaire. Il s'agit de faire confiance aux professionnels de santé : s'ils s'engagent à transmettre un compte rendu, ils le feront. Par ailleurs, certains patients n'ont pas de DMP. L'amendement contrarie leur choix.

Mme Joëlle Mélin (RN). Madame la rapporteure générale, j'aurais aimé que vous émettiez le même avis sur l'amendement AS90, identique à celui de M. Monnet à la rédaction près.

Quant à la lourdeur administrative, elle découle de l'exercice coordonné. En matière de fonctionnement du système de santé, nous réinventons l'eau tiède depuis

sa structuration dans les années 1950. Nous l'alourdissons au motif que tous les professionnels doivent obligatoirement être coordonnés.

Par ailleurs, leurs honoraires, quelle que soit la structure dans laquelle ils exercent, sont à un niveau très bas, ce qui ne laisse pas d'inquiéter. D'après plusieurs témoignages, cela place les structures d'exercice coordonné dans un grand marché de fonctionnement et les expose au risque du dépôt de bilan. L'exercice coordonné, c'est très bien, pourvu que l'on s'en donne les moyens, afin de ne pas faire des structures concernées la proie des grands groupes.

Mme la rapporteure générale. L'amendement AS90 n'est pas du tout identique à l'amendement AS201. Il prévoit que chaque médecin détermine le délai dans lequel le compte rendu doit lui être transmis, non que celui-ci doive l'être systématiquement. L'essentiel est que les IPA adressent un compte rendu au médecin traitant, qui doit demeurer au centre du parcours de soins, en raison de l'expertise qu'il détient.

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). Le travail en coordination impose une transmission d'informations. Il ne s'agit pas de rédiger un rapport de dix pages, mais d'informer sur les actes réalisés, dans le cadre d'une collaboration entre professionnels. Cette démarche est impérative et sa lourdeur n'est pas excessive.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS335 de Mme Stéphanie Rist.

Amendement AS82 de M. Matthieu Marchio.

Mme Joëlle Mélin (RN). Il s'agit de compléter l'alinéa 7 par la phrase suivante : « Si le patient en a formulé la demande lors des soins prodigués, le médecin traitant lui donne un avis sur l'acte réalisé dans un délai de cinq jours ouvrés ».

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS242 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Le compte rendu des soins doit être versé au logiciel médical commun – c'est sans doute prévu mais cela mérite d'être précisé, notamment pour éviter aux patients toute rupture du parcours de soins.

Dans le cadre de l'exercice coordonné, le système d'information revêt une importance particulière, s'agissant notamment des soins non programmés, prodigués par des professionnels qui ne connaissent pas toujours le patient et doivent disposer rapidement de leurs données médicales, surtout s'il s'agit de patients vulnérables ou en perte d'autonomie. Par ailleurs, le logiciel médical commun, qui ressemble à une grande salle où l'on jette des dossiers, doit être amélioré.

Mme la rapporteure générale. Le report du compte rendu dans le DMP assure le partage des informations. L'amendement est inapplicable en l'absence de logiciel médical commun autre que le DMP. Il introduit une contrainte supplémentaire et réduit l'efficacité de la proposition de loi.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS202 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il s'agit d'encadrer l'adressage de patients par les IPA au second recours.

Mme la rapporteure générale. Le médecin traitant doit demeurer au centre du parcours de soins. L'amendement aurait pour effet de l'en écarter.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS14 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement vise à éviter que les patients sans prescription médicale soient traités en priorité. Ils doivent l'être sur un pied d'égalité avec ceux qui en ont une.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS126 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). En vertu du principe de droit selon lequel nul n'est responsable pénalement que de son propre fait, la question de la responsabilité se pose s'agissant des actes réalisés dans le cadre de l'accès direct aux soins. L'amendement vise à attribuer leur responsabilité à ceux qui assurent celui-ci. Revient alors la question de la RCP, dont les coûts vont s'ajuster, ce qui devrait interpeller la rapporteure générale du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Mme la rapporteure générale. Le coût de la RCP relève des négociations conventionnelles. Quant à la responsabilité dans le cadre de l'accès direct aux soins, elle est attribuée en fonction des compétences, elles-mêmes liées à une formation et à un diplôme.

L'amendement est satisfait. Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Je maintiens l'amendement, afin que la position du Gouvernement à ce sujet figure dans le compte rendu des débats de la séance publique.

Mme Joëlle Mélin (RN). La question de la responsabilité est essentielle. Même dans un cadre médico-légal bien défini, qu'il s'agisse d'établissements publics ou d'établissements privés, l'attribution des responsabilités aux membres d'une équipe d'exercice coordonné est difficile. Il convient de tout préciser. Il y va de la sécurité des patients et de celle des professionnels de santé.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS73 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Pour les IPA comme pour les autres professions paramédicales que l'évolution des textes pourrait amener à la pratique avancée, il semble souhaitable de disposer d'un bilan des dépenses engagées. Nous avons créé le parcours de soins en 2004 notamment pour maîtriser les coûts ; il ne faudrait pas que le développement de la pratique avancée les augmente.

Nous demandons la remise d'un rapport sur l'impact économique des dispositions de l'article 1^{er} vingt-quatre mois après son entrée en vigueur. Ce délai permet de disposer d'une masse suffisante de prescriptions réalisées par des IPA pour estimer leur coût ou leur surcoût.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Nous évaluerons nous-mêmes, dans le cadre du suivi de la loi, le coût des dispositions de l'article 1^{er}, ce qui présentera d'autant plus d'intérêt que les autres professionnels susceptibles de connaître une évolution analogue sont plus nombreux. Les évaluations menées à l'étranger montrent que les dépenses n'augmentent pas et tendent même à diminuer lors du développement de l'accès direct aux soins.

L'amendement est retiré.

Amendement AS74 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement prévoit la remise d'un rapport évaluant la variation du nombre de mises en cause des IPA, ce qui est aisé avec les données de la Mutuelle d'assurance du corps de santé français.

