

N° 1074

N° 509

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2022-2023

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 6 avril 2023

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 6 avril 2023

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE
SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE LOI *portant*
amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé,

PAR MME STÉPHANIE RIST,

Rapporteure,
Députée.

PAR MME CORINNE IMBERT,

Rapporteure,
Sénatrice.

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente ; Mme Fadila Khattabi, députée, présidente ; Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure, et Mme Stéphanie Rist, députée, rapporteure.

Membres titulaires : Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, Mme Joëlle Mélin, Mme Ségolène Amiot, M. Yannick Neuder, et M. Cyrille Isaac-Sibille, députés ; M. Jean Sol, Mme Elisabeth Doineau, M. Bernard Jomier, Mme Emilienne Poumirol, et M. Abdallah Hassani, sénateurs.

Membres suppléants : M. Jean-François Rousset, M. Christophe Bentz, Mme Caroline Fiat, M. Frédéric Valletoux, Mme Sandrine Rousseau, M. Yannick Monnet, et M. Paul-André Colombani, députés ; Mme Pascale Gruny, M. Laurent Burgoa, Mme Florence Lassarade, Mme Brigitte Devésa, Mme Annie Le Houerou, Mme Véronique Guillotin, et Mme Laurence Cohen, sénateurs.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : 362, 680, et T.A. 65.

Sénat : 1^{re} lecture : 263, 328, 329, et TA : 57 (2022-2023).

Commission mixte paritaire : 510 (2022-2023).

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	5
TABLEAU COMPARATIF	15

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de la Première ministre, la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé se réunit au Sénat le jeudi 6 avril 2023.

Elle procède tout d'abord à la désignation de son Bureau, constitué de Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente, de Mme Fadila Khattabi, députée, vice-présidente, de Mme Corinne Imbert, sénatrice, rapporteure pour le Sénat, et de Mme Stéphanie Rist, députée, rapporteure pour l'Assemblée nationale.

La commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen des dispositions restant en discussion.

*

* *

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Je souhaite la bienvenue à nos collègues de l'Assemblée nationale pour cette commission mixte paritaire (CMP).

Mme Fadila Khattabi, députée, vice-présidente. – La nuit fut longue ; quelques points restent en discussion. J'espère que nous pourrions aboutir sur le sujet de l'accès aux soins, particulièrement sensible pour nos concitoyens. Il sera peut-être nécessaire de suspendre la réunion pour parvenir à un compromis.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Nous verrons, après les interventions de chacun, quels points restent encore en discussion.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – Le Sénat a déploré le calendrier d'examen de la proposition de loi qui nous réunit ce matin et les tensions que celle-ci a suscitées entre les professionnels de santé. Inscrit à l'ordre du jour de nos travaux le 14 février dernier, ce texte a contribué à détériorer le climat de négociation, déjà difficile, de la nouvelle convention médicale, avec l'issue que nous connaissons désormais. Attendu des professionnels paramédicaux, il a, au contraire, suscité la colère de nombreux médecins.

Je regrette que ce texte n'ait pas pu faire l'objet d'un débat plus serein, tant les sujets qu'il aborde sont essentiels pour l'organisation de notre système de soins et la valorisation des professions de santé. Convaincu de leur importance, le Sénat a d'ailleurs tâché de retenir, lors de son examen, une approche équilibrée et constructive.

Aussi avons-nous adopté les mesures les mieux à même de faciliter le parcours du patient et de valoriser les compétences des professionnels de santé. En revanche, notre chambre a choisi d'amender ce texte chaque fois que cela lui paraissait nécessaire pour réduire les tensions parmi les professions de santé, pour garantir la sécurité des soins et pour préserver le rôle du médecin dans le suivi du patient.

À l'issue de la première lecture, seize articles demeurent en discussion ce matin. En effet, sur les dix-neuf articles que comptait le texte adopté par l'Assemblée nationale, le Sénat en a supprimé trois et adopté cinq sans modification. Il a, par ailleurs, adopté trois nouveaux articles.

Sans ménager plus longtemps l'effet de surprise, il me semble qu'il nous sera difficile d'obtenir un accord ce matin. Je tiens toutefois à remercier la rapporteure Stéphanie Rist pour les échanges que nous avons menés avant cette réunion.

Pourtant, notons d'emblée que les textes adoptés par nos deux chambres se rejoignent sur de nombreux points.

Sans en faire la liste exhaustive, je me réjouis, en premier lieu, que nous soutenions les nouvelles compétences attribuées aux assistants dentaires de niveau II, en encadrant leur nombre dans un même lieu d'exercice. Cette évolution de leurs missions, après une formation adéquate, est attendue de longue date par les chirurgiens-dentistes comme par les assistants dentaires eux-mêmes.

De même, le Sénat a adopté les articles, introduits par l'Assemblée nationale, visant à réformer le diplôme de préparateur en pharmacie dans une optique de montée en qualification de la profession et à reconnaître comme profession de santé les assistants de régulation médicale afin de renforcer l'attractivité de ce métier.

L'Assemblée nationale et le Sénat se sont également accordés pour étendre les compétences reconnues aux pédicures-podologues, aux professionnels de l'appareillage médical, ainsi qu'aux opticiens-lunetiers. Il s'agit là d'ajustements à même de faciliter le parcours du patient et d'éviter des actes inutiles.

Enfin, attachée depuis longtemps au développement de la pratique avancée, notre chambre a adopté les dispositions visant à autoriser les infirmiers en pratique avancée (IPA) à prescrire certains produits et prestations soumis à prescription médicale obligatoire.

D'autres volets du texte ont, en revanche, fait apparaître des divergences entre nos deux assemblées, que nos échanges préalables entre rapporteuses n'ont pas permis de dépasser.

Si le Sénat a voté les dispositions permettant aux sages-femmes et aux infirmiers de concourir à la permanence des soins ambulatoires, il a, en revanche, souhaité supprimer celles qui consacrent la « responsabilité collective » des praticiens en la matière. Ces dernières inquiétaient inutilement les professionnels de santé, sans revenir sur le principe du volontariat.

Dans le même objectif d'apaisement, le Sénat a supprimé les dispositions relatives à l'engagement territorial des médecins, jugeant que celles-ci interféraient inutilement avec les négociations en cours de la prochaine convention médicale et en détérioraient le climat. Le contrat d'engagement territorial, proposé par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), a d'ailleurs été largement rejeté par les syndicats quelques semaines plus tard.

Enfin, si le Sénat a validé le principe d'un accès direct aux infirmiers en pratique avancée, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes, il a toutefois souhaité le réserver, s'agissant des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, aux structures d'exercice coordonné les plus intégrées. Il s'agit du désaccord le plus substantiel auquel nous avons été confrontés au cours de nos échanges.

