

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

98^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du jeudi 26 novembre 2020

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



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. HUGUES RENSON

1. Amélioration du système de santé par la confiance et la simplification (p. 10493)

DISCUSSION GÉNÉRALE (*suite*) (p. 10493)

M. Jean-Pierre Door
 M. Cyrille Isaac-Sibille
 Mme Gisèle Biémouret
 Mme Annie Chapelier
 Mme Valérie Six
 Mme Jeanine Dubié
 Mme Delphine Bagarry

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 10498)

Avant l'article 1^{er} (p. 10498)

Amendement n° 150
 Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales
 M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé

Article 1^{er} (p. 10499)

M. Philippe Vigier
 Mme Sereine Mauborgne
 M. Jean-Pierre Door
 Mme Annie Chapelier
 Amendements n°s 190, 310, 337, 26, 35, 124, 151, 234 et 232
 Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission des affaires sociales
 Amendement n° 479
 Sous-amendements n°s, 512

Après l'article 1^{er} (p. 10505)

Amendements n°s 33, 349, 195, 152, 123, 89, 90, 194, 285, 233, 196, 5, 138 rectifié, 171, 186, 327 et 446, 148

Sous-amendements n°s 506 et 507, 508

Suspension et reprise de la séance (p. 10507)

Article 1^{er} bis (p. 10507)

M. Jean Lassalle

Après l'article 1^{er} bis (p. 10508)

Avant l'article 2 (p. 10509)

Article 2 (p. 10509)

Amendements n°s 354, 356, 502, 266

Mme Aurore Bergé

Mme Annie Chapelier

M. Jean Lassalle

Amendements n°s 135, 183 et 475

Après l'article 2 (p. 10510)

Article 2 bis (p. 10512)

Amendements n°s 236 et 275, 435, 106, 44, 430, 60, 229, 204

M. Thibault Bazin

Article 2 ter (p. 10513)

Amendement n° 133 et 184

Mme Annie Chapelier

Article 2 quater (p. 10514)

Amendements n°s 509, 36 et 62, 331, 421 et 448

Mme Annie Chapelier

Après l'article 2 quater (p. 10515)

Article 2 quinquies (p. 10518)

Amendements n°s 267, 115, 463, 181, 296, 351, 283, 334, 298, 200, 436, 11, 333, 223

Sous-amendements n°s 515, 516

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 10518)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

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

1

AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION

Suite de la discussion d'une proposition de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n^{os} 3470, 3598).

DISCUSSION GÉNÉRALE *(suite)*

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits dans la discussion générale.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le ministre, vous pouvez retirer votre écharpe, car il va faire très chaud tout à l'heure.

Madame la rapporteure de la commission des affaires sociales, « Confiance et simplification » : c'est un curieux titre pour cette proposition de loi, qui suscite en réalité de la défiance et introduit des mesures disparates ainsi qu'une gouvernance assez peu lisible. Ce n'est pas une véritable réforme, ce que d'ailleurs vous assumez. Au reste, une réforme de la gouvernance n'est de toute façon possible que si toutes les parties prenantes s'estiment associées à son élaboration.

L'objectif de la proposition de loi, dites-vous, serait de traduire certaines mesures issues des conclusions du Ségur de la santé. Notons que le texte initial commençait mal : son chapitre I^{er} était consacré à la création d'une profession médicale intermédiaire qui venait concrétiser la mesure n^o 7 du Ségur, voulue par le ministre des solidarités et de la santé et destinée à porter remède à la désertification médicale. Or cette mesure n'a pas été ratifiée et les syndicats de médecins l'ont absolument rejetée. Pour l'ordre des médecins, qui s'y est opposé, la priorité reste de mettre en œuvre des pratiques avancées et de faire évoluer les professions de santé existantes.

Pourquoi, alors, une telle précipitation ? Pourquoi en rajouter par rapport à la réforme des études de santé, qui a débuté il y a peu de temps ? Devant le tollé qu'elle a

provoqué dans le monde médical, vous avez renoncé à ce que vous considérez comme la mesure phare de cette proposition de loi, et cela vous a poussé au rétropédalage. Vous avez dû réécrire celle-ci pour remplacer cette mesure mort-née. Le texte de la commission des affaires sociales commence désormais à brûle-pourpoint par un article demandant la remise au Parlement d'un rapport « dressant un état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération ».

Madame la rapporteure, vous vous dites convaincue d'avancer sur le sujet de la résorption des déserts médicaux. Ne vaut-il pas mieux reconnaître le rôle essentiel des infirmiers comme composante du premier recours ? Il est dommage que notre proposition d'instituer une consultation infirmière d'évaluation et d'orientation pour la prise en charge des affections bénignes ou des petites plaies ait été rejetée au motif qu'elle contrevenait aux dispositions de l'article 45 de la Constitution.

Nous contestons aussi, de surcroît, les compétences que vous attribuez aux GHT – groupements hospitaliers de territoire –, en particulier la concentration des fonctions support. Comme le conseille la Cour des comptes, nous souhaitons au contraire une stratégie de groupement au plus près des professionnels de santé, des élus et des besoins de la population, ainsi que le renforcement des liens de proximité au sein de chaque territoire. Nous défendrons ainsi des amendements visant à modifier ces dispositions, qui ont d'ailleurs été ajoutées sans aucune concertation préalable.

Au lieu d'établir la confiance revendiquée par le titre de la proposition de loi, c'est de la défiance que vous instaurez vis-à-vis de l'échelon local des territoires et des hôpitaux périphériques. Pourtant, la crise sanitaire que nous traversons révèle un système de santé trop éloigné des problématiques de territoire. En plus des professionnels hospitaliers, ce sont les acteurs locaux, les maires, les conseillers départementaux et les médecins de première ligne qui ont été confrontés à la gestion de l'urgence. Ils ont rempli leur tâche, et nous devons tous les remercier.

L'article 4 est assez conflictuel. La nomination d'un praticien hospitalier doit appartenir au directeur de l'hôpital sur avis de la commission d'établissement. Laissons donc le choix, au niveau local, parmi les candidats qui peuvent postuler, comme le souhaite le groupement des directeurs des hôpitaux de France.

Vous voulez aussi forcer l'intégration des GHT, qui n'ont que quatre ans d'existence, en confiant systématiquement à l'établissement support du groupement la direction commune de tout établissement partie dont le poste de direction est vacant. Encore une fois, vous avez réécrit l'article 7 pour donner l'apparence d'un choix : l'intérim est confié au GHT et, à l'issue d'un délai d'un an, la seule possibilité offerte au directeur de l'agence régionale de santé – ARS – est de confier la direction de l'établissement partie à l'établissement support, le comité stratégique, le comité territorial des élus locaux et le conseil de surveillance de l'établissement partie n'émettant qu'un simple avis.

Je connais l'implication de Mme Stéphanie Rist dans le domaine des GHT, mais notre avis diffère du sien sur certains points. Nous contestons le fait que la prise de direction intérimaire soit systématiquement décidée par le haut. Nos hôpitaux parties doivent être conduits par une direction locale, et la mutualisation à marche forcée des GHT est selon nous une erreur. Faisons confiance : la direction commune n'est ni nécessaire ni suffisante s'agissant de l'intégration des équipes médicales au sein des GHT, d'après les termes employés par la Cour des comptes lors de son audition.

Je le répète à Mme Rist : même réécrite, la proposition de loi continue à susciter des oppositions. Elle pêche finalement par un excès d'hospitalo-centrisme et par une totale absence de réforme de la gouvernance. Aussi réservons-nous notre vote, en particulier en fonction de l'évolution des articles 4 et 7.

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il y a quelques mois, à la fin du mois de juillet dernier, le Ségur de la santé a apporté des réponses aux difficultés rencontrées par nos hôpitaux publics à la suite de la crise sanitaire qui a ébranlé notre système de santé.

Après la signature des accords du Ségur, ce ne sont pas moins de 8,2 milliards d'euros qui ont été mobilisés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des EHPAD publics, ainsi que pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public. Ces premières mesures financières, qui ont constitué un geste politique fort, ont fait office de bouffée d'oxygène pour l'ensemble des acteurs publics.

Aujourd'hui, à travers la proposition de loi de notre collègue Stéphanie Rist, nous sommes amenés à débattre d'une part des engagements organisationnels non financiers du Ségur, d'autre part des propositions de la rapporteure pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital public. Or notre système de santé repose sur trois piliers : l'hôpital public, auquel se consacre la PPL ; la santé salariée ou gérée par des ESPIC – établissements de santé privés d'intérêt collectif – à but non lucratif ; enfin, la médecine libérale, avec ses établissements privés et ses professionnels libéraux exerçant dans nos villes et nos campagnes.

C'est animé par une vision universaliste, qui promeut la convergence de ces trois systèmes d'activité, que le groupe Mouvement démocrate (MoDem) et démocrates apparentés aborde ce texte. Nous voulons favoriser la mixité des modes d'exercice, susceptible d'intégrer l'ensemble des établissements de santé – qu'ils soient publics, associatifs ou privés –, des hôpitaux de proximité et tous les acteurs libéraux. C'est bien l'esprit du travail que nous avons mené depuis le début de la législature, autour de la stratégie « Ma santé 2022 ».

Après de riches échanges avec l'ensemble des acteurs concernés lors des auditions, nous devons nous féliciter – et particulièrement la rapporteure – du fait que le débat parlementaire a d'ores et déjà permis, en commission, de trouver des points de convergence. Toutefois, des points de discussion, mis en exergue durant l'examen en commission, demeurent : je pense notamment à l'article 1^{er} et à l'article 7.

Si nous saluons le travail de réécriture de Mme la rapporteure sur l'article 1^{er}, nous pensons que c'est à notre assemblée de se saisir de cette question à travers une mission flash, initiative qui doit permettre au Parlement de formuler des propositions. J'ai ainsi transmis à la présidente de la commis-

sion des affaires sociales une demande en ce sens ; elle sera étudiée lors de la prochaine réunion de notre bureau de commission, et j'ai bon espoir d'être entendu.

Quant à l'article 7, la proposition de réécriture adoptée en commission continue à nous interroger. Mme la rapporteure souhaite aller vers plus d'intégration des établissements publics au sein des GHT, alors que nous nous prononçons pour davantage d'intégration et de convergence dans un bassin de vie, entre établissements publics, privés, ESPIC et médecine de ville, grâce aux CPTS – communautés professionnelles territoriales de santé – telles que les groupements de coopération sanitaire.