Mme la rapporteure générale. Demande de retrait ou avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS156 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). La proposition de loi n'est pas exempte d'enjeux financiers, en raison desquels plusieurs amendements ont été déclarés irrecevables. Il serait intéressant, pour les professionnels concernés, que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente

loi, un rapport sur les conséquences financières de l'application de l'article 1^{er} sur les revenus des médecins généralistes.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Une telle évaluation peut être réalisée à l'issue des négociations conventionnelles. Je comprends que, derrière cet amendement, il y a la crainte exprimée par certains généralistes – et peut-être un des freins à certaines expérimentations que nous avons voulu lancer – selon laquelle l'activité des IPA réduira le nombre de leurs patients. Dans quel territoire peut-on honnêtement imaginer que cela se produise ?

M. Thibault Bazin (LR). Les négociations conventionnelles sont contraintes par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) en matière de soins de ville. Le développement de l'accès direct aux soins induira une augmentation des dépenses. Or nous avons repris un peu aux soins de ville lors de la nouvelle lecture du PLFSS, ce qui n'est pas un signal très satisfaisant.

Le développement de la formation et des compétences des professionnels concernés doit aller de pair avec une amélioration de leur rémunération. Même si celle-ci dépend des négociations conventionnelles, le Gouvernement ne peut pas s'exonérer de ses responsabilités s'agissant des moyens de valoriser et de rendre attractifs ces nouveaux métiers.

Mme la rapporteure générale. Nous aurons ce débat lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 1^{er} modifié.

Après l'article 1^{er}

Amendements AS229 et AS208 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je regrette que notre amendement relatif aux infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) ait été déclaré irrecevable. Ils entrent tout à fait dans le cadre de la discussion ouverte par la présente proposition de loi.

L'amendement AS229 vise à mieux définir le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins coordonnés, en précisant qu'il est le seul responsable du parcours, de sa coordination et de l'adressage du second recours.

Par l'amendement AS208, le Gouvernement remettrait au Parlement, dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, un rapport examinant les possibles modalités de mise en œuvre d'un plan national de financement de la

formation continue, notamment ciblé sur les infirmiers libéraux et les salariés des établissements sanitaires et médico-sociaux, afin de faciliter l'accès au diplôme d'IPA. Il s'agit d'adopter une logique cohérente jusqu'au bout, d'organiser la formation des IPA et de demander au Gouvernement de se pencher sur les conséquences de l'éventuelle adoption de la présente proposition de loi.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Votre amendement relatif aux IADE a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, et non au titre de l'article 45.

Mme la rapporteure générale. L'amendement AS229 est satisfait. Le médecin traitant est au centre du parcours de soins, de leur coordination et de l'adressage du second recours.

L'amendement AS208 ouvre un débat important, qui pourrait avoir lieu en séance publique dans le cadre de l'examen d'un amendement d'appel, pour obtenir l'avis du Gouvernement. L'un des freins au développement du métier d'IPA est le coût de la formation, notamment pour les infirmières exerçant en libéral. La façon d'aider à financer leur formation mérite d'être débattue en séance publique.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je maintiens l'amendement AS229, car ce qui va sans dire va mieux en le disant.

L'amendement AS208 permet d'ouvrir le débat sans se heurter à l'article 40 de la Constitution. Il est regrettable que notre amendement relatif aux IADE ait été déclaré irrecevable. Il s'agissait de les intégrer dans une disposition rapprochant leur statut de celui des IPA. Certes, il en résultait une aggravation d'une charge publique, mais l'amendement s'inscrivait dans le cadre d'un débat lié à celui que nous avons.

Mme Joëlle Mélin (RN). Sur l'amendement AS229, il faut avoir entendu les médecins, spécialistes et généralistes, depuis de nombreuses semaines, par-delà les problèmes actuels, qui sont propres à la déliquescence du système de distribution de soins en ambulatoire et en milieu hospitalier. Il convient, si nous voulons développer l'activité des IPA, de définir parfaitement la place des médecins. J'ai dit la même chose s'agissant des professions paramédicales. Il n'est pas possible de laisser subsister une inquiétude sur ce point.

Les tâches confiées aux IPA, techniquement parlant, sont à 80 % des activités habituelles d'un médecin généraliste. Dix ans d'exercice de la médecine générale, en milieu semi-rural, sept jours sur sept, toute l'année, m'ont permis de connaître les patients. Nous acceptons que les IPA assument certaines tâches, mais elles doivent leur être confiées en coordination absolue avec le médecin généraliste, dont la place doit être parfaitement définie avant, pendant et après l'acte de l'IPA.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS212 de M. Pierre Dharréville et AS213 de M. Yannick Monnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Aux termes de mon amendement, le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, un rapport examinant les possibilités de mettre en œuvre un régime indemnitaire spécifique pour les IPA exerçant dans les établissements de santé publique, afin de valoriser leurs fonctions et leur formation. Cette question décisive n'est pas résolue par la proposition de loi telle qu'elle est rédigée.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). La question de la rémunération est fondamentale, car moins de 20 % des professionnelles ont accepté de suivre la formation en pratique avancée. Sans elles, la loi ne servira pas à grand-chose. Il faut donc s'en préoccuper dès maintenant.

Mme la rapporteure générale. La revalorisation de la rémunération des IPA a été faite à l'hôpital. Pour celles qui exercent en libéral, sans l'accès direct ou la primo-prescription, ou avec des restrictions telles que certains amendements ont tenté d'introduire, vous aurez beau revaloriser, si les médecins ne leur adressent pas de malades, elles ne pourront pas exister. Sur ce sujet, je vous renvoie au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Voulons-nous ou pas des infirmiers en pratique avancée, notamment en libéral, est aussi une question qu'entend poser cette proposition de loi.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Certains défendent l'idée que la viabilité de ce nouveau métier et son financement seront sécurisés à la faveur de la coopération – dont vous ne voulez pas. Peut-être faudrait-il parallèlement réfléchir aux moyens financiers à déployer à la fois pour les IPA et pour les médecins qui travaillent avec eux.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Nous ne demandons pas la grande révolution, mais simplement d'envisager la rémunération de ces métiers comme un moyen de les rendre attractifs. La question se pose d'ailleurs pour tous les professionnels de santé – on voit bien la difficulté qu'ont les hôpitaux à recruter. La remise d'un rapport six mois après la promulgation de la loi permettrait d'ouvrir le débat.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS250 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il s'agit de demander un rapport sur les pistes de réforme des domaines d'intervention des IPA et la création d'une

nouvelle mention correspondant à la prise en charge de pathologies courantes identifiées comme bénignes en soins primaires sur la population générale.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Je vous propose de redéposer l'amendement en séance afin que le Gouvernement explique les nouveaux domaines d'intervention des IPA.