Je demeure convaincue, en effet, que cette mesure n'est souhaitable que dans le cadre d'une relation de confiance entre professionnels médicaux et paramédicaux, construite dans la prise en charge d'une patientèle commune. La participation à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ne suffit pas à faire la preuve d'une telle confiance : c'est pourquoi nous avons refusé d'en faire une condition suffisante à l'accès direct.

Sur deux de ces trois sujets sensibles, nous aurions pu parvenir à un accord, mais je constate que nos discussions ont achoppé sur la question des consultations dans les CPTS.

En conditionnant l'accès direct à une coopération effective entre soignants, la solution portée par le Sénat constitue pourtant une voie raisonnable, susceptible d'apaiser les tensions entre les professionnels de santé, et ce dans l'intérêt des patients.

Dans ces conditions, je crains que nous ne devions constater ce matin que les positions de nos deux assemblées ne sont pas conciliables. Je regrette que, sur un texte ayant suscité tant d'oppositions au sein des professions de santé, l'Assemblée nationale n'ait pas saisi la main tendue par le Sénat.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l'Assemblée nationale. – Nous examinons en commission mixte paritaire cette proposition de loi que j'ai déposée avec mon groupe Renaissance à l'automne dernier. Elle s'inscrit dans le prolongement des travaux engagés depuis plusieurs années, notamment de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Le développement des partages d'activité apparaît incontournable pour valoriser à leur juste niveau les compétences des professionnels de santé, et pour permettre aux Français, en particulier aux plus fragiles, d'accéder aux soins, même si j'ai bien conscience que cette proposition de loi ne règlera pas à elle seule des problèmes que nous connaissons tous très bien.

Cette proposition de loi, qui suscite de fortes attentes, a fait l'objet de longues concertations avec les professionnels de santé au cours de ces derniers mois. Comportant initialement quatre articles, elle en compte désormais dix-huit, à la suite de l'examen de nos deux assemblées, ce qui témoigne de la richesse des débats.

Permettez-moi d'abord de revenir sur nos points d'accord, avant d'évoquer les points sur lesquels nos deux assemblées divergent jusqu'à présent.

Je me réjouis de l'adoption conforme de quatre articles, notamment de l'article 3, qui permet l'ouverture d'un accès direct aux orthophonistes exerçant dans une structure de soins coordonnée, y compris aux professionnels travaillant dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé à condition que le projet de santé le prévoie.

L'examen du texte par le Sénat a montré que d'autres articles de la loi, bien qu'adoptés dans des termes différents, ont fait l'objet d'une convergence de vue. Vous avez apporté d'utiles précisions à l'article 4 *bis* qui vise à encadrer le nombre d'assistants dentaires ; à l'article 4 *decies* qui reconnaît les assistants de régulation médicale comme profession de santé ; ou encore à l'article 4 *terdecies* qui prévoit une expérimentation des prélèvements cervico-vaginaux par les pharmaciens biologistes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

À l'issue de l'examen du texte, force est de constater que députés et sénateurs n'ont pas réussi à converger sur plusieurs articles. C'est le cas en particulier de l'article 1^{er} sur les infirmiers en pratique avancée, qui a fait l'objet de multiples amendements, que ce soit sur la primoprescription, les conditions d'accès à la pratique avancée ou la structuration de cette profession. C'est aussi le cas de l'article 2 relatif aux masseurs-kinésithérapeutes, concernant le nombre maximal de séances possibles en accès direct, la prise en charge prioritaire des patients en affection de longue durée (ALD), ou encore la question du versement du compte rendu et du bilan initial de la consultation dans le dossier médical partagé (DMP) du patient.

Par ailleurs, plusieurs articles introduits par l'Assemblée nationale ont été supprimés par le Sénat. Tel est le cas de la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de prescrire une activité physique adaptée aux personnes atteintes d'une ALD par exemple, ou d'une demande de rapport sur les dispositions de la loi du 13 août 2004 qui conditionnent la prise en charge d'une consultation chez un spécialiste à un adressage préalable par un médecin généraliste. Il en va de même du principe de responsabilité collective des professionnels de santé pour assurer la permanence des soins, et de l'article relatif à la valorisation de l'engagement territorial des médecins. Ces évolutions envoient à mon sens un mauvais signal à nos concitoyens, qui attendent des réponses de notre part pour leur permettre d'accéder plus facilement à une offre de soins.

Le point de désaccord le plus substantiel porte sur la question de l'accès direct aux professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné. Le Sénat a supprimé les dispositions permettant à un patient de consulter en première intention un infirmier en pratique avancée, un infirmier pour la prévention et le traitement des plaies, ou un masseur-kinésithérapeute, dans le cadre d'une CPTS, alors même que cette disposition a été adoptée conforme pour les orthophonistes... Je rappelle que nous avons trouvé un compromis en séance à l'Assemblée nationale en prévoyant que seules seraient concernées les CPTS ayant défini dans leur projet de santé les modalités de prise en charge et de coordination. Il s'agit donc d'ouvrir une

telle possibilité non pas pour toutes les CPTS, mais uniquement pour celles qui ont développé un véritable projet dans lequel le médecin, tout en restant le pivot du parcours de soins, n'en constitue plus nécessairement la porte d'entrée. La suppression pure et simple de ces dispositions diminue nettement la portée de cette proposition de loi. En l'état, il s'agit d'un point particulièrement bloquant, sur lequel nous devons revenir aujourd'hui ou, à défaut d'accord, en nouvelle lecture à l'Assemblée.

M. Bernard Jomier, sénateur. – Nous sommes confrontés à un défi important, l'accès aux soins, qui fait écho à une préoccupation que l'on retrouve sur tout le territoire, la question des déserts médicaux. Nous devons imaginer une évolution permettant un nouveau partage des tâches entre les professionnels de santé, sans désorganiser les parcours de soins. Si nous ne tenons pas les deux bouts de cette équation, nous aboutirons à un système qui accroîtra les inégalités territoriales, car les patients des grandes métropoles comme Paris auront toujours accès à un médecin en face à face, mais ceux d'autres territoires ne pourront accéder qu'à d'autres professionnels de santé, peut-être même ne les voir qu'à travers un écran d'ordinateur. Cette inégalité territoriale, qui recoupe souvent des inégalités sociales d'ailleurs, nous ne l'acceptons pas.

Nous voulons envisager une évolution du partage des tâches entre les professionnels, en tenant compte de ces impératifs, sans que cette évolution se fasse contre les professionnels de santé. Pour des raisons multiples, ces derniers rencontrent de grandes difficultés. La pénurie de médecins désorganise tout, et il n'y a rien de plus difficile pour une société que de répondre de manière juste à une situation de pénurie. Or nous sommes inquiets : la pénurie de médecins est durable, notamment parce que l'effort de formation n'est pas suffisant. Au-delà des effets de communication, notre pays n'a augmenté que de 12 à 15 % le nombre de médecins formés, alors que l'augmentation devrait être bien plus importante. Du fait de la dégradation de leurs conditions de travail, les jeunes commencent même à abandonner cette profession, ce qui était inimaginable il y a encore quelques années.