Il nous apparaît en effet essentiel de renforcer les liens entre tous les acteurs du système de santé, afin de leur donner des perspectives à long terme. La crise que nous traversons nous conforte dans cette analyse, et je remercie M. le ministre de l'avoir précisé tout à l'heure.

Nous pensons qu'il est utile, voire nécessaire de construire des ponts et des passerelles entre tous les acteurs, quel que soit leur mode d'exercice. C'est pourquoi le groupe MoDem et démocrates apparentés défendra des amendements susceptibles d'ouvrir l'hôpital public vers ses partenaires. C'est notamment le cas de celui déposé par mon collègue Philippe Vigier en faveur du développement d'une structure de collaboration entre établissements publics de santé, cliniques privées et professionnels libéraux réunis au sein d'une CPTS.

L'amendement visant à donner la possibilité aux médecins des ESPIC de pratiquer une activité libérale a malheureusement été jugé irrecevable, très précisément à seize heures trente-trois, et je le regrette fort. En commission, on nous avait dit que nous pourrions avoir une discussion sur le sujet avec le ministre, mais nous n'en aurons pas la possibilité.

Ensuite, l'amendement visant à préciser la notion de vacance de poste est le point de départ de la réflexion que nous devons mener sur la création d'une direction commune.

Notre groupe avait par ailleurs déposé un amendement traduisant les dispositions d'une proposition de loi visant à labelliser les structures qui proposent une prise en charge de soins non programmés n'entraînant pas de pronostic vital, les fameux PASI – points d'accueil pour soins immédiats –, dont l'hémicycle avait adopté le principe à l'unanimité. Malheureusement, là encore, l'amendement a été jugé irrecevable par les services de la séance ; on se demande bien pourquoi.

Nous attendons donc beaucoup de cette discussion en séance, afin de prolonger avec M. le ministre les riches débats que nous avons eus ; ce sera nécessaire pour améliorer et clarifier certaines dispositions du texte. Je nous souhaite un bon travail. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Dem. – Mme la rapporteure applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Quand on a l'ambition d'améliorer le système de santé, on ne peut pas se reposer uniquement sur de la confiance et de la simplification. Une telle ambition nécessite avant tout qu'on s'appuie sur une évaluation et une expertise sérieuses, permettant au législateur d'arbitrer des choix qui peuvent s'avérer lourds, notamment pour l'hôpital public.

Or, la nature même de votre texte nous empêche de bénéficier de l'avis du Conseil d'État ainsi que d'une étude d'impact, qui aurait pourtant pu nous renseigner sur les conséquences des modifications que vous souhaitez intro-

duire, par exemple au niveau des GHT. Nous le regrettons fortement et vous l'avons rappelé dans notre motion de rejet préalable.

Alors qu'elle était annoncée comme la transposition des mesures non budgétaires du Ségur de la santé, nous constatons que seule la moitié des articles de la PPL y fait référence. Il est vrai que les conclusions de cette consultation, présentées le 10 juillet dernier aux organisations syndicales, ne contenaient que peu de grandes avancées concernant les pistes de réorganisation de notre système de santé.

Pour le reste, vous introduisez des mesures disparates et sans cohérence, qui forment un texte composite dont certaines dispositions sont dangereuses et suscitent une opposition importante de la part des ordres, des syndicats, des professionnels et même, à l'issue des travaux de la commission, des sapeurs-pompiers.

Je ne reviendrai pas sur la cacophonie de l'article 1^{er} et la création, menée tambour battant, d'une profession intermédiaire, destinée vraisemblablement aux déserts médicaux. Face au tollé que vous avez provoqué en voulant enjamber la concertation promise à l'issue du Ségur, il vous a fallu le réécrire en urgence. Il n'en reste pas moins que cette profession, dont le rôle et les missions restent obscurs, risque d'aboutir à une médecine à deux vitesses et, partant, de créer une inégalité géographique et sociale devant la maladie.

Dans le but de résoudre les difficultés d'accès aux soins de nos concitoyens dans les territoires, vous introduisez dans ce texte des modifications aux conséquences graves pour l'autonomie des hôpitaux de territoires, notamment pour les hôpitaux ruraux. En donnant davantage de pouvoirs aux établissements supports des GHT et en éloignant encore plus les réponses aux besoins en santé des usagers, les articles de votre proposition de loi concernant les GHT vont, de manière très surprenante, à l'encontre de ce que prône votre stratégie « Ma santé 2022 ». Ils contreviennent même à l'esprit de la création des GHT, qui n'avait en aucun cas pour but de procéder à une centralisation totale des pouvoirs au sein des établissements supports. Certes, à l'issue de nos travaux en commission, le principe d'automatisme des directions communes a laissé place à un intérim d'un an, mais, au final, cela ne fera que retarder légèrement l'instauration de directions communes.

Chaque directeur d'hôpital doit conserver son autonomie. Car si rien ne peut nous garantir que cette complexification de l'administratif aboutira à ce que les patients soient mieux soignés, nous observons en revanche que ce dispositif est davantage dirigé vers un objectif d'économies budgétaires que vers celui d'une amélioration de la qualité des soins.

En vous fondant sur les études de l'IGAS – Inspection générale des affaires sociales – et de la Cour des comptes, qui se sont limitées aux seuls aspects financiers, vous êtes, en réalité, en train de changer insidieusement la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Le GHT est un outil de coopération dans lequel chaque établissement de santé occupe une place stratégique. Il n'existe d'ailleurs pas de GHT type : chacun a ses propres contraintes structurelles, géographiques, démographiques, historiques, raison pour laquelle chaque établissement a un rôle important à jouer dans le maillage territorial.

Comme je l'ai rappelé en commission, l'existence de certains hôpitaux tient à un combat permanent des soignants, médecins et personnels administratifs. Si l'échelon du directeur, leur porte-parole et défenseur de

l'établissement, disparaît, l'établissement risque de périliter et, partant, que les décisions soient prises, à son détriment, par le directeur de l'établissement support.

L'examen de ce texte aurait pu être l'occasion d'un débat et d'une réforme de la gouvernance hospitalière, mais le choix d'une procédure accélérée nous empêchera d'approfondir nos travaux. Notre groupe ne votera donc pas dans l'urgence ce texte, qui présente des dispositions trop graves et non évaluées pour les hôpitaux de proximité.

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier, *Primum non nocere*, autrement dit : avant tout, il importe de ne pas nuire. Ce principe de prudence, que les médecins apprennent dès leurs premières années, doit être le nôtre ce soir. Les réformes que nous proposons au monde de la santé, donc à la France tout entière, doivent être tangibles, apporter une réelle amélioration et répondre aux besoins de simplification réclamés de toutes parts.

Le chantier est donc gigantesque, et la proposition de loi n'a pas vocation à remédier à toutes les difficultés, mais, face à un texte annoncé comme la traduction de la concertation du Ségur, les attentes ne pouvaient être qu'énormes. Les soignants ont observé le milieu de la santé avec une attention et un réalisme dont ils n'ont pas à rougir : aujourd'hui, les compétences, la technicité et le rôle sociétal des professions de santé ne peuvent plus être ignorés.

Nous devons nous fonder sur la réalité du terrain, en partant de celles et ceux sans lesquels le système de santé n'existerait tout simplement pas. Si à quelque chose, malheur est bon, la crise sanitaire aura permis qu'un nouveau regard soit porté sur la santé : ne manquons pas cette opportunité. Le chemin est encore long, et tous les secteurs – économique, social et environnemental – appellent notre diligence, mais nous ne pouvons nier qu'aujourd'hui, celui de la santé conditionne tous les autres. Ce sera toujours le cas demain et, même si les chiffres de l'épidémie s'améliorent, nous ne devons oublier ni notre responsabilité à apporter une véritable réponse, ni notre devoir de rompre avec les décisions qui n'ont fait qu'affaiblir, année après année, notre système de santé.

La proposition de loi comporte des avancées que je tiens à saluer, comme le renforcement de l'encadrement de l'intérim médical et l'élargissement des actes pouvant être effectués par les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes, même si je regrette que cet élargissement n'ait pu être ouvert à d'autres professions, les amendements y tendant ayant été jugés irrecevables. Je voudrais également saluer notre collègue Stéphanie Rist pour son écoute permanente, et la remercier d'avoir fait évoluer le texte, à la suite des auditions, lors des débats en commission.

Cependant, le groupe Agir ensemble souhaite revenir plus particulièrement sur trois articles ayant orienté les débats lors de l'examen en commission.

Tout d'abord, l'article 1^{er}, qui tendait à créer une profession médicale intermédiaire, a provoqué une levée de boucliers qui ne pouvait être ignorée. Notre groupe espère donc que la réécriture de cet article marquera un nouvel élan pour le développement des pratiques avancées, qui, parce qu'elles offrent perspectives d'évolution et transversalité, sont attendues des professionnels de santé. Ces pratiques constituent l'échelon intermédiaire sur lequel notre système de santé peut, et doit, renaître, mais elles ne peuvent se développer sans qu'on avance sur la réingénierie et l'universitarisation des

formations, qui conditionnent totalement toutes les perspectives d'évolution des professions de santé et n'ont donc que trop tardé. Elles ne peuvent souffrir un énième report.

Par ailleurs, l'article 7, dont on a beaucoup parlé et sur lequel notre groupe a déjà fait part de ses réserves, tend vers davantage d'intégration entre les établissements hospitaliers, afin de permettre une meilleure prise en charge des patients dans les territoires et d'assurer une égalité d'accès aux soins. Si nous partageons évidemment cet objectif, nous considérons cependant que l'instauration d'une direction commune doit constituer l'aboutissement d'une démarche de coopération, en concertation étroite avec des acteurs locaux : l'imposer unilatéralement, comme le prévoit cet article, n'est pas une bonne méthode. Davantage d'intégration constitue parfois un progrès pour les équipes soignantes et pour les patients, mais ce n'est pas le cas partout. Parfois, cela ne marche pas : il faut aussi entendre ces réalités et les craintes exprimées par les centres hospitaliers locaux et les hôpitaux de proximité.

À l'initiative de la rapporteure, nos travaux en commission ont permis d'introduire des garde-fous s'agissant de l'intérim médical. Sa durée ne peut désormais excéder un an, et la décision de confier la direction de l'établissement concerné revient à l'ARS après avis de l'ensemble des parties prenantes préalablement à la fusion. Cependant, nous regrettons que la commission n'ait pas jugé bon de subordonner la fusion des établissements à un avis conforme des instances : nous y reviendrons lors de l'examen des amendements. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – MECSS – entamant en janvier un cycle d'évaluation des GHT, quatre ans après leur création, peut-être serait-il pertinent d'attendre les conclusions de ses travaux avant d'aller plus loin dans l'approfondissement des GHT.