L'amendement est retiré.

Amendement AS252 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). L'amendement vise à repenser les modes de rémunération des infirmiers en pratique avancée pour améliorer l'attractivité du métier et le déploiement des IPA. Pour que le dispositif fonctionne, il faut pouvoir attirer les professionnels et les maintenir en fonction.

Mme la rapporteure générale. Cela a été dit, la question peut se poser pour l'ensemble des professionnels de santé. À la suite des annonces du Président de la République sur le financement des établissements de santé et des professionnels, nous devons mener ce travail d'ici au prochain PLFSS.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 2 : *Ouvrir un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant dans une structure de soins coordonnés*

Amendements identiques AS204 de M. Pierre Dharréville, AS231 de M. Thibault Bazin, AS258 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS264 de M. Paul-André Colombani et AS298 de M. Frédéric Valletoux.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). La CPTS ne nous semble pas être le cadre adéquat pour l'exercice coordonné des soins. Manifestement, nous avons un désaccord sur ce point.

M. Thibault Bazin (LR). S'agissant de l'accès direct, quatre professions sont concernées par la proposition de loi, mais des réflexions sur d'autres métiers ont été engagées. Vous avez dit tout à l'heure que vous travailliez à une nouvelle rédaction. Avez-vous pu avancer depuis... ?

M. Paul-André Colombani (LIOT). Les CPTS ont été créées pour permettre à des professionnels de santé de s'organiser afin de répondre à un besoin en santé sur un territoire, non pour organiser des soins autour d'un patient. Le dispositif reviendrait à créer plusieurs entrées dans un parcours de soins déjà complexe à élaborer, donc à désorganiser le terrain.

Mme la rapporteure générale. Nous ne sommes pas en désaccord, comme vous l'avez dit plusieurs fois, monsieur Dharréville. La proposition de loi doit bien permettre à des professionnels isolés de travailler ensemble, car la coopération améliore la qualité de la prise en charge des patients. S'agissant des CPTS, il faut y inscrire non un protocole de coopération entre deux professionnels, mais un mode de collaboration.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS143 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement précise que « les modalités de la coopération avec le médecin traitant sont formalisées dans le projet de santé de la structure » – ce sont vos termes de Mme la rapporteure générale, simplement, je ne mentionne pas la CPTS.

Mme la rapporteure générale. En retirant la CPTS, vous supprimez l'objet de l'article. Mais nous allons avancer sur ce point, je n'en doute pas.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS75 de Mme Joëlle Mélin et amendements identiques AS38 de M. Thibault Bazin, AS85 de M. Thierry Frappé et AS260 de M. Paul-André Colombani (discussion commune).

Mme Joëlle Mélin (RN). Le protocole est, non une mainmise, mais une façon de travailler de manière sécurisée, chaque professionnel de santé ayant ses prérogatives, ses connaissances et ses compétences, qu'il utilise comme il l'entend. La personne qui aurait dû prescrire ne le fait pas mais elle reste garante de la protection globale du patient.

M. Thibault Bazin (LR). Un « exercice protocolisé » peut rassurer. Vous avez souligné l'éventuelle lourdeur d'un protocole mais il permettrait d'assurer une telle coordination.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement AS85 est défendu.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Un protocole est nécessaire pour sécuriser la pratique des différents professionnels de santé et garantir la sécurité du point de vue juridique.

Mme la rapporteure générale. Les professionnels ont déjà la possibilité d'établir des protocoles de coopération. Il y a plusieurs années, nous l'avons inscrite dans la loi pour les pharmaciens s'agissant des angines et des infections urinaires. Or

le dispositif fonctionne très peu, bien que la HAS ait rédigé ce protocole. Bien souvent, les médecins considèrent que les pharmaciens n'ont pas à traiter de telles pathologies alors que le législateur le prévoit. Les citoyens se voient donc privés d'un accès aux soins qui avait été validé par les sociétés savantes.

Cet exemple montre que les protocoles de coopération sont à la bonne volonté d'un médecin traitant. La proposition de loi vise plutôt un accès direct sécurisé dans le cadre de soins coordonnés.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Les amendements AS6 et AS8 de M. Joël Aviragnet sont retirés.

Amendement AS76 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement vise à restreindre l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes ayant exercé plus de trois ans, pour la protection des patients et l'aisance des professionnels. Ayant été trente ans médecin rééducateur, je sais qu'une certaine expérience est nécessaire.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS215 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement d'appel a pour objet de limiter à cinq séances au maximum la consultation des masseurs-kinésithérapeutes en accès direct dans le cas où le patient n'a pas de diagnostic médical préalable. Le dispositif garantit l'intervention du médecin et une prescription médicale pour poursuivre éventuellement les actes au-delà de cette limite. Il s'agit de répondre aux craintes exprimées par les professionnels lors de nos échanges.

Mme la rapporteure générale. L'amendement va dans le sens des propos échangés lors des auditions et du souhait de laisser une place centrale au médecin généraliste.