Nous ne pouvons pas adopter des propositions en la matière en nous opposant à une catégorie de soignants, quelle qu'elle soit. Notre devoir de législateur est de proposer un projet sur lequel les professionnels, au-delà des conservatismes de chacun, puissent s'accorder.

Nous avons beaucoup avancé sur différents points lors de l'examen du texte. Certaines questions peuvent être réglées, notamment pour les kinésithérapeutes. Mais le point central, c'est une meilleure reconnaissance du rôle des infirmiers, et une meilleure valorisation de leur place dans les parcours de soin. Nous y sommes tout à fait favorables.

Le cadrage actuel du texte, établi par le Sénat, rend possible l'accès direct aux IPA. Les postures ne sont pas idéologiques : concrètement, le cadre proposé par le Sénat permettra l'exercice en ville de nombreux IPA. Je ne vous fais pas l'injure de vous rappeler qu'actuellement, en ville, il n'y a que 200 IPA, ou que leur formation, qui dure deux ans, doit être financée. J'entends les réticences d'autres professionnels de santé par rapport à l'ouverture trop générale du dispositif sur l'ensemble du territoire, mais l'ouverture proposée par le Sénat est raisonnable. Il sera temps, dans quelques années, lorsque ces IPA auront démontré leur utilité, d'étendre ce dispositif.

Arrêtons de produire des lois de posture, qui prétendent résoudre tous les problèmes à la fois, mais qui restent à peu près inapplicables. J'ai entendu les rapporteuses, et je pense que l'on peut progresser. Je demande une suspension de séance pour que nous puissions trouver un terrain d'entente.

M. Cyrille Isaac-Sibille, député. – Nous partageons les mêmes constats : des professions connaissent des tensions de tous ordres, qu'il s'agisse de la démographie, de la perte de sens ou de l'attractivité... Effectivement, différentes professions sont concernées ; nous avons une responsabilité : si nos deux chambres, par l'intermédiaire de quatorze représentants, ne peuvent pas trouver un consensus, comment voulez-vous que ces professions y arrivent, et que

les Français continuent à discuter ? Cette CMP doit aboutir. Je n’imagine pas une nouvelle lecture à l’Assemblée, où l’on ne tiendrait pas compte du travail du Sénat : personne n’y gagnerait. Je demande également une suspension de la réunion ; je vous en implore, trouvons une solution.

Mme Joëlle Mélin, députée. – Le Rassemblement national s’est positionné assez vite sur cette proposition de loi, en partageant le constat que toute profession, en raison des techniques nouvelles liées à l’informatisation et à l’intelligence artificielle, doit évoluer. Peut-être que la médecine telle que je l’ai pratiquée ne peut plus s’appliquer maintenant, tant pour les médecins généralistes ou spécialistes, les médecins hospitaliers ou de ville, que pour les multiples formes d’exercice des paramédicaux. Pour chaque profession, il faut revoir le cœur des métiers et les manières d’exercer.

En revanche, le transfert de tâches sous-tendu par cette proposition de loi doit se réaliser sereinement. Beaucoup de paramédicaux ne demandent pas autant de possibilités que celles qui sont prévues par le champ de cette proposition de loi : certains infirmiers sont satisfaits de leurs compétences actuelles, et ce texte serait de nature à déséquilibrer leur exercice. En cas de pénurie de médecins, les infirmiers doivent parfois prendre seuls des décisions sans être complètement assurés... Nous connaissons la réaction des médecins devant ce texte. Certes, les kinésithérapeutes attendent l’élargissement de leur champ de compétences et l’autorisation d’exercer sans prescription, après l’autorisation d’exercer sans diagnostic médical préalable. On arrive à une forme de médecine totale : faire un diagnostic, chercher dans ses connaissances pour proposer un traitement, se donner les moyens que ce traitement soit appliqué...

Monsieur le sénateur, je partage votre position. Donnons-nous le temps de trouver une rédaction assouplie. La proposition du Sénat nous semble acceptable. Trouvons un compromis et une solution. Madame la vice-présidente, vous avez indiqué lors des auditions que vous souhaitiez qu’il y ait d’autres étapes à la suite de ce texte. Nous sommes d’accord, mais il ne faut peut-être pas aller si vite. La profession médicale a été très touchée par cette pénurie qui s’est mise en place voilà plus de quarante ans. Petit à petit, cette profession est dépouillée de toutes ses prérogatives, à juste titre ou non. Il faut arriver à une conclusion aujourd’hui.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l’Assemblée nationale. – Je vous rejoins : une CMP conclusive permettrait peut-être d’apaiser des tensions entre professionnels ; en responsabilité, nous devons essayer de les diminuer. Le rôle du généraliste dans le parcours du patient est central. Compte tenu du mur du vieillissement qui se dresse devant nous, celui-ci sera indispensable dans les années qui viennent.

Il ne s’agit pas d’une loi de posture, cependant. La semaine dernière, en allant voir différentes CPTS dans les territoires, nous avons constaté une certaine hétérogénéité. Mais certaines CPTS sont déjà organisées, et attendent les dispositions de cette loi. Elles sont d’ailleurs parfois presque dans une forme d’illégalité, car elles permettent parfois ce partage.

Tous les professionnels de santé, les médecins comme les IPA, doivent retrouver de la sérénité, et nous devons leur donner des raisons d’espérer. Certaines étudiantes de première année pour devenir IPA nous demandent si elles devront s’arrêter en cours d’études... Que voulez-vous qu’on leur réponde ? Je suis d’accord pour avancer : j’entends les gens parfois très réfractaires à ces CPTS, et l’idée n’est pas que tous les médecins quittent les CPTS. Il faut peut-être retirer certaines CPTS de ce texte de loi, mais, comme des territoires sont en attente, il me semble important de conserver l’expérimentation votée dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – Le Sénat a fait un pas en soutenant la généralisation de l’accès direct aux IPA, aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes dans le cadre d’un exercice coordonné. Nous avons cherché un équilibre entre les inquiétudes des médecins, qui restent en effet le pivot de la médecine générale, notamment en ville, et les attentes des infirmières. Nous avons avancé en ce sens.

De mon point de vue, les CPTS ne sont pas des structures de soins, comme le disent certains professionnels : elles font de la coordination, coordination elle-même très disparate selon les territoires car tributaire de l'engagement personnel des professionnels de santé.

À titre personnel, je crains que, en raison de la volonté de couvrir l'ensemble du territoire de CPTS, cette hétérogénéité ne soit de plus en plus marquée, avec parfois des « coquilles vides », si je puis m'exprimer ainsi. Si, demain, un accès direct aux soins était possible au sein des CPTS, ces dernières ne pourraient pas assurer la coordination nécessaire, attendue et indispensable à une bonne organisation de l'accès direct aux soins, dans l'intérêt des patients et pour répondre aux attentes des médecins.