Enfin, s'agissant de l'article 14, qui prévoit la création d'une plateforme nationale à destination des personnes en situation de handicap, nous nous interrogeons fortement sur l'association des départements et l'utilité de créer une couche supplémentaire qui pourrait s'avérer redondante avec les actions départementales. Nous attendons donc du Gouvernement qu'il apporte des clarifications sur ce sujet.

Comme vous le voyez, notre groupe aborde donc l'examen de la proposition de loi dans un esprit constructif et ouvert au débat. Nous sommes convaincus de la possibilité de parvenir à une rédaction qui conviendra à tous, en particulier concernant l'article 7.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Nous avons déjà largement évoqué les constats auxquels nous a conduits la crise sanitaire actuelle : bureaucratisation du temps médical, concentration des médecins et des hôpitaux, manque d'attractivité des professions paramédicales ou des spécialités, répartition inégale des budgets dans les territoires. Or, s'il a mis en lumière l'extraordinaire force de nos soignants, le virus a également révélé l'incapacité de notre système de santé à réduire les inégalités sociales face à la maladie.

La grande consultation du Ségur de la santé avait pour objectif d'envisager la hausse des rémunérations promise, d'améliorer les conditions de travail et la prise en charge des malades à l'hôpital. À défaut de prendre en compte l'ensemble des professionnels de santé, le projet de loi de financement de la sécurité sociale – PLFSS – pour 2021, que l'Assemblée vient d'adopter définitivement, prévoit des mesures importantes concernant l'investissement dans les établissements, les revalorisations salariales, le recrutement

de nouveaux personnels et l'augmentation significative de l'ONDAM – objectif national des dépenses d'assurance maladie. Nous aurions préféré que les mesures non budgétaires du Ségur fassent l'objet d'un projet de loi, et soit donc présenté par le Gouvernement, car cela aurait permis de disposer d'une étude d'impact et de l'avis du Conseil d'État, mais vous avez fait un autre choix.

Reste que ce texte ne permet pas de distinguer une mobilisation massive du système de santé en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, il ne dit rien de la capacité de notre organisation à appréhender la diversité des situations sanitaires dans les territoires et à rattraper les situations les plus alarmantes, résultat d'un passé industriel, de spécificités économiques, de situations sociales fragiles et de caractéristiques démographiques, forcément différentes d'une région à l'autre : il n'y a pas un, mais plusieurs états de santé, en fonction des régions, et auxquels on ne saurait apporter que des réponses différenciées.

Sur la forme, nous partageons les objectifs du titre du texte : la réforme de notre système de santé doit passer par plus de confiance et de simplification envers et pour ses professionnels. D'ailleurs, les divers articles permettant de donner plus de souplesse aux établissements pour s'organiser librement et favoriser les recrutements nous semblent aller dans le bon sens.

Cependant, sur le fond, la proposition de loi que nous examinons aujourd'hui est bien éloignée du texte initial : beaucoup de modifications opérées en commission des affaires sociales, la semaine dernière, ont permis de lever des incohérences.

Je pense notamment à l'article 1^{er}, dont la rédaction initiale avait pour objectif de donner un cadre légal à une nouvelle profession médicale intermédiaire. La marche arrière finalement opérée en la matière nous a rassurés, tout comme l'ensemble des professionnels de santé, en particulier les médecins, dont l'ordre avait menacé de ne plus participer aux discussions sur cette profession intermédiaire si l'article n'était pas retiré. De fait, les Français ayant déjà du mal à s'orienter dans le système de soins, créer une nouvelle profession aurait ajouté de la confusion sans débloquent le cloisonnement important existant actuellement entre les métiers.

Nous espérons que l'article 7, qui porte sur l'accélération de l'intégration au sein de groupements hospitaliers de territoires, connaisse le même sort : en effet, cette intégration nous semble relever d'une démarche autoritaire qui ne correspond pas au volontariat affiché dans la stratégie « Ma santé 2022 ». Il existe actuellement 135 GHT sur notre territoire, présentant chacun des tailles, des histoires, des organisations différentes. Des intégrations et des directions communes existent déjà, qui sont la volonté des acteurs désirant aller au-delà d'un projet médical partagé : faisons leur confiance pour organiser des structures au plus proche des besoins des patients, tout en permettant aux établissements de conserver une direction autonome, même en cas de vacance de poste pendant une période donnée, si cela est nécessaire.

Par ailleurs, l'introduction par amendement de l'article 7 bis, relatif au service universel d'appel d'urgence, nous semble inappropriée. Même si cette proposition est dans la droite ligne du rapport « Pour un pacte de refondation des urgences », remis en décembre 2019 par notre rapporteur général, et que, face à encombrements constatés, la simplification et la mise en cohérence de l'organisation des appels d'urgence doivent être envisagées, cette disposition est loin de faire consensus : des expérimentations sont en cours, laissons-

leur le temps d'être évaluées. Cette question mérite un texte spécifique et un débat éclairé, c'est pourquoi nous défendons un amendement de suppression de l'article.

Nous souhaitons également que nos débats puissent aborder l'enjeu des effectifs de personnels dans nos établissements de santé. Beaucoup de soignants ont la sensation de ne pas pouvoir exercer leurs fonctions correctement, de bâcler leur travail et de ne pas accorder une attention suffisante aux patients dont ils ont la charge. Il nous semble donc indispensable de tenir compte de cette revendication cruciale des infirmiers et aides-soignants pour améliorer la qualité des soins. Les enjeux sont connus de tous : il s'agit notamment de lutter contre un taux de rotation et d'absentéisme importants.

Pour conclure, je veux rappeler notre ambition première, qui est de nous donner enfin les moyens de lutter contre un paradoxe français : un bon état de santé moyen, mais des inégalités se creusant dès le plus jeune âge et se maintenant tout au long de la vie.

M. le président. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Annoncées au plus fort de la première vague de l'épidémie de covid-19, les concertations du Ségur étaient plus qu'attendues. Quoi de plus normal, quand on connaît l'état de notre hôpital public et, plus largement, de notre système de santé, dont les failles et dysfonctionnements sont apparus, béants, dans la crise ?

Les déceptions qui s'expriment depuis le mois de juillet sont à l'aune des espoirs suscités. Un premier ensemble de mesures d'ordre budgétaire a été inscrit au sein du PLFSS pour 2021, qui vient d'être adopté ; en dépit d'avancées majeures, des incompréhensions et des frustrations ont été relevées, concernant en particulier les revalorisations salariales, dont certaines professions médico-sociales sont toujours exclues.

Vous nous présentez maintenant une proposition de loi pour le moins hétéroclite, qui se veut une traduction des mesures non budgétaires du Ségur. Je dois dire que je l'ai abordée avec circonspection, puis, à l'issue de son examen en commission, avec une franche interrogation : pourquoi procéder ainsi ? Pourquoi cette précipitation alors que des concertations sont en cours ? Certes, ce texte remédie à certaines situations dont nous avons été saisis : je pense notamment à la réintroduction du service comme unité fonctionnelle ou aux dispositions permettant davantage d'adaptations locales. Cependant, encore une fois, pourquoi l'examiner au moment où un comité de suivi du Ségur vient à peine d'être installé ; pourquoi les travaux de celui-ci n'ont-ils pas préfiguré cette proposition de loi ? S'agissant d'un sujet aussi important, structurant, la concertation est la clé de la réussite ; or presque tous les acteurs concernés nous ont confié leur surprise et leur déception.

Madame la rapporteure, les nombreuses modifications introduites en commission montrent que vous avez souhaité prendre en considération les retours des acteurs de terrain : je vous en remercie. La suppression de l'article 1^{er}, où figurait une mesure phare du texte, révèle l'absence de consensus sur le sujet et par conséquent la nécessité de poursuivre la discussion avec tous les professionnels. Le groupe Libertés et territoires reconnaît néanmoins que vous avez su faire preuve d'écoute en proposant de retrancher de cet article les dispositions visant à créer une profession médicale intermédiaire, laquelle n'était en fait qu'une coquille vide aux contours peu précis. Ainsi la nouvelle version du chapitre 1^{er} est-elle plus satisfaisante : nous

espérons qu'elle permettra de développer la pratique avancée et les protocoles de coopération, dossiers qu'il faut faire progresser.

Notre groupe insiste également sur la nécessité d'une réflexion concernant la formation et la rémunération des auxiliaires médicaux concernés. Il en va de même pour les sages-femmes, qui voient leurs compétences élargies : c'est une bonne chose, mais nous ne pouvons étendre ainsi continuellement leur champ d'intervention sans améliorer leur statut. Il subsiste de nombreux freins à la pleine reconnaissance de leur statut médical, en particulier à l'hôpital, ce qui contribue à leur mal-être, voire à leur colère. Je rappelle que leur situation n'a pas été traitée dans le cadre du Ségur.

Le chapitre III, « L'attractivité du poste de praticien hospitalier dans les établissements publics de santé », poursuit quant à lui un but intéressant, mais il ne propose pas de solutions concrètes en vue de fluidifier la procédure de recrutement. Celui-ci restera d'ailleurs insuffisant tant que nous n'aurons pas réglé le problème de la rémunération et des conditions de travail, ce qui m'amène au dernier point de mon intervention : la gouvernance. Le Ségur a rappelé l'ampleur des carences de l'hôpital public en matière de prise en compte des besoins du territoire et de représentation des acteurs de terrain. À force de décisions plus administratives et budgétaires que médicales, l'organisation de certains établissements a perdu en cohérence et ne répond plus aux besoins des patients.

Dès lors, les dispositions concernant le développement des GHT demeurent problématiques, dans la mesure où elles ne laissent pas suffisamment de place à l'initiative locale. Il faut laisser la main aux acteurs de terrain et aux élus locaux ; il faut surtout ne pas forcer l'intégration lorsque celle-ci n'est pas souhaitée par les intéressés. De manière générale, la gouvernance doit conduire à une meilleure représentation des personnels médicaux et paramédicaux, et associer davantage les usagers comme les élus. Notre groupe formulera des propositions en ce sens, afin que la démocratie sanitaire soit réellement exercée. C'est ainsi que nous pourrions effectivement réintroduire de la confiance en vue de l'amélioration de notre système de santé. Le groupe Libertés et territoires se prononcera sur ce texte à l'issue des débats, car le sujet est bien trop important pour se satisfaire d'approximations.