Avis plutôt favorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le dispositif peut être considéré comme un amendement de repli de l'amendement AS76. Dans les recommandations et les conférences de consensus, le nombre de séances de kinésithérapie prescrites était limité. La limite de cinq séances proposée dans ce cas semble indispensable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS23 de Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet (LR). Il s'agit de simplifier le dispositif de bilan de suivi transmis, afin d'alléger le dispositif administratif et de favoriser la communication et l'organisation propre des professionnels. L'article doit laisser aux masseurs-kinésithérapeutes la compétence de décider de la poursuite éventuelle des soins, mais celle-ci doit être formalisée avec le médecin.

Mme la rapporteure générale. Comme les IPA, il est essentiel que les masseurs-kinésithérapeutes transmettent un bilan initial et des informations au médecin traitant.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS206 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). L'amendement vise à mieux inscrire les actes réalisés en accès direct par les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'un exercice coordonné. Ceux-ci pourront se référer au médecin généraliste coordonnant les soins dans le cadre des structures de coopération.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS214 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il s'agit de permettre au patient de disposer également du bilan et du compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'un accès direct.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission adopte l'amendement.

Amendement AS24 de Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement a pour objet d'ajouter la mention « le cas échéant » : comme dans le cas des IPA, tous les patients ne disposent pas d'un dossier médical partagé.

Mme la rapporteure générale. L'amendement adopté précédemment permet déjà d'adresser les documents au patient. Les DMP sont de plus en plus fréquents.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS293 de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq.

Mme Annie Vidal (RE). L'amendement vise à conditionner la prise en charge des actes réalisés en accès direct par le masseur kinésithérapeute au versement de l'information dans Mon espace santé. Il s'agit de garantir la bonne information du médecin par le masseur-kinésithérapeute et d'assurer la coordination des soins.

Mme la rapporteure générale. La mesure contribue à sécuriser la place centrale du médecin traitant dans le parcours. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS244 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement a pour objet une transmission systématique des informations au patient.

Mme la rapporteure générale. En tant que rhumatologue, j'adresse systématiquement un tel bilan à mes patients. Avis favorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). La loi incontournable du 4 mars 2002 est mal appliquée : toute information doit être remise au patient, quoi qu'il arrive, non remise à d'autres, hormis dans l'espace numérique de santé ou dans le DMP, avec son accord.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS342 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit d'indiquer que « le masseur kinésithérapeute prend prioritairement en charge le patient atteint d'une affection de longue durée ». D'autres députés avaient l'intention d'inscrire cette prise en charge dans le texte.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS15 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). Il s'agit d'éviter que les patients sans prescription médicale soient reçus prioritairement par le masseur-kinésithérapeute.

Mme la rapporteure générale. L'amendement AS342 poursuit le même but, avec une rédaction différente.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS131 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement tend à préciser les pathologies pour lesquelles une prise en charge directe par les masseurs kinésithérapeutes est envisageable – lombalgie aiguë, état post-traumatique aigu, pathologie ostéo-articulaire connue.

Mme la rapporteure générale. L'amendement va à l'opposé de la proposition de loi. Si le patient estime devoir consulter un masseur-kinésithérapeute, il le fait. Selon ses compétences, le professionnel établit si la pathologie est de son ressort ou non, avant de l'adresser au médecin traitant. Il ne revient pas au malade d'établir son propre diagnostic et de savoir quel professionnel il doit consulter.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Lors des auditions, des rhumatologues nous ont alertés sur les risques liés à certaines pathologies de l'appareil locomoteur. Quelles limites mettez-vous à l'accès direct ? Un exercice protocolisé permettrait le renvoi vers un autre professionnel.

Mme Justine Gruet (LR). Cela se pratique déjà : les professionnels ont des signaux d'alerte sur certaines pathologies et renvoient vers les médecins. Il faut faire confiance à leur capacité d'expertise.

Mme la rapporteure générale. La proposition de loi se fonde sur les modules de formation à l'accès direct, que reçoivent les masseurs-kinésithérapeutes. Dans des cours, sanctionnés par un diplôme, ces professionnels apprennent à distinguer les cas où ils peuvent recevoir les patients, selon les symptômes décrits et ce qu'ils constatent.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS128 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il précise qu'en cas de faute, le masseur-kinésithérapeute qui pratique son art sans prescription médicale est responsable des conséquences dommageables de ses actes. De nouveau se pose la question de la RCP qui sera actualisée, des négociations conventionnelles qui s'ensuivront et de la façon dont il faudra actualiser l'Ondam.

Mme la rapporteure générale. Comme nous l'avons dit pour les IPA, l'amendement est satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS129 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement d'appel traite des situations qui peuvent faire craindre une pathologie inflammatoire ou infectieuse, notamment

lorsque le patient présente une tuméfaction, un gonflement ou une douleur de repos ou de rythme pouvant être inflammatoire. Ces « drapeaux rouges » doivent constituer pour les masseurs-kinésithérapeutes une défense de pratiquer leur art sans prescription médicale.

Mme la rapporteure générale. Certains médecins ont ces craintes car ils ne connaissent pas les formations des autres professionnels de santé : les masseurs-kinésithérapeutes sont formés à l'identification des risques de maladies inflammatoires ou infectieuses. L'évolution vers davantage de formations communes entre les différents professionnels de santé pourrait contribuer à lever ces craintes.

M. Thibault Bazin (LR). C'est tout l'intérêt de nos débats de répondre aux questions soulevées lors des auditions. Compte tenu de votre réponse, je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

Amendement AS130 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). C'est encore un amendement d'appel. Le Conseil national professionnel de rhumatologie recommande de ne pas généraliser les prises en charge sans ordonnance aux patients présentant un déficit sensitif ou moteur ainsi qu'un handicap fonctionnel important.

Mme la rapporteure générale. Là encore, les professionnels ont toutes les compétences requises. Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). De la même manière, je vais le retirer. Il est important que nous ayons un échange avec le ministre sur ce sujet.

Mme Justine Gruet (LR). L'accès direct n'empêche pas les médecins de signaler que les patients ont besoin de soins de kinésithérapie. Cela a son importance pour de telles prises en charge.