Pour cette raison, nous avons avancé sur l'accès direct aux IPA, mais en le conditionnant à l'exercice coordonné dans les maisons de santé, les équipes de soins primaires et les centres de santé. Faisons attention à cette hétérogénéité : nous la constatons aujourd'hui, mais elle pourrait être encore plus importante demain.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Nous allons donc suspendre la réunion, cette demande étant unanime. Si le texte poursuivait son chemin parlementaire par une nouvelle lecture, des difficultés supplémentaires se poseraient. Lors de la discussion générale du texte en séance publique, j'avais déjà indiqué que ce texte faisait l'effet d'un chiffon rouge pour les négociations conventionnelles. Généraliser en janvier une expérimentation votée en novembre, cela ne laisse que peu de recul pour légiférer... D'ailleurs, nous ne l'avons pas votée au Sénat lors du PLFSS pour 2023, car nous étions informés qu'une proposition de loi serait examinée sur ce sujet à l'Assemblée nationale.

Nous avons le sentiment d'être arrivés à un texte d'équilibre. Cela n'a pas été si facile : au Sénat, l'article 1^{er} a été longuement discuté. Sur le terrain, j'ai rencontré comme chacun des médecins, à l'invitation du conseil de l'ordre de mon département. Je l'ai dit à François Braun, le Gouvernement doit être conscient des craintes des médecins par rapport à l'exercice futur de leur métier, notamment en ce qui concerne la place du médecin généraliste. Avec cette pénurie, on fait trop supporter à ceux qui sont en exercice, qui voient de nombreux patients, qui, pour certains, prennent des gardes et assurent, quoi qu'on en dise, la permanence des soins, et qui, sans remettre en cause la qualité de leur travail, se sentent comme des boucs émissaires. Il faut en être conscient. Nous avons tenu compte de tous ces paramètres. Dans cette période tendue où des propositions fleurissent tous azimuts, trouvons une solution. Avancer à marche forcée ne résoudra rien, bien au contraire ! Il ne sert à rien de braquer les professionnels. Voyons si nous pouvons trouver des solutions pour les CPTS et l'expérimentation.

La réunion, suspendue à 9 h 30, reprend à 11 h 55.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l'Assemblée nationale. – Concernant l'article 1^{er}, le point restant en discussion portait sur les CPTS. L'idée est de retirer les CPTS du périmètre de l'accès direct, mais de maintenir une expérimentation dans six départements, dont deux ultramarins.

En outre, nous vous proposons d'étendre la durée de l'expérimentation à cinq ans, au lieu de trois.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – Nous sommes tout à fait d'accord pour mener cette expérimentation sur cinq ans.

Le texte précise, par ailleurs, qu'il n'y aura pas de généralisation avant évaluation de l'expérimentation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l'Assemblée nationale. – À l'article 1^{er}, nous vous proposons également de supprimer l'alinéa 5 du texte du Sénat, à savoir les dispositions visant à autoriser l'accession à la pratique avancée aux titulaires de diplômes non délivrés par l'université.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – À l'article 2, le nombre de séances de kinésithérapie en accès direct passerait de cinq, comme le prévoyait le texte du Sénat, à huit.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l'Assemblée nationale. – Pour les masseurs-kinésithérapeutes, nous retenons la même expérimentation qu'à l'article 1^{er}, dans six départements, dont deux ultramarins.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – Au sein d'une CPTS.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l'Assemblée nationale. – À l'article 4, nous avons procédé à des modifications rédactionnelles, avec des coordinations.

À l'article 4 *sexies*, il vous est proposé de sécuriser l'écriture du Sénat pour ce qui concerne les compétences des préparateurs en pharmacie.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – Dans le texte du Sénat, nous citons expressément les trois pathologies contre lesquelles les préparateurs en pharmacie pouvaient administrer des vaccins : vaccin contre la grippe, vaccin contre la covid-19 et vaccin contre la variole du singe. Je reconnais que figer les choses de cette manière dans la loi n'était pas forcément idéal.

Les préparateurs en pharmacie ont été habilités à vacciner en période de crise. La crise terminée, ils pourraient perdre cette autorisation. C'est un peu dommage, puisque leurs compétences sont les mêmes.

Nous proposons de modifier la rédaction du Sénat de manière à laisser à un arrêté le soin de fixer les vaccins qui pourraient être injectés, sous la responsabilité du pharmacien présent, par les préparateurs. Ces derniers ne demandent pas forcément à pouvoir réaliser les autres vaccins autorisés aux pharmaciens et aux autres professionnels de santé. Il faudra que l'arrêté paraisse assez rapidement, avant la prochaine campagne de vaccination contre la grippe et la covid-19, en octobre prochain.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l'Assemblée nationale. – La dernière modification que nous proposons concerne l'article 4 *quaterdecies* : il s'agit de contraindre le pouvoir réglementaire à publier annuellement la liste des tests rapides d'orientation diagnostique (Trods) pouvant être utilisés par les professionnels de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – Le texte du Sénat visait à inverser la logique actuelle : plutôt que d'attendre un arrêté de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) autorisant l'utilisation d'un Trod par les professionnels de santé, il s'agissait de permettre que les Trods commercialisés soient autorisés par les professionnels de santé, sauf à ce qu'un arrêté l'exclue expressément.

Bien évidemment, l'ANSM doit donner un avis. L'objectif est de mettre un peu de pression sur le pouvoir réglementaire pour l'actualisation des Trods pouvant être utilisés par les professionnels de santé. Nous vous proposons que cette liste soit désormais révisée annuellement.

Il y a là des enjeux de santé publique. Je pense, par exemple, au dépistage du diabète : les pharmaciens ne peuvent faire une glycémie capillaire que pendant la semaine du diabète. Il y a également un enjeu important en matière d'antibiorésistance. Il faut que les tests permettant de déterminer la présence d'un virus puissent être davantage déployés – les tests doivent évidemment avoir été autorisés par l'ANSM.

Tout le monde était heureux de trouver des Trods pour la covid-19. Il faut que l'on puisse faire, en temps normal, ce que l'on a été capable de faire en période de crise, évidemment sans mettre en danger les patients et sans engager trop loin la responsabilité du professionnel. Il faut donc recueillir l'avis de l'ANSM, et que celle-ci se prononce plus rapidement qu'elle n'a pu le faire ces derniers temps.

La suppression de l'engagement territorial est maintenue.

En contrepartie, nous avons accepté que la responsabilité collective de la permanence des soins soit réinscrite, en sachant que la permanence des soins est couverte à 98 % sur le territoire national – les 2 % manquants concernent souvent des territoires où il n’y a pas de médecins.