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. La crise sanitaire exceptionnelle provoquée par la covid-19 a mis en exergue, aux yeux de tous les Français, le manque de moyens financiers, matériels et humains de l'hôpital public, ainsi que son organisation déficiente. Faute de financements suffisants, il vit sur le fil du rasoir, sauvé par des réformes successives qui peinent à se déployer dans les territoires, entraînant parfois des atteintes à la qualité des soins.

Les lois de financement de la sécurité sociale, ainsi que la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ont eu pour premier objectif de remédier à ces nombreuses difficultés en abattant les cloisons entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social, en sortant de la seule tarification à l'activité pour les hôpitaux, en créant les conditions d'une coopération territoriale, d'une coopération entre les professionnels de santé, d'une meilleure couverture médicale, permise par la réforme des études de médecine. Ces réponses sont malgré tout restées insuffisantes, en raison de la pression sur l'hôpital public, qui ne cesse de s'intensifier, mais aussi de choix politiques contradictoires. En 2019, par exemple, aux profes-

sionnels de santé qui manifestaient pour dénoncer leurs conditions de travail et l'insuffisance de leurs salaires, le Gouvernement a répondu à côté: il a fait participer la sécurité sociale au remboursement de la dette de l'État.

La réaction exemplaire de ces mêmes professionnels à la crise de la covid-19 a changé la donne. Il fait désormais consensus que les professionnels du soin médical et non médical doivent voir leur salaire revalorisé, et surtout être entendus. C'est dans cette perspective que le premier volet du Ségur de la santé a débouché sur des accords concernant les carrières, les métiers et les rémunérations, et qu'un second volet a été consacré à la gouvernance de l'hôpital. La proposition de loi ne constitue pas une réponse aux attentes exprimées lors de ce dernier, mais elle comble quelque peu les lacunes de « Ma santé 2022 ».

Si le chapitre IV concerne la gouvernance des établissements de santé, il n'aborde pas celle de l'organisation générale des soins. Je regrette cette occasion manquée de débattre au Parlement des relations entre les administrations déconcentrées de l'État, les collectivités territoriales et les soignants. Un consensus se dégage pourtant sur le fait que les ARS sont trop éloignées des territoires, et sur la nécessité de doter leurs délégations départementales de réelles capacités de décision en coconstruction: cette demande a en tout cas été formulée lors de chacun des quatre ateliers que j'avais organisés dans le cadre de mon Ségur départemental.

Alors que nous essayons de remettre les soignants au cœur des organes décisionnaires des hôpitaux, il nous faut sortir d'un système ambulatoire médico-centré: à ce titre, je salue la présence dans ce texte de dispositions visant à réaffirmer la place essentielle de chaque acteur au sein du système de santé, en particulier l'article 1^{er} bis, qui a trait au déploiement dans nos territoires de protocoles de coopération. Ceux-ci constituent à la fois un véritable outil de coopération entre professionnels de santé et un dispositif de simplification de l'exercice. Aux yeux de la députée et du médecin de campagne que je suis également, cet article permettra un progrès évident dans la pratique quotidienne des professionnels de santé.

Les articles 2 et suivants reconnaissent quant à eux les compétences des sages-femmes; ce faisant, ils amélioreront forcément l'accès à certains soins. Je tiens particulièrement à saluer l'adoption en commission de l'article 2 ter, qui prolonge le travail transpartisan entamé par la proposition de loi d'Albane Gaillot visant à renforcer le droit à l'avortement. Adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 8 octobre, à l'occasion de la journée d'initiative parlementaire de l'éphémère et regretté groupe Écologie démocratie solidarité, ce texte visait à ouvrir aux sages-femmes la possibilité de pratiquer des IVG instrumentales. Il s'agit là d'une possibilité attendue aussi bien par les femmes que par les professionnels de santé.

Enfin, j'exprime mon profond regret de voir figurer dans ce texte l'article 7 bis, qui concerne le numéro dévolu au service d'accès aux soins. Le conserver aboutirait à rendre moins lisibles les divers numéros d'urgence et irait à l'encontre de la vraie réforme à opérer en la matière, à savoir l'instauration d'un numéro unique, facilitant la coopération entre les services chargés des sécurités publique, civile et sanitaire. Les expérimentations allant dans le sens d'une fusion du 17, du 18 et du 15 sont prometteuses: la réponse gagne en agilité et en rapidité.

Cette proposition de loi n'embrasse pas l'ensemble du Ségur. Ses auteurs ont su entendre certaines des demandes formulées par les professionnels de santé, et y répondre;

toutefois, il faudra encore parcourir un long chemin pour que les Français aient confiance en notre système de soins, pour que les professionnels soient certains de pouvoir faire du bon travail, car nous ne pourrions améliorer la qualité de celui-ci qu'en fonction des conditions dans lesquelles il est réalisé et donc des moyens humains. Ce constat vaut pour tous les métiers du soin, qu'ils soient exercés à l'hôpital, dans les EHPAD, dans les établissements médico-sociaux ou en ville.

La revalorisation financière et fonctionnelle constitue la condition sine qua non pour garantir à tous un accès aux soins et une qualité des soins à la hauteur des exigences du Ségur de la santé: or, par sa nature même, une proposition de loi ne s'y prête pas. Aussi la responsabilité du législateur deviendra-t-elle immense lorsque commenceront enfin nos travaux sur le futur projet de loi relative au grand âge et à l'autonomie.

M. le président. La discussion générale est close.

DISCUSSION DES ARTICLES

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

Avant l'article 1^{er}

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 150.

M. Thibault Bazin. Nous pouvons être satisfaits de voir supprimées les dispositions visant à la création hâtive et imprécise d'une profession médicale intermédiaire, dispositions rejetées par tous les acteurs, comme vous l'a rappelé Jean-Pierre Door. Force est toutefois de constater qu'un rapport gouvernemental sur la pratique avancée ne présenterait qu'un intérêt limité, même s'il a permis de sortir de l'impasse que constituait la rédaction initiale de l'article 1^{er}.

L'exercice en pratique avancée et les protocoles de coopération ont fait l'objet d'un développement récent, ce qui ne permettra pas d'établir, d'ici à un an, un état des lieux digne de ce nom. En revanche, tous les professionnels de santé ont d'ores et déjà signalé les problèmes de rémunération, de financement des formations, d'attractivité, que pose la pratique avancée et qui ne trouvent aucune solution concrète au sein de cette proposition de loi. Comme les titres des chapitres de ce texte revêtent une grande importance pour le Gouvernement et pour sa majorité, je vous propose, par ce premier amendement, de souligner le fait qu'afin de rendre la pratique avancée plus attractive, il convient d'en augmenter la rémunération. Il y a là une réelle attente: si nous voulons la prendre en compte, commençons par le titre du chapitre I^{er}.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales. Sur la forme, je ne suis pas favorable au fait d'alourdir le titre de ce chapitre. Sur le fond, vous soulevez une question importante: c'est pourquoi je serai favorable à l'amendement n° 479 à l'article 1^{er}, qui a trait à la rémunération des auxiliaires médicaux en pratique avancée. Je vous demande donc de retirer votre amendement; à défaut, avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. le ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

M. Olivier Véran, *ministre des solidarités et de la santé.* Même avis.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Je retire l'amendement.

M. le président. Avez-vous été convaincu par le ministre ou par la rapporteure ?

M. Thibault Bazin. Par la rapporteure.

M. le président. Je m'en doutais !

(L'amendement n° 150 est retiré.)

Article 1^{er}

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Madame la rapporteure, vous avez bien voulu réécrire cet article ; le chemin n'est cependant pas terminé. Tout d'abord, l'article prévoit que nous nous en remettons à un rapport du Gouvernement : nous devrions nous en remettre à un rapport parlementaire, puisque ce texte émane de parlementaires. C'est la raison pour laquelle Cyrille Isaac-Sibille, ici présent, l'avait demandé au nom du parallélisme des formes – évoqué ces dernières heures, si j'ai bien compris, à propos de l'article 24 d'une autre proposition de loi.

M. Olivier Véran, *ministre.* Pas de ça chez nous !

M. Philippe Vigier. Il est important que des parlementaires, par exemple Stéphanie Rist, à l'origine de la proposition de loi, puissent mettre sur pied une mission flash. Madame la présidente de la commission, j'aimerais vous entendre sur ce point : la question vous a justement été posée en commission, l'autre jour. Poursuivre dans cette voie ferait honneur à la commission des affaires sociales.

Ensuite, les IPA, les infirmiers en pratique avancée, ne sont pas une création de ce texte : ils remontent au quinquennat précédent. Je regrette qu'il n'y en ait pas davantage, qu'ils ne soient pas remplacés en cas d'absence, que le modèle économique de leur profession ne soit pas plus satisfaisant, que leur champ d'exercice ne soit pas plus large. Il existe des spécialités auxquelles ils apporteraient une dimension supplémentaire : ce n'est pas seulement moi qui le dis, ce sont entre autres les cinq conférences des doyens des formations médicales.

Enfin, monsieur le ministre, vous aviez précisément proposé à la conférence des doyens que l'on puisse voir comment créer cette profession médicale intermédiaire. Faites donc confiance aux parlementaires ! Vous avez vous-même été député, rapporteur général du budget de la sécurité sociale : ...

M. Olivier Véran, *ministre.* Mais moi, j'ai compris !

M. Philippe Vigier. ... faites confiance à ceux qui sont ici. Ils sont capables, dans un bref délai, de vous faire des propositions extrêmement concrètes. Il ne faut pas opposer une profession médicale intermédiaire à créer de toutes pièces, à sortir de nulle part, aux IPA, dont nous avons pu, depuis quelques années, mesurer toute l'efficacité. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Dem.)*

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. L'article 1^{er}, article pivot de la proposition de loi, a cristallisé une grande partie des débats dans les médias et au sein des syndicats représentatifs de la profession médicale, passant sous silence les nombreuses améliorations structurelles défendues notamment par Mme la rapporteure Stéphanie Rist. Je remercie celle-ci de son initiative, ainsi que l'ensemble des députés de la commission des affaires sociales qui ont amendé ce texte. La réécriture de cet article par voie d'amendement est un moindre mal : elle propose désormais un état des lieux et formulera des recommandations sur les pratiques avancées et les protocoles de coopération.