Mme Joëlle Mélin (RN). Du fait du contenu des études et de la moyenne d'âge de la profession autour de 45 ans, de nombreux kinésithérapeutes jeunes pratiquent dans l'esprit de la médecine sportive. Certes, ils ont été formés et connaissent leur métier, mais leur penchant naturel demanderait davantage de modération.

Dans la région marseillaise, depuis quinze ans, les chirurgiens ne demandent plus aux kinésithérapeutes de rééducation après la pose d'une prothèse totale de hanche ou une intervention rachidienne, car la fougue de certains professionnels a posé des problèmes. Quant aux déficits sensitifs, une personne traitée pendant un an pour une banale sciatgie s'est révélée atteinte de la maladie de Charcot.

Même si de tels cas sont rares, la confiance que l'on accorde aux kinésithérapeutes doit s'assortir d'une formation renforcée et adaptée. Il est heureux que certains d'entre eux se spécialisent dans les pathologies de personnes âgées, et acquièrent par là une tempérance bienvenue car, outre leur jeune âge, leur formation à la médecine sportive est une qualité qui doit trouver ses limites.

L'amendement est retiré.

Amendement AS132 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). La délivrance des arrêts de travail par les masseurs-kinésithérapeutes doit-elle être ou non encadrée ? Il s'agit d'un amendement d'appel.

Mme la rapporteure générale. La proposition de loi ne le prévoit pas. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement les amendement AS133, AS134 et AS135 de M. Thibault Bazin.

Amendement AS136 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). La prise en charge par ces praticiens supposant de définir un ensemble de bonnes pratiques, il convient de rendre obligatoire une consultation médicale auprès d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste trois mois après qu'elle a commencé.

Mme la rapporteure générale. Nous avons adopté l'un de vos amendements, bien meilleur. Demande de retrait de celui-ci.

Mme Justine Gruet (LR). L'adoption d'un délai de consultation me paraît préférable à celle d'un nombre de séances : le premier critère facilite la coordination avec le médecin ; le second prive le kinésithérapeute d'une marge de manœuvre.

Mme Joëlle Mélin (RN). Pour inquiéter l'ensemble du corps médical, il n'y a pas mieux que ces amendements ; or, ce texte devrait aussi donner un signal aux médecins afin de les rassurer. Lorsqu'un amendement à l'article additionnel après l'article 3 propose d'ouvrir les pratiques avancées à toutes les autres professions paramédicales, on ouvre la boîte de Pandore et on redessine intégralement un système de soins dans lequel le médecin généraliste n'aura plus sa place. Mme la rapporteure générale peut bien nous rassurer cent fois mais, sur le terrain, la situation ne sera pas telle qu'elle la décrit. Que vous le vouliez ou non, toutes les prérogatives des médecins généralistes sont écornées.

M. Thibault Bazin (LR). J'espère que, dans le cadre de notre travail commun, nous pourrions procéder à un certain nombre de sécurisations et apporter les garanties qui s'imposent.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 2 modifié.

Après l'article 2

Amendement AS297 de M. Frédéric Valletoux.

M. Frédéric Valletoux (HOR). L'amendement vise à créer un statut de masseur-kinésithérapeute de santé au travail afin que la prise en charge des troubles musculo-squelettiques soit plus efficace et intervienne le plus en amont possible.

Mme la rapporteure générale. Lors des auditions, la profession n'a pas fait état d'une telle demande, d'ailleurs intéressante. Je vous propose d'y travailler d'ici à la séance publique.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS279 de M. Frédéric Valletoux.

M. Frédéric Valletoux (HOR). L'amendement vise à expérimenter le statut de masseur-kinésithérapeute de santé au travail pendant une durée de trois ans. Je le retire.

L'amendement est retiré.

Amendement AS77 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je regrette le retrait de ces deux amendements, plus qu'intéressants.

Pour ce qui est de celui-ci, nous demandons que le ministère chargé de la santé présente, après vingt-quatre mois révolus d'entrée en vigueur de l'article 2, un rapport évaluant la variation des coûts de prise en charge par les organismes sociaux de chacune des pathologies auxquelles répondent les masseurs-kinésithérapeutes par rapport à l'année précédant la mise en application

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Article 3 : *Ouvrir un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes exerçant dans une structure de soins coordonnés*

Amendement de suppression AS80 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Ce n'est pas tant un manque de confiance dans les orthophonistes que la sphère assez particulière dans laquelle ils évoluent qui nous incite à souhaiter la suppression de cet article. L'accès direct qu'il est envisagé de leur donner pourrait se faire à partir notamment des personnels éducatifs, certes bien intentionnés mais insuffisamment éclairés du point de vue médical.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS144 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement précise que les modalités de l'accès direct sont formalisées dans le projet de santé.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS205 de M. Yannick Monnet, AS232 de M. Thibault Bazin, AS262 de M. Cyrille Isaac-Sibille et AS300 de M. Frédéric Valletoux.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Dans le cadre d'un accès direct aux orthophonistes, l'amendement vise à mieux définir les lieux d'exercice coordonné en excluant les CPTS.

M. Thibault Bazin (LR). Puisque vous donnerez vraisemblablement un avis défavorable à l'adoption de ces amendements, madame la rapporteure générale, comment sera-t-il possible, d'ici à jeudi 16 heures, que vous proposiez une autre rédaction ? Ne conviendrait-il pas de décaler l'heure de dépôt des amendements ?

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Il n'est pas question de tout réécrire et d'exclure les CPTS, mais de préciser les modalités de la coordination afin d'éviter de faire de celles-ci un annuaire. Je vous proposerai demain, mercredi, une autre rédaction afin que vous ayez le temps de l'amender.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS39 de M. Thibault Bazin et AS86 de M. Thierry Frappé.

M. Thibault Bazin (LR). Comme pour les articles 1^{er} et 2, je propose que cet exercice direct soit protocolisé afin de rassurer le système. Les orthophonistes, qui

sont de remarquables professionnels et font un admirable travail, notamment auprès des enfants, travaillent déjà avec des professionnels de santé mais aussi de l'éducation.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement AS86 est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette les amendements.