Cependant, l'imprécision de la « responsabilité collective de la permanence des soins » me gênait : il vaut mieux parler de « responsabilité collective de l'organisation. » Sur ce point, nous allons laisser le texte tel qu'il est, c'est-à-dire dans la version issue des travaux de l'Assemblée nationale.

Toutefois, il faut rassurer les médecins. On ne revient pas sur le caractère volontaire – je rappelle que 40 % des médecins généralistes assurent 98 % de la permanence des soins. Cela peut être acceptable.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – On ne sait pas trop ce que signifie la responsabilité collective de la permanence... Juridiquement, êtes-vous sûres que cela ne vaut pas obligation ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour le Sénat. – Le Gouvernement l'a confirmé lors des auditions.

Il est vrai que, à titre personnel, comme je m'en suis ouverte tout à l'heure, j'aurais préféré que l'on écrive « responsabilité collective de l'organisation ». Jusqu'où va la responsabilité collective ? C'est un vrai sujet.

M. Bernard Jomier, sénateur. – Je remercie les deux rapporteures de nous avoir écoutés et d'avoir su trouver un terrain d'entente.

Le seul point qui continue de nous poser problème est la mention d'une responsabilité collective, pour des questions d'ordre non seulement politique, mais aussi juridique : ce concept est éminemment contestable en droit. Pour notre part, nous n'y adhérons pas. S'il est possible de modifier légèrement cette rédaction, j'en serai heureux ! Cela ne fera pas obstacle à un vote positif de notre part sur l'accord que vous avez trouvé, mais je tiens vraiment à attirer l'attention sur le fait que cette notion est à manier avec précaution sur un plan juridique.

Mme Joëlle Mélin, députée. – La « responsabilité collective » me semble extrêmement floue. Il est déjà tellement difficile, dans ces métiers, de faire apparaître la responsabilité personnelle ou la responsabilité sanitaire des politiques... Engager la responsabilité collective d'organisations territoriales me semble très compliqué ! Cela méritera d'être sécurisé par la suite.

M. Bernard Jomier, sénateur. – La rédaction proposée par la présidente Catherine Deroche est tout de même plus satisfaisante, tout en maintenant le concept auquel, visiblement, la rapporteure pour l'Assemblée nationale tient particulièrement.

Je rappelle que la loi par laquelle les CPTS ont été créées confie déjà à ces dernières une responsabilité dans l'amélioration de l'accès aux soins, mais, en apportant cette précision, on évite d'éventuelles conséquences juridiques pour les professionnels de santé, à titre personnel.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure pour l'Assemblée nationale. – Le sens de la phrase est un peu plus indirect si l'on ajoute « de l'organisation ». Nous nous y opposons.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Nous n'en ferons pas un *casus belli*.

La rédaction de compromis des rapporteures est adoptée.

La commission mixte paritaire adopte, ainsi rédigées, l'ensemble des dispositions restant en discussion de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, présidente. – Merci, mesdames les rapporteuses !

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

Proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé

Article 1^{er}

I. – Le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° ~~Au c du 1° du I de l'article L. 4301-1, après le mot : « obligatoire, », sont insérés les mots : « des prescriptions de produits de santé et de prestations soumis à prescription médicale obligatoire et définis par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, » ;~~

Article 1^{er}

I. – Le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4301-1 est ainsi modifié :

a) (nouveau) Au sixième alinéa du I, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « , de la Haute Autorité de santé et des ordres des professions de santé » ;

b) Au c du 1° du même I, les mots : « non soumis » sont remplacés par les mots : « et prestations soumis ou non » ;

c) (nouveau) Le premier alinéa du II est complété par les mots : « ou d'un diplôme équivalent figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé » ;

①

②

③

④

⑤

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

2° Il est ajouté un article L. 4301-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4301-2. – I. – Les infirmiers relevant du titre I^{er} du présent livre peuvent exercer en pratique avancée, dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1, ~~en tant qu'infirmiers en pratique avancée spécialisés ou en tant qu'infirmiers en pratique avancée praticiens.~~

~~« Un décret détermine les compétences des infirmiers en pratique avancée, spécialisés et praticiens, ainsi que les modalités d'accès à ces professions, qui comprennent notamment la possibilité de bénéficier de dispenses d'enseignements au regard du parcours et des certifications, des titres et des diplômes obtenus.~~

« II. – Dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1, dans les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et 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 présent code, les infirmiers exerçant en pratique avancée peuvent prendre en charge directement les patients. Un compte rendu des soins réalisés est systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de celui-ci.

~~« Dans le cadre des structures prévues à l'article L. 1434-12, le premier alinéa du présent II s'applique à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination soient inscrites dans le projet de santé de la structure. »~~

II. – Après le mot : « conventionné », la fin du 1° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « , les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature et les actes effectués, le cas échéant sans adressage préalable de la part d'un médecin, par les infirmiers en pratique avancée ; ».

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

2° Il est ajouté un article L. 4301-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4301-2. – I. – Les infirmiers relevant du titre I^{er} du présent livre peuvent exercer en pratique avancée, dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1.

(Alinéa supprimé)

« II. – Dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1, dans les établissements et les services médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, les infirmiers exerçant en pratique avancée peuvent prendre en charge directement les patients. Un compte rendu des soins réalisés est systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de celui-ci. »

(Alinéa supprimé)

II. – *(Non modifié)*

⑥

⑦

⑧

⑨

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

III. – L'article 76 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ~~est abrogé.~~

Article 1^{er} bis (nouveau)

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par cinq alinéas ainsi rédigés :

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à prendre en charge la prévention et le traitement de plaies comprenant la prescription d'examens complémentaires et de produits de santé. Les conditions de cette prise en charge sont définies par décret en Conseil d'État et la liste des prescriptions des examens complémentaires et des produits de santé autorisés est définie par ~~arrêté~~. Les résultats des interventions de l'infirmier sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.

« Sont autorisés les infirmières et infirmiers exerçant :

« 1^o Dans le cadre d'un exercice coordonné prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 ;

~~« 2^o Dans le cadre d'un exercice coordonné prévu à l'article L. 1434-12, à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination soient inscrites dans le projet de santé de la structure ;~~

« 3^o Au sein d'une équipe de soins en établissement de santé, en établissement médico-social ou en hôpital des armées coordonnée par un médecin. »

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

III. – L'article 76 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et l'article 40 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 sont abrogés.

Article 1^{er} bis

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par cinq alinéas ainsi rédigés :

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à prendre en charge la prévention et le traitement de plaies comprenant la prescription d'examens complémentaires et de produits de santé. Les conditions de cette prise en charge sont définies par décret en Conseil d'État et la liste des prescriptions des examens complémentaires et des produits de santé autorisés est définie par un arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Les résultats des interventions de l'infirmier sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.