Mais ce véhicule législatif est une occasion manquée. J'espère que l'ensemble des sujets portés par mes amendements – celui relatif aux constats de décès, déclaré irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution, ou bien celui concernant l'élargissement des pratiques vaccinales à de nouveaux professionnels de santé comme les pharmaciens et les infirmiers – pourront aboutir avant la fin du mandat, grâce à la remise à plus brève échéance du rapport. Celui-ci fait l'objet des deux amendements que j'ai déposés à l'article 1^{er}. L'objectif est d'avancer sur un sujet qui fait l'objet de discussions depuis trois ans dans l'hémicycle, au ministère et avec les ordres concernés. Fidèles à l'idéal de progressisme auquel vous êtes attachés, monsieur le ministre, et éloignés des réflexes purement corporatistes, nous pourrions avoir de l'ambition pour les professionnels de santé non médicaux afin de leur permettre de prendre l'ascenseur social plutôt que l'escalier. Les patients ont tout à y gagner. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je crois, madame la rapporteure, que vous avez écouté tout le monde, notamment celles et ceux d'entre nous qui s'opposaient à l'article 1^{er} et à la création d'une profession intermédiaire. Vous avez en effet reconnu la nécessité d'agir différemment. Le rapport qui sera présenté dans un an permettra d'évoquer les pratiques avancées et les protocoles de coopération.

Certains de nos amendements ayant été jugés irrecevables au titre de l'article 45 de la Constitution, je tiens à évoquer les deux sujets qu'ils concernaient. Le premier est le développement des carrières des professionnels de santé, en particulier des infirmières et kinésithérapeutes, par la validation des acquis de l'expérience, qui leur permettra de voir leur rémunération revalorisée. Le second concerne la création d'une consultation d'infirmière de premier recours. Les infirmières, qui sont plus de 150 000 en France, sont en effet en première ligne et pourraient dépanner dans les déserts médicaux. *(Mme Sereine Mauborgne applaudit.)* Elles pourraient ainsi, en premier recours, prendre en charge les affectations bénignes et les petites plaies avant que le patient ne se dirige si besoin vers son médecin traitant. Connaissant comme moi nos territoires, monsieur le ministre, vous savez qu'elles sont nombreuses et compétentes. Il faudrait ainsi, lors des négociations conventionnelles entre la Caisse nationale d'assurance maladie et l'ordre des infirmiers, créer une consultation d'évaluation des pratiques avancées, au-delà de l'existence des infirmiers en pratiques avancées : il s'agirait bien d'une consultation médicale.

M. Vincent Descoeur. Il sait de quoi il parle !

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Je crois savoir, monsieur le ministre, que vous étiez très attaché à la création d'une profession médicale intermédiaire. J'ai fait partie, pour ma part, de ceux que cette nouvelle notion a interpellés. J'ai longuement parcouru le rapport établi en 2011 par MM. Hénart et Berland et par Mme Cadet, relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, qui tendait à promouvoir la création de cette nouvelle profession. Le point d'achoppement était la consultation et la prescription : dès lors qu'on confiait ces actes médicaux à des professions paramédicales – que l'on aurait qualifiées d'intermédiaires –, on les faisait basculer vers le domaine médical. Or il était précisé, et c'était loin d'être un point de détail, que ces professions nouvelles ne devaient en aucun cas se superposer à d'autres professions.

Or depuis 2011, la situation a beaucoup évolué. En 2016, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, les pratiques avancées ont été intégrées dans le code de la santé publique. Or elles relèvent bien de professions intermédiaires et non médicales. C'est la raison pour laquelle j'étais fermement opposée à la création d'une nouvelle profession : je pense en effet qu'il ne faut pas superposer les professions, afin de ne pas complexifier le paysage de la santé, et qu'il faut aussi donner aux pratiques avancées l'opportunité d'un vrai développement.

La réécriture proposée par Mme la rapporteure va dans le sens que je souhaitais. Nous en avons en effet beaucoup discuté et j'espère avoir été moi aussi quelque peu à l'origine de l'idée d'un rapport. Il manque cependant à cet article un élément essentiel : il ne relaie pas la demande de réingénierie tant des formations que du statut des professions. En effet, on ne peut pas construire sur du sable. Les professions listées aux titres I à VII du livre III du code de la santé publique ont toutes des formations et des statuts différents. Sans une première étape essentielle, consistant en leur harmonisation, on ne pourra pas avancer. Enfin, les pratiques avancées ont souvent été évoquées au sujet des infirmières. Or elles sont constituées également une perspective pour toutes les autres professions comme les opticiens, les orthoptistes ou les psychomotriciens, entre autres. (*Mme Nathalie Sarles applaudit.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, nos 190 et 310, tendant à supprimer l'article 1^{er}.

La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n° 190.

M. Guillaume Chiche. Je tenais à m'opposer, par cet amendement, à l'objectif affiché de publication d'un rapport relatif aux professions médicales intermédiaires – ou plutôt, de mise en place d'une telle profession. Si l'amendement de notre collègue Jean-Louis Touraine proposant une nouvelle rédaction reçoit un avis favorable du Gouvernement et de Mme la rapporteure – ce que je peux déduire de la présence de sous-amendements –, je retirerai mon amendement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Pujol, pour soutenir l'amendement n° 310.

Mme Catherine Pujol. Le très net recul de la majorité lors des travaux en commission souligne bien que la création d'auxiliaires médicaux en pratique avancée n'est souhaitée par personne – et moins encore par les premiers concernés, les médecins. Pour ne pas se déjouer, la majorité a transformé l'article 1^{er} en une demande de rapport.

Chers collègues de la majorité, il n'est pas grave de reconnaître que l'on s'est trompé. Allez au bout de votre logique et soyez cohérents en supprimant cet article. Dans le domaine de la santé, le Gouvernement a clairement autre chose à faire que de produire ce genre de rapport.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Dans la mesure où j'émettrais effectivement un avis favorable à l'amendement n° 479, je demande à M. Chiche le retrait du sien. Quant à l'amendement de Mme Pujol, j'y suis défavorable dans la mesure où le rapport prévu à l'article 1^{er} me semble nécessaire : le sujet sur lequel il porte est une priorité pour entrer enfin dans le XXI^e siècle. Il est temps d'avancer, car nous avons beaucoup de retard sur les pays voisins. Il ne s'agit pas de mettre en cause les compétences des médecins, ni de créer des sous-médecins comme on a pu l'entendre, mais bien de permettre l'évolution des métiers des auxiliaires médicaux. Or ce rapport constitue l'un des moyens d'avancer.

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

M. Olivier Véran, ministre. Je vais avoir l'occasion de préciser certains points concernant la notion de profession médicale intermédiaire qui, comme cela a été souligné, a fait couler beaucoup d'encre. Il est vrai que les mots ont un sens et qu'en santé, un mot est souvent une crise. Mieux vaut donc expliciter les choses.

J'ai entendu dire tout à l'heure que la création de cette profession nous permettrait de résoudre le problème des déserts médicaux. Même si je ne suis pas très âgé, il se trouve que j'ai connu un médecin ayant lui-même connu un officier de santé. Dans un temps pas si lointain, les officiers de sa santé étaient des médecins ayant suivi un cursus plus court que les médecins classiques et universitaires. Je ne voudrais pas malmener l'histoire de France, mais il me semble que leur profession avait été créée par Napoléon. Ils ne pouvaient travailler non dans les villes, mais dans les campagnes. La profession a été supprimée au début du siècle dernier, si bien que certains d'entre eux étaient encore en exercice lorsqu'on débuté des médecins qui sont aujourd'hui très âgés. Or ce modèle n'est pas ce que nous souhaitons revivre, et personne ne l'a défendu.

J'ai aussi entendu – c'est assez emblématique, madame la députée Pujol – que les premiers concernés par les professions médicales intermédiaires sont les médecins. Ce n'est pas le cas : les premiers concernés par le système de soins sont en général les patients.

M. Alain Bruneel. Oui !

M. Olivier Véran, ministre. C'est pour eux que l'on crée, que l'on structure et que l'on réforme un système de santé, tout comme c'est pour les élèves que l'on réforme l'école. (*Approbatrice sur quelques bancs du groupe LaREM.*) Cela n'implique pas qu'il ne faille pas écouter les acteurs de santé, qu'ils soient médecins ou non.

Évidemment, nous ne travaillons pas en braquant les uns contre les autres. Si la France propose une offre magnifique en termes de soins, de formations et d'organisation dans le domaine de la santé, elle n'a pas été le pays le plus avant-gardiste en matière de coopération interprofessionnelle. Je disais à l'instant que les mots sont souvent une crise, dans le domaine de la santé. Il y a douze ans, on parlait déjà de parcours de soins coordonnés. À ce sujet, on a d'abord évoqué un transfert de compétences, puis on a réfuté le terme. On a ensuite parlé de délégation de tâches, puis réfuté ce deuxième

terme. On a parlé enfin de coopération interprofessionnelle – un terme autour duquel les professions semblent s'entendre.

Il ne s'agit pas de braquer des professions et de décharger certains soignants de tâches pour les confier à d'autres. Il se trouve que la France a toujours fonctionné en termes d'actes. La vaccination étant un acte court et répétitif, on a voulu la confier à d'autres soignants, comme les infirmières, et ce faisant, on a braqué tout le monde ! Or tel n'est pas l'objectif de l'article 1^{er}, qui vise une réflexion d'ensemble. Dans le cadre des accords du Ségur, nous avons souhaité confier aux ordres des infirmiers et des médecins une mission visant à préfigurer ce que pourrait être à l'avenir une nouvelle profession dont la durée de formation serait intermédiaire, entre trois ans et dix ou douze ans après le baccalauréat, et qui interviendrait en secteur hospitalier. Cette précision est importante, car elle fait tomber l'ensemble des arguments qui évoquent les déserts médicaux ou les officiers de santé.

En effet, l'existence d'IPA est très positive et doit être confortée. Mais j'ai aussi fait un constat : j'ai connu, dans des services hospitaliers dans lesquels j'ai travaillé, des infirmières particulièrement expérimentées, ayant vingt-cinq ans d'ancienneté, ayant côtoyé un grand nombre d'externes et d'internes en médecine – qu'elles avaient contribué à former – parfaitement au fait de tous les protocoles, sans qui l'on ne pouvait pas réaliser par exemple une thrombolyse après un accident vasculaire cérébral. Or il se trouve que ces infirmières ne peuvent pas prescrire du paracétamol si ça n'est pas prévu dans l'ordinateur : la procédure les contraint à rappeler le médecin ou l'interne si le patient se plaint de maux de tête.