Amendement AS11 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement vise à conditionner l'entrée en vigueur de l'accès direct aux orthophonistes à la réalisation des expérimentations votées en LFSS 2022.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS9 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'accès direct aux orthophonistes doit être possible uniquement sur une liste d'actes précisée par décret.

Mme la rapporteure générale. Il repose sur leurs compétences et leur formation. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS25 de Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet (LR). Je le retire, les orthophonistes réalisant en effet des bilans de grande qualité, comme les kinésithérapeutes sauront les faire.

L'amendement est retiré.

Amendements AS207 et AS216 de M. Yannick Monnet.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Le premier vise à mieux inscrire les soins réalisés en accès direct par les orthophonistes dans un exercice coordonné ; le second, à ce que le patient dispose également du bilan et du compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste dans le cadre d'un accès direct.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable au premier et favorable au second.

La commission rejette l'amendement AS207 puis adopte l'amendement AS216.

Amendement AS26 de Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement vise à prendre en considération la diversité des situations, tous les patients ne disposant pas d'un dossier médical partagé.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS294 de Mme Charlotte Parmentier-Lecoq.

Mme Annie Vidal (RE). Pour garantir la bonne information du médecin par l'orthophoniste et assurer la coordination des soins, l'amendement vise à conditionner la prise en charge des actes réalisés en accès direct par l'orthophoniste au versement de l'information sur Mon espace santé.

Mme la rapporteure générale. Ce qui permet, en effet, contrairement à ce qu'a dit Mme Mélin, de garder le médecin au centre du parcours de soins.

Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement ASI6 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). Les patients sans prescription médicale ne doivent pas être prioritaires par rapport à ceux qui disposent d'une prescription médicale dans la file active de l'orthophoniste.

Mme la rapporteure générale. Les orthophonistes considèrent que l'accès direct leur permettra de mieux trier les patients et de donner la priorité à ceux dont les pathologies sont les plus lourdes.

Avis défavorable, mais j'entends votre préoccupation et nous pouvons réfléchir à une autre rédaction d'ici à la séance publique.

La commission rejette l'amendement.

Amendement ASI27 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Dans le même esprit que les amendements aux articles 1^{er} et 2, l'amendement concerne la responsabilité des praticiens. Je me doute que vous m'apporterez la même réponse et j'attendrai donc que le ministre clarifie cette question en séance publique et, partant, celle d'une RCP plus onéreuse – elle relève certes des négociations conventionnelles, mais dans le cadre d'un Ondam « compliqué ». Sans doute conviendra-t-il donc de ne pas faire l'impasse sur l'ajustement des coûts.

Mme la rapporteure générale. Dans les prochains PLFSS, il faudra aussi veiller à ne pas transférer une part de l'enveloppe de la médecine de ville à la médecine hospitalière !

Avis défavorable pour les raisons déjà évoquées.

M. Thibault Bazin (LR). Précisément, j'avais déposé un amendement pour qu'il en soit ainsi en renvoyant à une autre ligne budgétaire !

Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, attendent une revalorisation des actes. Je sais que vous êtes sensible à cette question mais, si l'on veut favoriser l'accès aux soins, il faudra que ces professions soient plus attractives, surtout lorsqu'elles impliquent de nouvelles compétences et responsabilités.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 modifié.

Après l'article 3

Amendement AS79 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Nous proposons que le ministère de la santé présente un rapport afin d'évaluer la variation des coûts de prise en charge par les organismes sociaux de chacune des pathologies auxquelles répondent les orthophonistes par rapport à l'année précédant la mise en application.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Article 4 : *Créer une profession d'assistant dentaire de niveau II*

Amendement AS125 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Les dentistes attendent un tel article, que mes amendements visent à préciser.

Le renvoi à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique pourrait soulever des difficultés dès lors que le paragraphe I de cette disposition ne mentionne, dans ses différents alinéas, que la profession de médecin. Pour lever cette ambiguïté, cet amendement propose que ce renvoi soit remplacé par les termes suivants : « sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin ».

Mme la rapporteure générale. Je vous propose un retrait afin que nous réfléchissions, d'ici à jeudi, à une rédaction un peu différente s'agissant des actes.

L'amendement est retiré.

Amendement AS137 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). D'après les retours du ministère de la santé, les « assistants en médecine bucco-dentaire » n'exerceront pas un nouveau métier. Il convient donc de conserver le terme générique d'« assistants dentaires » en y adjoignant, le cas échéant, la spécificité « exerçant en pratique avancée ».

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendements AS122 et AS139 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). À la fin de l'alinéa 2, il convient de substituer aux mots : assistant « en médecine bucco-dentaire », les mots : assistants « dentaires de prévention », formule qui est privilégiée par la profession, puis, de substituer aux mots : « en médecine bucco-dentaire » les mots : « dentaires spécialisés ». En conséquence, à l'alinéa 3, il convient de procéder à la même substitution. Cela permettrait d'envisager plusieurs spécialisations, donc, des formations plus courtes qu'une formation intégrant toutes les délégations possibles, de même qu'une modularisation de l'offre de formation certifiante ainsi qu'une individualisation des parcours répondant à l'appétence des assistants dentaires et aux besoins de leurs structures.

Mme la rapporteure générale. Sur le fond, je suis d'accord avec vous mais votre rédaction n'est pas aboutie. Je vous propose que nous « coopérons » en vue de la séance publique.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS123 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). À l'alinéa 3, il convient de substituer au mot « compétences » le mot « activités ». Le terme de « compétence » peut être interprété comme la compétence réelle, pratique, effective du professionnel – son niveau – par opposition à sa capacité juridique – ce qu'il a le droit d'effectuer. Afin d'éviter toute confusion, je propose donc de reprendre le terme déjà utilisé pour les assistants de niveau I dans le code de la santé publique.

Mme la rapporteure générale. Sur le fond, j'adhère à vos amendements mais je vous propose de réfléchir à une rédaction unique, plus aboutie. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS124 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). À l'alinéa 3, il convient de substituer aux mots : « en médecine bucco-dentaire » les mots : assistants « dentaires de prévention ».