« Sont autorisés les infirmières et les infirmiers exerçant :

« a) Dans le cadre d'un exercice coordonné prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 ;

« b) (Supprimé)

« c) Au sein d'une équipe de soins en établissement de santé, en établissement médico-social ou en hôpital des armées coordonnée par un médecin. »

⑩

①

②

③

④

⑤

⑥

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 2

I. – Après le neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, ~~sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :~~

« Par dérogation au neuvième alinéa du présent article, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et 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 présent code, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale, dans la limite de ~~dix~~ séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci. ~~À défaut, les actes réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont mis à sa charge.~~

~~« Dans le cadre des structures prévues à l'article L. 1434-12, le dixième alinéa du présent article s'applique à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination sans prescription médicale soient inscrites dans le projet de santé de la structure.~~

~~« Le masseur-kinésithérapeute prend en charge en priorité les patients atteints d'une affection de longue durée. »~~

II. – L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « conventionné », la fin du 1° est ainsi rédigée : « , les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature et les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale ; »

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

Article 2

I. – Après le neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au neuvième alinéa du présent article, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1, dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale, dans la limite de cinq séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont systématiquement adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci. »

(Alinéa supprimé)

(Alinéa supprimé)

II. – L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « conventionné », la fin du 1° est ainsi rédigée : « , les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et les structures d'hébergement de toute nature et les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute sans prescription médicale ; »

①

②

③

④

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

~~2° (nouveau) Il est ajouté un 10° ainsi rédigé :~~

~~« 10° Les modalités d'application des deux dernières phrases du dixième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique. »~~

III. – L'article 73 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est abrogé.

Article 2 bis (nouveau)

~~I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :~~

~~1° Le premier alinéa de l'article L. 1172-1 est ainsi modifié :~~

~~a) Après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « et le masseur kinésithérapeute » ;~~

~~b) Le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » ;~~

~~2° L'avant dernier alinéa de l'article L. 4321-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est également habilité, dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, à prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »~~

~~H. – La prescription d'une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient par le masseur kinésithérapeute ne fait pas l'objet d'un remboursement au titre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.~~

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

2° Sont ajoutés des 10° et 11° ainsi rédigés :

« 10° Les modalités d'application des deux dernières phrases du dixième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique ;

« 11° (nouveau) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la prise en charge des patients atteints d'une affection de longue durée et l'orientation de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes vers les priorités de santé publique. »

III. – (Non modifié)

**Article 2 bis
(Supprimé)**

⑤

⑥

⑦

⑧

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 3

I. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 4341-1 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au cinquième alinéa, dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et 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 présent code, l'orthophoniste pratique son art sans prescription médicale. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et reportés dans le dossier médical partagé de celui-ci. À défaut, les actes réalisés par l'orthophoniste sont mis à sa charge.

« Dans le cadre des structures prévues à l'article L. 1434-12, le sixième alinéa du présent article s'applique à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination sans prescription médicale soient inscrites dans le projet de santé de la structure. »

I bis (nouveau). – Après le 9° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

« 10° Pour les orthophonistes, les modalités d'application du sixième alinéa de l'article L. 4341-1 du code de la santé publique. »

II. – L'article 74 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est abrogé.

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

Article 3
(Conforme)

Article 3 bis (nouveau)

Après le 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 1° bis ainsi rédigé :

①

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 4

~~La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 4393-8 du code de la santé publique est complétée par les mots : « 7 aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins postchirurgicaux ».~~

Article 4 bis (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III *bis* du titre IX du livre III de la quatrième partie est complété par un article L. 4393-18 ainsi rédigé :

« Art. L. 4393-18. – Le nombre d'assistants dentaires contribuant aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins postchirurgicaux ne peut excéder le nombre de chirurgiens-dentistes ou de médecins qui exercent au sein de la même structure. » ;

2° L'article L. 6323-1-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les centres de santé et leurs antennes ayant une activité ophtalmologique, le nombre d'assistants médicaux ne peut excéder le nombre de médecins. »

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

« 1° *bis* Les modalités et les conditions d'indemnisation du professionnel de santé au titre d'un rendez-vous non honoré par l'assuré social et les conditions dans lesquelles les sommes ainsi versées sont mises à la charge de ce dernier ; ».

Article 4

Le premier alinéa de l'article L. 4393-8 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut, sous condition d'avoir obtenu à cette fin un titre de formation, une autorisation ou un certificat de qualification définis par voie réglementaire, contribuer aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins postchirurgicaux. »

Article 4 bis

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre III *bis* du titre IX du livre III de la quatrième partie est complété par un article L. 4393-18 ainsi rédigé :

« Art. L. 4393-18. – Le nombre d'assistants dentaires contribuant aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques ou à des soins postchirurgicaux ne peut, sur un même site d'exercice de l'art dentaire, excéder le nombre de chirurgiens-dentistes ou de médecins exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire effectivement présents. » ;

2° (*Supprimé*)

②

①

②

③

④

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 4 ter (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1110-4-1 est ainsi rétabli :

~~« Art. L. 1110-4-1. Les usagers du système de santé bénéficient de la permanence des soins dans les conditions prévues au présent code.~~

~~« Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État sont responsables collectivement de la permanence des soins mentionnée aux articles L. 6111-1-3 et L. 6314-1. » ;~~

2° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1435-5, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « , l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers » ;

3° À l'article L. 6111-1-3, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 » ;

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

Article 4 ter

Le code de la santé publique est ainsi modifié : ①

1° (*Supprimé*) ②

2° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1435-5, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « , l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers » ; ③

3° À l'article L. 6111-1-3, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 » ; ④

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

4° L'article L. 6314-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-12 et L. 162-32-1 du même code ont vocation à concourir à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre chirurgien-dentiste, sage-femme ou infirmier ayant conservé une pratique de sa profession a vocation à y concourir, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les mesures d'application du présent alinéa, notamment les modalités de rémunération des professionnels de santé concernés, sont fixées par décret. »

Article 4 *quater* (nouveau)

~~I. — La section 1 du chapitre unique du titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 4011 2 1 ainsi rétabli :~~

~~« Art. L. 4011 2 1. — L'engagement territorial des médecins vise à assurer l'accès aux soins de proximité, l'accès aux soins non programmés, l'accès financier aux soins et les actions de santé en faveur de la population du territoire. »~~

~~H. — Le 3° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :~~

~~« 3° En application de l'article L. 4011 2 1 du code de la santé publique, les modalités, le cas échéant, de valorisation de l'engagement territorial des médecins en faveur de l'accès aux soins de proximité, de l'accès aux soins non programmés, de l'accès financier aux soins et des actions de santé en faveur de la population du territoire. Ces modalités peuvent reposer notamment sur des rémunérations forfaitaires et des tarifs spécifiques de consultation ; ».~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° L'article L. 6314-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-12 et L. 162-32-1 du même code ont vocation à concourir à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre chirurgien-dentiste, sage-femme ou infirmier ayant conservé une pratique de sa profession a vocation à y concourir, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les mesures d'application du présent alinéa, notamment les modalités de rémunération des professionnels de santé concernés, sont fixées par décret. »