Pardon, mais cela n'est pas cohérent ! Il m'est arrivé – et je ne dis rien d'insultant en soulignant cela – de bénéficier du renfort de médecins étrangers venant de pays très lointains, arrivés la veille, qui grâce à leur diplôme de médecin pouvaient prescrire, quant à eux, une thrombolyse, voire une chimiothérapie.

Je n'affirme pas que cela n'est pas légitime, mais simplement qu'il est sans doute possible de renouveler notre mode de fonctionnement collectif et de faire en sorte qu'une personne disposant d'une très grande expérience professionnelle et présentant l'ensemble des garanties nécessaires, grâce à la validation des acquis de l'expérience, voie ses compétences évoluer plus loin et plus vite que ça n'est le cas aujourd'hui des IPA.

Voilà le contenu la réflexion – nous sommes bien effet au stade de la réflexion et non de la loi –, sur laquelle ce n'est pas au Gouvernement ni aux parlementaires d'être en première ligne. Le président de l'ordre infirmier et celui de l'ordre des médecins ont accepté, il y a quelques mois, de travailler ensemble à cette question et de se concerter avec les autres professions, afin de voir s'il pouvait résulter de leur réflexion des idées intéressantes pour notre système de santé et, in fine, pour nos patients.

Je trouve très positif que l'article 1^{er} n'entérine pas dans la loi une idée qui est préfigurée par les accords du Ségur et qui doit encore germer. Peut-être cette réflexion ne mènera-t-elle à rien. Peut-être dira-t-on finalement qu'en France, on ne sait pas faire ce qui existe aux États-Unis et dans de nombreux pays européens, où l'on trouve par exemple des *physician assistants* ou des *practitioners* qui rendent de très nombreux services et simplifient le fonctionnement de l'hôpital, au bénéfice des malades. Peut-être aboutira-t-on à la conclusion que ce n'est pas possible en France ? Quoi qu'il en soit, voilà

ce dont il s'agit. Mettons les peurs de côté et n'opposons surtout pas cette réflexion à la réforme, qu'il faut soutenir, des infirmiers en pratiques avancées. J'émet donc un avis défavorable aux deux amendements identiques de suppression. En revanche, de nombreux amendements ultérieurs concernant la proposition de rapport recevront un avis favorable de ma part. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 190 est retiré.*)

(*L'amendement n° 310 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de sept amendements, n°s 337, 26, 35, 124, 151, 234 et 232, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 26, 35, 124, 151 et 234 sont identiques.

Sur l'amendement n° 337, je suis saisi par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 337.

M. Jean-Carles Grelier. À l'instar de Cicéron, je suis tenté de m'exclamer « *O tempora, o mores!* ». En effet, alors que les murs résonnent encore des voix du rapporteur général et du ministre qui, il y a tout juste quelques jours, nous expliquaient que les rapports ne servaient à rien et qu'ils ne fallait jamais en demander, le Gouvernement n'ayant pas vocation à en produire, il semble que les choses aient changé du tout au tout, puisqu'on entend désormais vanter l'intérêt d'un rapport du Gouvernement. C'est formidable, et je me réjouis de ce retournement de situation !

M. Philippe Vigier. Errare humanum est !

M. Jean-Carles Grelier. Cela dit, quitte à avoir un rapport, autant qu'il soit utile, ce qui ne sera le cas qu'à la condition d'y voir figurer deux éléments forts. Le premier est la date de sa remise car, si nous n'en disposons pas avant l'examen du prochain PLFSS, il ne servirait à rien, et il faudrait le ranger dans la même catégorie que tous ceux qui nous ont été refusés la semaine dernière.

Par ailleurs, ce rapport doit impérativement traiter de la rémunération des pratiques avancées, qu'il s'agisse de celles des infirmiers, par exemple, mais aussi de la rémunération des formations, des protocoles et de tout ce qui a trait à la pratique avancée. À défaut, cela ne fera qu'un rapport de plus pour caler les armoires au ministère, ce qui n'intéresse sans doute pas grand monde.

M. Philippe Vigier. C'est vrai !

M. le président. L'amendement n° 26 de M. Dino Cinieri est défendu.

La parole est à Mme Jeanine Dubié, pour soutenir l'amendement n° 35.

Mme Jeanine Dubié. Initialement, l'article 1^{er} de cette proposition de loi avait pour but la création d'une profession médicale intermédiaire. Cet article manquant de clarté, il a été remplacé par une demande de rapport sur la question de la pratique avancée et sur les protocoles de coopération.

Cependant, il faut absolument que nous disposions de ce rapport pour l'examen du PLFSS pour 2022, afin d'être en mesure de traduire dans la loi le contenu de ce rapport avant la fin de la présente législature. C'est pourquoi cet amendement vise à ce que le rapport du Gouvernement soit rendu dans un délai de six mois plutôt qu'un an à compter de la publication de la présente loi.

M. le président. L'amendement n° 124 de Mme Gisèle Biémouret est défendu.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 151.

M. Thibault Bazin. Monsieur le ministre, madame la rapporteure, les attentes sont fortes pour voir enfin les coopérations vraiment facilitées : il y a donc urgence à lever les freins qui, sur le terrain, pèsent encore sur les protocoles de coopération, en dépit des discours encourageants tenus à Paris.

Lorsque vous étiez rapporteur général du PLFSS, monsieur le ministre, je vous avais fait part du projet d'installation d'un binôme constitué d'un médecin et d'une infirmière diplômée d'État – IDE –, tous deux libéraux, à Bénamémil, dans ma circonscription, ledit projet se heurtant cependant à de nombreux obstacles. Pourquoi ne pas faciliter ce mode de coopération dans les territoires où il n'y a qu'un seul médecin et une infirmière libérale qui ne souhaite pas être salariée ? Pourquoi la concrétisation de cette idée d'un binôme médical se révèle-t-elle si longue et si difficile ?

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n° 234.

Mme Sereine Mauborgne. Avec votre permission, monsieur le président, je présenterai conjointement l'amendement n° 232.

L'amendement n° 234 propose d'abaisser le délai de remise du rapport au Gouvernement, à compter de la publication de la présente loi, d'un an à six mois. Il semble essentiel aux auteurs de cet amendement d'être en mesure de prendre connaissance du rapport flash au plus tard à la fin du premier semestre 2021 et avant l'examen des lois de finances pour 2022, et de veiller à désigner des rapporteurs issus de la représentation nationale ainsi que des personnalités représentatives de l'ensemble des professionnels de santé.

Quant à l'amendement n° 232, c'est une proposition de repli visant à ce que la publication du rapport se fasse dans un délai de neuf mois.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion commune ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Tous ces amendements visent à avancer la date de remise du rapport. Il me semble effectivement souhaitable que nous disposions de ce rapport dès que possible, c'est pourquoi j'émet un avis favorable aux amendements n°s 26 et identiques, qui prévoient une remise dans un délai de six mois à l'issue de la promulgation de la loi. Je demande par conséquent le retrait des autres amendements en discussion commune.

Pour répondre à M. Bazin au sujet des protocoles de coopération, je dirai que son souhait est exaucé par l'article 1^{er} bis, qui prévoit des protocoles de coopération ouverts sur la ville, et que nous examinerons dans quelques instants.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier – qui m'a demandé la parole en claquant des doigts, c'est-à-dire avec beaucoup de tact.

M. Pierre Dharréville. En tout cas, de doigté !

M. Philippe Vigier. J'aurais aimé entendre le ministre et la présidente de la commission des affaires sociales s'exprimer au sujet de la proposition que j'ai faite.

Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission des affaires sociales. Je vais répondre !

M. Philippe Vigier. J'entends bien que, grâce aux amendements identiques qui viennent d'être présentés par les députés de la majorité, le rapport sera rendu en six mois au lieu d'un an, ce qui permettra que le dispositif devienne opérationnel en 2022. Cela dit, mes chers collègues, l'adoption de notre proposition aurait permis que les parlementaires reprennent complètement la main sur ce dispositif, et je m'étonne que vous la laissiez de côté. Ne pouvons-nous pas prendre une seconde pour réfléchir ensemble à l'idée de constituer une mission flash ?

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier, avant que nous ne passions au vote par scrutin public.

M. Philippe Vigier. La présidente de la commission voulait me répondre, monsieur le président !

Mme Annie Chapelier. Nous sommes ravis de la décision de Mme la rapporteure, car il est effectivement essentiel que nous disposions de ce rapport avant l'examen du prochain PLFSS, et j'espère que cet esprit de consensus présidera à nos travaux tout au long de l'examen de ce texte.

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission des affaires sociales. En fait, ce n'est pas M. Vigier qui m'avait interpellée en commission sur la création d'une mission flash, mais M. Isaac-Sibille, puis Mme Chapelier. J'ai déjà indiqué que j'avais pris note de cette demande et que nous aviserions lors de la réunion de bureau qui doit se tenir le 9 décembre. Je vous fais aujourd'hui la même réponse.

M. Thierry Benoit. Un peu de patience !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 337.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	100
Nombre de suffrages exprimés	100
Majorité absolue	51
Pour l'adoption	33
contre	67

(L'amendement n° 337 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 26, 35, 124, 151 et 234 sont adoptés. En conséquence, l'amendement n° 232 tombe.)

M. le président. Je suis saisi de sept amendements, n^{os} 479, 33, 349, 195, 152, 123 et 89, pouvant être soumis à une discussion commune. L'amendement n^o 479 fait l'objet de trois sous-amendements n^{os} 512, 506 et 507.

La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n^o 479.

M. Jean-Louis Touraine. Cet amendement du groupe LaREM, qui fait suite aux réflexions et débats ayant eu lieu en commission, propose que le rapport puisse intégrer une réflexion sur les questions de formation et de rémunération. En effet, il est déterminant pour les infirmiers en pratique avancée d'être assurés de bénéficier d'une formation précise et une rémunération progressive. Les pratiques avancées constituent une perspective d'évolution très positive pour la carrière des personnes concernées, contribuent au comblement de l'intervalle entre médecins et infirmiers et permettent de redonner du temps médical aux médecins. Cela dit, pour que cette pratique se développe pleinement, il importe que la progression salariale soit attractive.

M. le président. Nous en venons à l'examen des sous-amendements.

La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir le sous-amendement n^o 512.

Mme Annie Vidal. S'inspirant de l'article L.1411-1 du code de la santé publique, ce sous-amendement rédactionnel vise à substituer, à l'amendement n^o 479, aux mots : « aux soins » les mots : « à la santé ». Il faut en effet garantir une meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et à la santé.