L'emploi des termes en usage dans la profession est un moyen de faciliter la confiance.

Mme la rapporteure générale. Même avis que précédemment.

L'amendement est retiré.

Amendement AS138 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Un chirurgien-dentiste ne peut pas être assisté simultanément de plus d'un assistant dentaire exerçant en pratique avancée. Des abus sont possibles, le risque étant la multiplication des « usines à détartrage ».

Mme la rapporteure générale. Je vous propose de retirer votre amendement au bénéfice de mon amendement AS343 à l'article additionnel après l'article 4.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 4 non modifié.

Article 4 bis (nouveau) : *Encadrement du nombre d'assistants dentaires et d'assistants médicaux dans une même structure*

Amendement AS343 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. L'amendement reprend une partie de l'amendement de M. Bazin sur les assistants dentaires et le complète quant à l'emploi d'assistants médicaux par les ophtalmologistes.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 4

Amendement AS17 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement vise à remettre un rapport sur la pertinence de maintenir la loi « Douste-Blazy » de 2004, qui prévoit l'adressage vers tout médecin spécialiste par un médecin généraliste.

Si nous pouvons saluer l'accès direct à certains professionnels, nous regrettons que cette proposition de loi ait une réflexion « silotée » profession par profession et ne soulève pas une réflexion globale sur l'adressage par le médecin généraliste.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable à cet amendement, qui ne concerne ce texte que de très loin. L'impossibilité pour les IPA d'adresser en second recours sans passer par le médecin traitant me semble suffire.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement soulève, au contraire, le problème de fond : l'adresse aux spécialistes est conditionnée par un passage chez le médecin

traitant – même s’il y a des exceptions – et la pratique avancée explose. Où est la cohérence d’un processus légitimé par la maîtrise des coûts, alors que des professions seront par ailleurs peut-être moins bien honorées ? J’attends impatiemment le PLFSS 2024 pour connaître la profession médicale ou paramédicale dont les honoraires seront rabotés, comme l’ont été ceux des radiologues et les biologistes.

M. Joël Aviragnet (SOC). La question se pose. Prenons le temps d’y réfléchir et de la travailler.

L’amendement est retiré.

Amendement AS141 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L’amendement vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur les évolutions nécessaires des maquettes de formation, des diplômes et des textes relatifs à l’exercice professionnel en raison du développement des pratiques avancées. Les situations diffèrent selon les universités et les territoires, des coordinations sont nécessaires entre les facultés et les centres hospitaliers.

Mme la rapporteure générale. Je donnerai un avis défavorable à l’ensemble des amendements visant à demander des rapports, l’évaluation relevant de nos prérogatives.

La commission rejette l’amendement.

Puis, suivant l’avis de la rapporteure générale, elle rejette l’amendement AS157 de M. Thibault Bazin.

Amendement AS158 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). J’insiste sur la question des RCP onéreuses. La rémunération et la valorisation des pratiques médicales et paramédicales sont des enjeux importants pour la mobilisation des acteurs de la santé.

Mme la rapporteure générale. C’est la question primordiale pour améliorer l’organisation de notre système de santé. Nous y travaillerons d’ici au prochain PLFSS.

L’amendement est retiré.

Amendement AS159 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L’amendement concerne les conséquences territoriales de ces nouvelles mesures, car, si certains territoires disposent de CPTS, d’autres n’en ont pas et les déclinaisons de ces dernières diffèrent.

Mme Justine Gruet (LR). Si le conventionnement est important pour garantir une égalité de soins et d’accès à l’ensemble des patients, il ne doit pas

dégrader la qualité de vie de nos professionnels de santé. La rémunération constitue un élément important de l'attractivité.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS160 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Le développement de nouvelles pratiques implique de se montrer vigilant sur les risques de dérives. L'accès au soin suppose de garantir la qualité et la sécurité ; les organismes de contrôle devront s'adapter à ces nouvelles possibilités.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS161 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur l'utilisation du DMP par les professionnels médicaux et paramédicaux, dont le caractère opérationnel est discuté et l'appropriation par les professionnels loin d'être acquise.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS162 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur les évolutions nécessaires du régime légal de responsabilité des médecins dans le cadre du déploiement de l'accès direct.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS181 de Mme Josiane Corneloup.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendements AS189 de Mme Josiane Corneloup et AS114 de M. Yannick Neuder (discussion commune).

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement AS189 est défendu.

Mme Justine Gruet (LR). Si l'accès direct à certains paramédicaux est nécessaire, l'amendement AS114 tend toutefois à s'assurer que celui-ci ne donne pas lieu à une médecine à deux vitesses.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS284 de M. Éric Alauzet.

M. Éric Alauzet (RE). L'amendement vise à ce que dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant la possibilité d'élargir la liste des médicaments pouvant être dispensés directement par le pharmacien sans prescription médicale – ce que l'on appelle le délistage. Deux réseaux demeurent présents sur les territoires lorsque les médecins ne le sont plus : celui des pharmaciens et celui des infirmiers. Nous pouvons nous y appuyer.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Article 5 : Gages financiers

La commission adopte l'article 5 non modifié.

Titre

Amendements AS18 de M. Joël Aviragnet et AS81 de Mme Joëlle Mélin (discussion commune).

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement vise à mettre en cohérence le titre de cette proposition de loi avec son contenu.

Mme Joëlle Mélin (RN). « Transfert de tâches entre professionnels de santé dans un contexte d'urgence et de pénuries » me semblerait mieux indiqué.

Mme la rapporteure générale. Dans les deux cas, le retrait du mot « confiance » est particulièrement préjudiciable, alors qu'elle est indispensable à l'attractivité de ces métiers.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'ensemble de la proposition de loi modifiée.