Article 4 *quater* (Supprimé)

⑤

⑥

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 4 quinquies (nouveau)

Le III de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut, après consultation des conseils nationaux professionnels concernés et après avis de la Haute Autorité de santé, adapter les protocoles nationaux autorisés pour les actualiser en fonction de l'évolution des recommandations de bonnes pratiques, pour en modifier le périmètre d'exercice et pour ajuster les modalités selon lesquelles les professionnels de santé sont autorisés à les mettre en œuvre. Les protocoles ainsi adaptés sont autorisés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Article 4 sexies (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les articles L. 4241-4 à L. 4241-6 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 4241-4. – Peut exercer la profession de préparateur en pharmacie et en porter le titre toute personne titulaire d'un diplôme, ~~certificat~~ ou titre délivré à la suite d'une formation lui ayant permis d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de cette profession. Ces diplômes, ~~certificats~~ et titres sont définis par voie réglementaire.

« Art. L. 4241-5. – Les conditions de délivrance des diplômes, ~~certificats~~ et titres sont fixées par voie réglementaire.

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Article 4 quinquies
(Conforme)**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A (nouveau) Le premier alinéa de l'article L. 4241-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils peuvent administrer les vaccins, listés par arrêté, contre la grippe saisonnière, la covid-19 et la variole du singe. » :

1° Les articles L. 4241-4 à L. 4241-6 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 4241-4. – Peut exercer la profession de préparateur en pharmacie et en porter le titre toute personne titulaire d'un diplôme, d'un certificat ou d'un titre délivré à la suite d'une formation lui ayant permis d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de cette profession. Ces diplômes, ces certificats et ces titres sont définis par voie réglementaire.

« Art. L. 4241-5. – Les conditions de délivrance des diplômes, des certificats et des titres sont fixées par voie réglementaire.

①

②

③

④

⑤

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

« Art. L. 4241-6. – Peut également exercer la profession de préparateur en pharmacie toute personne ayant obtenu une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé, après avis d'une commission, composée notamment de professionnels, dont la composition est fixée par décret. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 4241-13 est ainsi rédigé :

« Peut exercer la profession de préparateur en pharmacie hospitalière dans les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées et en porter le titre toute personne titulaire d'un diplôme, ~~certificat~~ ou titre délivré à la suite d'une formation lui ayant permis d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de cette profession et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. » ;

3° À l'article L. 4241-16-1, la référence : « L. 4241-5 » est remplacée par la référence : « L. 4241-6 ».

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

« Art. L. 4241-6. – Peut également exercer la profession de préparateur en pharmacie toute personne ayant obtenu une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé, après avis d'une commission, composée notamment de professionnels, dont la composition est fixée par décret. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 4241-13 est ainsi rédigé :

« Peut exercer la profession de préparateur en pharmacie hospitalière dans les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées et en porter le titre toute personne titulaire d'un diplôme, d'un certificat ou d'un titre délivré à la suite d'une formation lui ayant permis d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de cette profession et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. » ;

3° À l'article L. 4241-16-1, la référence : « L. 4241-5 » est remplacée par la référence : « L. 4241-6 ».

Article 4 septies A (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4371-2, les mots : « du diplôme d'État mentionné » sont remplacés par les mots : « des diplômes, certificats ou titres mentionnés » ;

2° L'article L. 4371-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4371-3. – Les diplômes, les certificats ou les titres mentionnés à l'article L. 4371-2 sont ceux qui figurent sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

« Les modalités de la formation, les conditions d'accès, les modalités d'évaluation ainsi que les conditions de délivrance de ces diplômes, ces certificats ou ces titres sont fixées par voie réglementaire. »

⑥

⑦

⑧

⑨

①

②

③

④

⑤

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 4 septies (nouveau)

L'article L. 4322-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les pédicures-podologues peuvent prescrire des orthèses plantaires, sauf avis contraire du médecin traitant. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les pédicures-podologues peuvent procéder directement à la gradation du risque podologique des patients diabétiques et prescrire les séances de soins de prévention adaptées. Un compte rendu est adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de ce dernier. »

Article 4 octies (nouveau)

~~Après le premier alinéa de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

« Les opticiens-lunetiers peuvent, lors de la première délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact suivant la prescription, adapter cette prescription après accord écrit du praticien prescripteur. »

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Article 4 septies
(Conforme)**

Le chapitre II du titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa de l'article L. 4362-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les opticiens-lunetiers peuvent, lors de la première délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact suivant la prescription, adapter cette prescription après accord écrit du praticien prescripteur. » ;

2° (nouveau) À la première phrase du 3° de l'article L. 4362-11, les mots : « et troisième » sont remplacés par les mots : « à quatrième ».

①

②

③

④

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 4 *nonies* (nouveau)

Le chapitre IV du titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4364-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4364-8.* – Les personnes exerçant les professions mentionnées aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 4364-1 peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin. »

Article 4 *decies* (nouveau)

I. – Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la fin de l'intitulé, les mots : « et assistants dentaires » sont remplacés par les mots : « , assistants dentaires et assistants de régulation médicale » ;

2° Le titre IX est ainsi modifié :

a) À la fin de l'intitulé, les mots : « et assistants dentaires » sont remplacés par les mots : « , assistants dentaires et assistants de régulation médicale » ;

b) Après le chapitre III *bis*, il est inséré un chapitre III *ter* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE III TER*

« *Assistants de régulation médicale*

« *Art. L. 4393-19.* – Peuvent exercer la profession d'assistant de régulation médicale les personnes titulaires du diplôme d'assistant de régulation médicale, dans des conditions définies par voie réglementaire.

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Article 4 *nonies*
(Conforme)**

Article 4 *decies*

I. – (*Non modifié*)

①

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

« *Art. L. 4393-20.* – L'assistant de régulation médicale assure, sous la responsabilité d'un médecin régulateur, la réception des appels reçus dans un centre de réception et de régulation des appels d'un service d'accès aux soins ou d'un service d'aide médicale urgente.

« Il contribue, sous la supervision d'un médecin régulateur, au traitement optimal des appels reçus.

« Il apporte un appui à la gestion des moyens et au suivi des appels et des interventions, au quotidien ainsi qu'en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle.