M. le président. Les sous-amendements n^{os} 506 et 507 de la commission sont rédactionnels.

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

Mme Martine Wonner. Comme l'a dit notre collègue Jean-Louis Touraine, il est important de bien définir les champs d'intervention des auxiliaires médicaux que sont notamment les infirmières de pratique avancée, mais aussi d'aborder les questions de leur rémunération et de leur formation.

La santé mentale est un domaine où exercent de nombreuses infirmières de pratique avancée. Ces personnels ayant bénéficié d'une formation complémentaire et faisant partie intégrante du parcours de soins et d'accompagnement des personnes en souffrance psychique éprouvent des difficultés à faire reconnaître et à faire prendre en compte, en termes de rémunération, leur niveau de qualification et le rôle spécifique qu'ils sont amenés à jouer. L'amendement n^o 33 vise à y remédier en précisant les conditions de leur formation et de leur rémunération.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Viry, pour soutenir l'amendement n^o 349.

M. Stéphane Viry. Nous savons désormais que nous disposerons avant six mois d'un délai visant à nous éclairer sur les choix et les décisions à prendre en matière de pratique avancée. Bien sûr, ce rapport doit être utile et constructif et, à cette fin, nous souhaitons qu'il aborde les questions de la rémunération, du financement de la formation et de l'attractivité de la pratique avancée. À défaut, il est à craindre que ce

rapport ne reste un document de portée purement théorique, alors que nous avons besoin d'éléments pratiques. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir l'amendement n^o 195.

Mme Delphine Bagarry. Depuis le Ségur de la santé qui s'est tenu à l'échelle nationale, mais aussi locale – je pense notamment au Ségur départemental que j'avais organisé dans les Alpes-de-Haute-Provence –, la revalorisation des diplômés et des métiers est très attendue. Afin d'améliorer l'attractivité, la question de la rémunération est essentielle. Comme me l'a fait remarquer une infirmière de pratique avancée, trop peu d'infirmiers s'engagent sur la voie de l'IPA faute de disposer de garanties en la matière. En progressant sur cette question, nous améliorerons également l'accès aux soins, ce qui est essentiel.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n^o 152.

M. Thibault Bazin. Si vous avez commencé par me faire rêver avec votre dernière réponse, madame la rapporteure, je déchante en prenant connaissance de l'article 1^{er} bis... Alors que je vous parle d'un binôme constitué d'un médecin et d'une IDE libérale, je vois qu'il est indiqué à l'alinéa 3 que « ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'équipe de soins ou de la communauté professionnelle territoriale de santé qui en est à l'initiative. » Cela signifie-t-il que votre réponse positive ne vaut qu'à la condition d'assortir le dispositif de cette complexité techno, ou pouvez-vous me rassurer en me confirmant que le simple binôme constitué d'un médecin et d'une IDE libérale pourra bientôt se mettre en place plus facilement ?

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n^o 123.

Mme Gisèle Biémouret. Mise en place par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la pratique avancée permet aux auxiliaires médicaux diplômés de réaliser des missions élargies. Or la grille indiciaire de ces professionnels définie dans le décret n^o 2020-245 du 12 mars 2020 apparaît en deçà de leurs attentes. Ainsi un infirmier en pratique avancée débutant est-il rémunéré à hauteur de 2085 euros bruts mensuels.

Le présent amendement vise à intégrer la rémunération de ces professionnels dans le périmètre du rapport.

M. le président. L'amendement n^o 89 de Mme Audrey Dufeu est défendu.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ils proposent d'étendre le champ du rapport à une réflexion sur la formation et les rémunérations, qui nous paraît essentielle pour poursuivre les avancées relatives aux professions médicales intermédiaires. La commission a donné un avis favorable à l'amendement n^o 479, sous réserve de l'adoption des sous-amendements n^{os} 512, 506 et 507. Nous demanderons donc le retrait des autres amendements, qui nous paraissent satisfaits par cet amendement.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Fabien Di Filippo. Il a des choses à dire sur l'article 24!

M. Pierre Dharréville. Au nom du groupe GDR, je veux indiquer que nous sommes naturellement très favorables à ce que le rapport d'évaluation prenne en compte les formations et les rémunérations, qui constituent une dimension essentielle.

M. Olivier Véran, ministre. Tout à fait d'accord!

M. Pierre Dharréville. Je m'interroge simplement sur la rédaction initiale de la proposition de loi qui donne un peu le sentiment que les conclusions du rapport sont fixées d'avance. Or nous avons besoin que l'état des lieux soit établi avec un regard qui ne soit pas orienté a priori.

M. Olivier Véran, ministre. Parfait!

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Le groupe FI avait déposé quarante-neuf amendements mais nous n'en avons plus que douze car les autres ont été considérés comme des cavaliers.

Pour une fois, monsieur le ministre, nous allons être d'accord.

M. Fabien Di Filippo. Alors ça!

Mme Caroline Fiat. C'est une chose suffisamment rare pour que j'appelle votre attention là-dessus.

M. Thibault Bazin. Ça ressemble à l'article 24!

Mme Caroline Fiat. Sur tous ces bancs, nous nous accordons sur l'importance de la formation et des rémunérations des infirmiers en pratique avancée. Rappelons que la durée de la vie professionnelle des infirmiers est de six ans en moyenne. Certains de nos amendements concernaient la formation des infirmiers, des aides-soignants, des ambulanciers. Il faut insister sur la nécessité de revoir les conditions d'accès aux instituts de formation en soins infirmiers – IFSI – et aux instituts de formation d'aide-soignant – IFAS – et de rétablir les concours : ces instituts doivent accueillir des personnes qui ont vraiment envie de faire ces études. Pourquoi les imposer à des gens qui ne souhaitent pas les suivre?

Si vous voulez que les infirmiers aillent vers les métiers d'infirmier en pratique avancée, d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État – IBODE –, d'infirmier anesthésiste diplômé d'État – IADE –, il faut qu'ils soient motivés et qu'ils aient reçu une bonne formation initiale d'aide-soignant, d'ambulancier ou d'infirmier pour évoluer vers d'autres carrières. Cet aspect mérite aussi d'être étudié et c'est la raison pour laquelle nous voterons ces amendements très importants. Simplement, il ne faut pas oublier les formations en amont.

(Les sous-amendements n^{os} 512, 506 et 507, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'amendement n^o 479, sous-amendé, est adopté. En conséquence, les amendements n^{os} 33, 349, 195, 152, 123 et 89 tombent.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 90 et 194, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Annie Chapelier, pour soutenir l'amendement n^o 90.

Mme Annie Chapelier. Cet amendement fait écho aux amendements dont parlait Mme Fiat. J'espère qu'on ne me répondra pas qu'il est satisfait par l'amendement n^o 479 car ce n'est pas du tout le cas. L'amendement de M. Touraine vise la formation et les rémunérations ; il ne traite absolument pas de la réingénierie des formations des auxiliaires médicaux, donc de l'accès à ces formations, de leur contenu, des référentiels pour y accéder, des réformes statutaires et de l'universitarisation, qui sont l'objet de notre amendement. Les accords de Bologne, signés en 1999, sont totalement à la traîne s'agissant des professions paramédicales.

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir l'amendement n^o 194.

Mme Delphine Bagarry. Au-delà des référentiels, il est important de prendre en compte la création d'une formation initiale et continue pour ces métiers.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Madame Chapelier, vous avez réussi à me convaincre : je donnerai un avis favorable à votre amendement n^o 90, qui porte sur des sujets ayant suscité de longues discussions.

Quant à l'amendement n^o 194, il est satisfait : il existe déjà des formations. Je vous demande donc de bien vouloir le retirer, madame Bagarry.

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

M. Olivier Véran, ministre. Madame Chapelier, vous voulez intégrer dans le rapport sur la pratique avancée et les protocoles de coopération une évaluation des besoins en matière de réingénierie des professions. Je serais tenté de vous dire que cet aspect est pris en compte par les accords du Ségur, qui procèdent à un gros travail sur la réingénierie, mais je n'ai pas de raisons de vous priver d'un rapport complémentaire sur la question. Mon avis sera donc favorable sur votre amendement n^o 90.

Si j'ai bien saisi votre amendement, madame Bagarry, il vise à ajouter une expertise sur l'opportunité d'étendre la formation en pratique avancée à d'autres professions que celle d'infirmier.

Mme Delphine Bagarry. Non!

M. Olivier Véran, ministre. Nous parlons bien du n^o 194, n'est-ce pas?

M. Thibault Bazin. On pourrait peut-être créer une commission indépendante?

M. Olivier Véran, ministre. Si ce n'est pas votre objectif de votre amendement, je vous demanderai de le retirer. À défaut, avis défavorable.

(L'amendement n^o 90 est adopté ; en conséquence, l'amendement n^o 194, ainsi que les amendements n^{os} 235, 493, 230 et 228 tombent.)

M. le président. La parole est à M. Julien Borowczyk, pour soutenir l'amendement n^o 285.

M. Julien Borowczyk. Nous souhaitons que le rapport évalue également l'opportunité de joindre aux délégations de tâches un transfert de responsabilités. J'ai bien entendu

ce qu'a dit M. le ministre, il y a certes besoin d'examiner la fluidité des parcours et les interconnexions entre professions mais il y a aussi besoin d'étudier précisément les responsabilités afférentes à chaque profession.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. On ne comprend pas forcément ce que vous entendez par transfert de responsabilités. L'infirmier en pratique avancée est déjà responsable des actes qu'il réalise dans le cadre de ses fonctions. Dans le tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée, il y a d'ailleurs tout un module intitulé « Responsabilité, éthique, déontologie ». Demande de retrait, à défaut avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

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

M. Julien Borowczyk. Je ne retirerai pas cet amendement. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe LR.*) Il est motivé par une expérience de terrain qui m'a fait comprendre l'importance de définir pour chaque profession des responsabilités afin d'éviter tout débordement sur le périmètre des professions venant en complément.

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Je ne comprends pas pour quelles raisons mon amendement n° 228 est tombé. Il me paraissait intéressant d'intégrer le parcours vaccinal dans le rapport. Cela fait presque deux ans et demi que nous attendons l'avis de la Haute autorité de santé sur ce sujet. À l'heure où nous réfléchissons à la manière d'organiser au mieux la vaccination contre le covid-19, il est important de revenir sur ce parcours, qui implique plusieurs professionnels de santé, les pharmaciens et les infirmiers.