*

* *

En conséquence, la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0680_texte-adoptee-commission#

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

(Par ordre chronologique)

➤ *Table ronde avec les syndicats de masseurs-kinésithérapeutes :*

– **Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) (*)** – **MM. Sébastien Guérard**, président, **Laurent Rousseau**, premier secrétaire général, et **Mme Céline Chebal-Raizer**, trésorière générale

– **Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes (SNMKR)** – **M. Guillaume Rall**, président, et **Mme Cécile Aubry**, vice-présidente

– **Alizé kiné** – **M. François Randazzo**, président, **Mmes Marie-Aude Schmuckel**, secrétaire générale adjointe, et **Caroline Sacchiero Vicaigne**, secrétaire générale

– **Fédération nationale des étudiant.e.s en kinésithérapie (FNEK) (*)** – **Mmes Jeanne Gaschignard**, présidente, **Marie Gélugne**, vice-présidente en charge des perspectives professionnelles, et **M. Virgil Wautot**, chargé de mission des perspectives professionnelles

➤ *Table ronde avec les syndicats d'orthophonistes :*

– **Fédération nationale des orthophonistes (FNO)** – **Mmes Sarah Degiovani**, présidente, et **Marie Tabaud-Deboth**, vice-présidente chargée de l'exercice libéral

– **Fédération nationale des étudiants en orthophonie (FNEO)** – **M. Benjamin Boh**, président, et **Mme Léa Naït-Mouloud**, vice-présidente générale

➤ *Table ronde avec les assistants dentaires :*

– **Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL)** – **Dr Marie Biserte**, vice-présidente

– **Les chirurgiens-dentistes de France (CDF)** – **Dr Marie-Christine Tourterel**, vice-présidente, **Dr Lisiane Hervet**, secrétaire générale adjointe, et **Mme Cécile Carrier**, membre et présidente de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNE-PF) des cabinets dentaires

– **Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD)** – **Mme Emilie Vergonjanne**, secrétaire générale en charge des actualités professionnelles, et **M. Damien Gilles**, premier vice-président, porte-parole en charge de la stratégie d'influence et des réseaux

➤ *Table ronde avec les syndicats d'infirmiers en pratique avancée*

– **Association nationale française des infirmier.e.s en pratique avancée (Anfipa)** – Mmes **Ludivine Videloup**, présidente, **Samira Ahayan**, vice-présidente, **Saïqa Ghulam**, trésorière, et **Céline Chenault**, secrétaire

– **Union nationale des infirmier.es en pratique avancée (Unipa)** – Mme **Tatiana Henriot**, présidente, **M. Laurent Salsac**, secrétaire-adjoint, et Mme **Lise Mantisi**, secrétaire

– **Fédération nationale des étudiant.e.s en sciences infirmières (Fnesi)** – Mmes **Manon Morel**, présidente, et **Emma Peltais**, secrétaire générale

➤ *Table ronde avec les ordres des professionnels de santé :*

– **Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes (*)** – Mmes **Pascale Mathieu**, présidente, et **Marie-Josée Antoine**, directrice, générale

– **Ordre national des pharmaciens (*)** – Mmes **Carine Wolf**, présidente, et **Anne Berthelot**, directrice adjointe de la direction de l'exercice professionnel

– **Ordre national des infirmiers** – **M. Patrick Chamboredon**, président

– **Ordre national des chirurgiens-dentistes** – **Dr Philippe Pommarède**, président, et **Mme Stéphanie Ferrand**, juriste au Conseil national de l'ordre

– **Ordre national des pédicures-podologues** – **MM. Éric Prou**, président, et **Guillaume Brouard**, secrétaire général

➤ *Table ronde avec les médecins :*

– **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) (*)** – **Dr Franck Devulder**, président, et **Dr Bruno Perrouy**, président Les Spécialistes CSMF

– **Fédération française des médecins généralistes (MG France)** – **Dr Agnès Giannotti**, présidente, et **Dr Yohan Saynac**, délégué régional Île-de-France

– **Syndicat des médecins libéraux (SML) (*)** – **Dr Sophie Bauer**, secrétaire générale

– **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)** – **Dr Raphaël Presneau**, président

– **Intersyndicale nationale des internes (ISNI)** – **M. Léo Delbos**, secrétaire général, et **Mme Angélique Le Douarin**, juriste de l'intersyndicale

– **France Assos Santé (*)** – **MM. Gérard Raymond**, président, et **Alexis Vervialle**, conseiller santé

➤ *Audition conjointe :*

– **Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – **Mme Marie Daudé**, directrice générale, et **M. Philippe Charpentier**, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

– **Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **Mme Delphine Champetier**, cheffe de service, adjointe au directeur

– **Union fédérale des consommateurs Que Choisir (UFC–Que Choisir)** (*) – **MM. Daniel Bideau**, vice-président, **Benjamin Recher**, chargé de mission relations institutionnelles, et **Mme Maria Roubtsova**, chargée de mission santé

➤ *Table ronde avec des médecins travaillant avec des IPA :*

– **Dr Thierry Thomas**, médecin généraliste à Boigny-sur-Bionne (Loiret)

– **Dr Catherine Doyen**, pédopsychiatre, cheffe de pôle, au Groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie et neurosciences

– **Dr Luc Frimat**, néphrologue au CHRU de Nancy et président de la société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation (SFNDT)

– **Inspection générale des affaires sociales (Igas)** – **Mmes Agnès Josselin**, inspectrice, et **Anne-Caroline Sandeau-Gruber**, inspectrice générale, auteurs du rapport « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* »

– **Caisse nationale de l’assurance maladie (Cnam)** – **M. Thomas Fatome**, directeur général, et **Mme Marguerite Cazeneuve**, directrice déléguée

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

ANNEXE 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DE LA PROPOSITION DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
<i>Article</i>		
1 ^{er}	Code de la santé publique	L. 4301-1 et L. 4301-2
2	Code de la santé publique	L. 4321-1
3	Code de la santé publique	L. 4341-1
3	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021	74
4	Code de la santé publique	L. 4301-3 <i>[nouveau]</i>
4 bis	Code de la santé publique	L. 4393-18 <i>[nouveau]</i> et L. 6323-1-5