« *Art. L. 4393-21.* – L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession d'assistant de régulation médicale les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui, sans posséder le diplôme mentionné à l'article L. 4393-19, sont titulaires :

« 1° De titres de formation délivrés par un ou plusieurs États membres ou parties et requis par l'autorité compétente de ces États membres ou parties qui réglementent l'accès à cette profession ou son exercice et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans ces États ;

« 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un ou plusieurs États membres ou parties qui ne réglementent ni la formation, ni l'accès à cette profession ou son exercice, de titres de formation délivrés par un ou plusieurs États membres ou parties attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagnés d'une attestation justifiant, dans ces États, de son exercice à temps plein pendant un an ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix dernières années ;

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

« 3° Ou d'un titre de formation délivré par un État tiers et reconnu dans un État membre ou partie autre que la France et permettant d'y exercer légalement la profession. L'intéressé justifie avoir exercé la profession à temps plein pendant trois ans ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet État membre ou partie.

« Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation initiale, de l'expérience professionnelle pertinente et de la formation tout au long de la vie ayant fait l'objet d'une validation par un organisme compétent fait apparaître des différences substantielles avec les qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation.

« Selon le niveau de qualification exigé en France et celui détenu par l'intéressé, l'autorité compétente peut soit proposer au demandeur de choisir entre un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation et une épreuve d'aptitude.

« La nature des mesures de compensation selon les niveaux de qualification en France et dans les autres États membres ou parties est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

« La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné à l'article L. 4393-19.

« *Art. L. 4393-22.* – L'assistant de régulation médicale peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

« Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'assistant de régulation médicale fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.

« L'intéressé porte le titre professionnel d'assistant de régulation médicale.

« *Art. L. 4393-23.* – L'assistant de régulation médicale ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui est établi et exerce légalement les activités d'assistant de régulation médicale dans un État membre ou partie peut exécuter en France des actes professionnels de manière temporaire ou occasionnelle.

« Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à la profession n'est pas réglementé dans l'État où il est établi, le prestataire de services doit justifier avoir exercé dans un ou plusieurs États membres ou parties à temps plein pendant un an au moins ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix années précédentes.

« L'exécution de ces actes est subordonnée à une déclaration préalable, qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Le prestataire joint une déclaration concernant les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation.

« Le prestataire de services est soumis aux conditions d'exercice de la profession ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France.

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

« Les qualifications professionnelles du prestataire sont vérifiées par l'autorité compétente, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, avant la première prestation de services. En cas de différence substantielle entre les qualifications du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente soumet le professionnel à une épreuve d'aptitude.

« Le prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.

« Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.

« La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'État d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.

« *Art. L. 4393-24.* – L'assistant de régulation médicale, lors de la délivrance de l'autorisation d'exercice ou de la déclaration de prestation de services, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.

« Le contrôle de la maîtrise de la langue doit être proportionné à l'activité à exercer et réalisé une fois la qualification professionnelle reconnue.

« *Art. L. 4393-25.* – Sont déterminés par décret en Conseil d'État :

« 1° La composition et le fonctionnement de la commission mentionnée à l'article L. 4393-21 et les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation ;

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

« 2° Les modalités de vérification des qualifications professionnelles mentionnées à l'article L. 4393-23. » ;

3° Le chapitre IV est complété par un article L. 4394-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4394-5.* – L'usage sans droit de la qualité d'assistant de régulation médicale ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de cette profession est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables de ce délit, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du même code. Elles encourent les peines prévues pour le délit d'usurpation de titre aux articles 433-17 et 433-25 dudit code. »

II. – L'article L. 4393-19 du code de la santé publique ~~entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.~~

Article 4 *undecies* (nouveau)

I. – Le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « limite », sont insérés les mots : « de trois mois, par délivrance » ;

2° Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le médecin prescripteur en est informé par des moyens de communication sécurisés. »

II. – Au premier alinéa du VII de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, les mots : « d'un » sont remplacés par les mots : « de trois ».

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

II. – L'article L. 4393-19 du code de la santé publique ne fait pas obstacle, jusqu'au 1^{er} janvier 2026, à l'exercice de la profession d'assistant de régulation médicale par des personnes qui ne sont pas titulaires du diplôme mentionné au même article L. 4393-19, dans des conditions fixées par décret.

②

**Article 4 *undecies*
(Conforme)**

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

Article 4 duodecies (nouveau)

~~Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'opportunité et la faisabilité du maintien des dispositions de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui conditionnent la prise en charge par l'assurance maladie d'une consultation d'un médecin spécialiste à un adressage préalable par un médecin généraliste.~~

~~Ce rapport porte au minimum sur les dimensions médicale, sanitaire, sociale, financière et humaine de ces dispositions.~~

~~Il porte une réflexion globale sur l'accès direct aux professionnels de santé.~~

~~Il fait des propositions qui améliorent l'accès de tous les assurés sociaux à tous les professionnels de santé.~~

Article 4 terdecies (nouveau)

I. – À titre expérimental, pour une durée de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut autoriser, dans cinq départements, les pharmaciens biologistes à pratiquer le prélèvement cervico-vaginal réalisé dans le cadre du dépistage du col de l'utérus.

II. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le bilan de la mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I. Ce rapport s'attache à évaluer la pertinence du dispositif expérimenté, en particulier le nombre de dépistages réalisés et la diminution des cas de cancer du col de l'utérus. Il évalue également les modalités et le coût d'une généralisation du dispositif.

III. – L'expérimentation prévue au I est mise en œuvre selon des modalités fixées par décret.

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

**Article 4 duodecies
(Supprimé)**

Article 4 terdecies

I. – À titre expérimental, pour une durée de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut autoriser, dans cinq départements, les pharmaciens biologistes à pratiquer le prélèvement cervico-vaginal réalisé dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. ①

II et III. – *(Non modifiés)* ②

Article 4 quaterdecies (nouveau)

**Texte adopté par l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le Sénat en première
lecture**

Le code de la santé publique est ainsi
modifié :

①

1° Le deuxième alinéa de
l'article L. 6211-3 est remplacé par
deux alinéas ainsi rédigés :

②

« Les professionnels de santé, ou
certaines catégories de personnes, listés par un
arrêté du ministre chargé de la santé, peuvent
réaliser l'ensemble de ces tests, ces recueils et
ces traitements de signaux biologiques. L'arrêté
prévoit, le cas échéant, les conditions de
réalisation de ces tests, ces recueils et ces
traitements de signaux biologiques, ainsi que les
conditions de formation des professionnels et
des catégories de personnes autorisés à les
réaliser.

③

« Cet arrêté, après avis de la commission
mentionnée à l'article L. 6213-12 et du
directeur général de l'Agence nationale de
sécurité du médicament et des produits de santé,
exclut, le cas échéant, les tests, les recueils et les
traitements de signaux biologiques ne pouvant
pas être réalisés. » ;

④

2° À la fin de l'article L. 6433-1, les
mots : « n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont
remplacés par les mots : « n° du portant
amélioration de l'accès aux soins par la
confiance aux professionnels de santé ».

⑤

Article 5
(Supprimé)

Article 5
(Suppression conforme)