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

M. Olivier Véran, ministre. M. Borowczyk indique que son amendement est issu d'une expérience de terrain. Il est question d'un rapport remis au Gouvernement... pardon, remis au Parlement par le Gouvernement – décidément, il ne faut pas inverser les rôles.

En matière de transfert de responsabilités, le droit en vigueur me semble clair. Si toutefois, vous considérez qu'il y a des incertitudes, dont vous vous faites l'écho en tant que parlementaire, je vais changer de position et émettre un avis favorable.

(*L'amendement n° 285 est adopté.*)

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

Après l'article 1^{er}

M. le président. L'amendement n° 233 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, qui fait l'objet du sous-amendement n° 508 du Gouvernement, est défendu.

La parole est à M. le ministre, pour soutenir le sous-amendement n° 508.

M. Olivier Véran, ministre. L'amendement n° 233 vise à améliorer la coopération en matière de politique sanitaire au sein de l'éducation nationale. Nous y sommes favorables, sous réserve de l'adoption de notre sous-amendement qui précise que cette coopération se fait entre l'ensemble des acteurs impliqués, enseignants comme autres professionnels, pour la promotion de la santé de l'enfant à l'école, dont le développement au sein des parcours éducatifs est fondamental.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis favorable au n° 233 sous réserve de l'adoption du sous-amendement.

M. le président. Je ne sais à qui donner la parole : M. Bazin lève le doigt mais c'est M. Door qui se lève. (*Exclamations sur les bancs du groupe LaREM.*) Cette mécanique est tout à fait subtile !

M. Thibault Bazin. Excusez-nous d'exister, monsieur le président !

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement a sans doute son intérêt mais rappelons tout de même que la démographie médicale en milieu scolaire est terriblement faible. Comment voulez-vous coopérer avec des absents ?

(*Le sous-amendement n° 508 est adopté.*)

(*L'amendement n° 233, sous-amendé, est adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir l'amendement n° 196.

Mme Delphine Bagarry. La coopération, les protocoles, la compréhension des métiers de chacun se travaillent dès la formation médicale initiale. Il est nécessaire de mettre en place un tronc commun de formation pour les différentes professions de santé afin d'apprendre à mieux travailler ensemble.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Défavorable, même si je partage votre souhait de favoriser la transversalité des formations. Dans le cadre de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, nous avons adopté un dispositif expérimental visant à favoriser les échanges entre les formations ; le décret d'application correspondant a été publié le 11 mai, et les premières expérimentations ont débuté. Cependant, l'universitarisation de l'ensemble des professions paramédicales dès 2022 me semble prématurée.

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

M. Olivier Véran, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Tous les étudiants partagent l'envie de coopérer ; il serait donc intéressant de généraliser la démarche dès 2022, plutôt que de se contenter d'une expérimentation – d'autant que des universités proposent déjà de telles initiatives.

(*L'amendement n° 196 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de six amendements identiques, n° 5, 138 rectifié, 171, 186, 327 et 446.

La parole est à Mme Valérie Six, pour soutenir l'amendement n° 5.

Mme Valérie Six. Il a été déposé par Christophe Naegelen. Pour répondre rapidement aux besoins réels des patients et rendre le système plus efficient, il est important de renforcer la coordination et le décloisonnement des professionnels de santé, déjà compétents, dans leur exercice quotidien, avec des outils interopérables. L'amendement vise à renforcer la reconnaissance d'équipes de soins constituées de professionnels de santé choisis par les patients. Ces équipes pourraient partager des informations concernant un même patient, dès lors qu'elles sont strictement nécessaires à la coordination, à la continuité des soins et au suivi médico-social et social. Les informations seraient alors réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Trastour-Isnart, pour soutenir l'amendement n° 138 rectifié.

Mme Laurence Trastour-Isnart. Afin de répondre rapidement aux besoins réels des patients et de rendre le système plus efficient, il est urgent de renforcer la coordination et le décloisonnement des professionnels de santé dans leur exercice quotidien. L'amendement n° 138 rectifié, déposé par Dino Cinieri, vise à renforcer la reconnaissance des équipes de soins formées par des professionnels de santé qu'auront choisis les patients.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 171.

M. Thibault Bazin. Il me donne l'occasion de réitérer une question qui me tient à cœur. Nous trimons depuis deux ans pour concrétiser le binôme médecin libéral-IDE libéral : on nous renvoie vers des cabinets dont les prestations se facturent à cinq chiffres, qui sont certes financées par les ARS, mais mettent du temps à faire émerger un modèle... Ce n'est pourtant pas si compliqué : il s'agit juste d'un protocole de coopération entre un médecin et un IDE libéral qui veulent s'engager dans un territoire. Concrètement, en quoi l'article 1^{er} bis, qui est conditionné par divers dispositifs, facilitera-t-il les choses ? J'ai le sentiment que nous devons encore attendre ; c'est dommage, à l'heure où l'on veut au contraire accélérer les protocoles de coopération.

M. le président. La parole est à M. Vincent Descoeur, pour soutenir l'amendement n° 186.

M. Vincent Descoeur. Il vise à répondre aux besoins de prise en charge des patients de façon coordonnée, dans la proximité. La coordination des professionnels de santé contribuera à l'efficacité de la réponse : cela coule de source.

M. le président. Les amendements n°s 327 de M. Bernard Perrut et 446 de M. Paul-André Colombani sont défendus.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre préoccupation me paraît satisfaite, car les équipes de soins existent déjà : prévues par l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, elles regroupent des professionnels qui participent directement, au profit d'un même patient, à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de la perte d'autonomie. Le patient peut reconnaître à ces professionnels la qualité de membres de l'équipe de soins, pour la réalisation de consultations et d'actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge. Les informations sont alors

réputées confiées par le patient à l'ensemble des membres de l'équipe de soins. Cela me semble répondre pleinement à votre préoccupation.

M. Thibault Bazin. Cela n'y répond pas du tout !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces protocoles de coopération nécessitent que le médecin et l'infirmier participent soit à une communauté professionnelle territoriale de santé, soit à une équipe de soins primaires. J'ajoute que depuis trois ans, la majorité et le Gouvernement ont pour objectif de favoriser un exercice coopératif et coordonné de la médecine, plutôt qu'un exercice isolé. Avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. Très bien !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces amendements identiques ?

M. Olivier Véran, ministre. Dans le droit, il existe déjà des équipes de soins primaires, chargées de coopérer et de partager des informations. Des négociations conventionnelles sont d'ailleurs en cours pour améliorer la performance et le fonctionnement de ces équipes. Vous voudriez créer des équipes de soins coordonnées qui auraient exactement les mêmes missions, sous un nom différent.

J'ai un doute, car ce type d'amendement, soutenu par plusieurs parlementaires, correspond parfois aux attentes d'un corps professionnel : cela peut arriver. Mais j'aimerais en comprendre le sens, car il existe déjà un dispositif identique, qui porte simplement un autre nom. Je demande le retrait de ces amendements qui me paraissent satisfaits ; à défaut, avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Dans « Ma santé 2022 », nous avons voulu mettre en avant les CPTS, les encourager, en les faisant financer par les ARS entre autres. Ces amendements donneraient de la force à cette ambition, puisqu'ils encouragent le décloisonnement et le travail en commun. Allez-y, ça ne mange pas de pain ! Nous partons du constat que le maillage n'est pas complet – espérons qu'il le sera fin 2022. Ces amendements ont toute leur pertinence, et Mme Rist le sait pertinemment.

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Permettez-moi un mouvement d'humeur, monsieur le président : le groupe Les Républicains avait déposé plusieurs amendements en lien direct avec le sujet dont il est ici question, qui traitaient notamment des consultations d'orientation effectuées par les infirmières. Tous ces amendements ont été rejetés par le service de la séance, au motif qu'ils constituaient des cavaliers. C'est une interprétation extrêmement restrictive de la notion de cavalier, et fort préjudiciable au travail parlementaire. Nos amendements auraient pu utilement enrichir le texte : la commission les a validés, votés, et ils sont supprimés du jour au lendemain, au moment d'arriver en séance !

M. Vincent Descoeur. Très bien !

M. le président. Je prends note de votre mouvement d'humeur, qui est resté très convenable, reconnaissons-le. Si vos amendements ont été déclarés irrecevables, c'est qu'il

a été considéré qu'ils n'avaient pas de lien direct ou indirect avec l'objet du texte – vous le savez d'ailleurs, au fond de vous.

(Les amendements identiques n^{os} 5, 138 rectifié, 171, 186, 327 et 446 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx, pour soutenir l'amendement n^o 148.

M. Bertrand Bouyx. Les tâches administratives visant à créer une équipe de soins primaires sont particulièrement chronophages pour les professionnels de santé; elles peuvent avoir un effet négatif sur le déploiement de telles équipes, et par conséquent sur la coordination des professionnels de santé, voire sur la réponse apportée aux patients. Mon amendement propose que le patient soit le déclencheur de la coordination des professionnels de santé qu'il a choisis. Le médecin traitant, le pharmacien correspondant et l'infirmier choisis par le patient constitueraient ainsi une équipe de soins primaires immédiate et spécifique à chaque patient; elle se coordonnerait pour assurer son suivi.

Dès lors, des protocoles de soins pourraient être organisés entre les professionnels de santé: renouvellement de certains traitements durant six mois, avec un contrôle des constantes ou des objectifs thérapeutiques par le pharmacien ou l'infirmier; entrées et sorties hospitalières; prise en charge de parcours complexes ou de patients ayant des pathologies chroniques spécifiques; suivi des personnes âgées en perte d'autonomie. Cela permettrait aussi de lancer une réflexion sur les modes de rémunération de chaque profession, afin qu'ils soient moins liés aux actes.

Dans l'exposé des motifs de la proposition de loi, on lit: « la crise sanitaire a révélé un besoin urgent de simplification de notre système de santé [...]. Cette simplification aboutira à un système plus réactif et plus performant grâce à des mesures fortes et nécessaires ». Un tel objectif doit s'appliquer aux équipes de soins primaires. Mon amendement propose de modifier l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique en ce sens.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous demandez que le patient soit le déclencheur de la coordination des professionnels de santé. Nous venons d'avoir ce débat: avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Je comprends le principe de votre demande, mais nous en sommes très loin. À ce stade, nous incitons les professionnels de santé exerçant en ville à travailler davantage les uns avec les autres, en s'appuyant sur les structures en place: CPTS, équipes de soins primaires, etc. Cela fonctionne d'ailleurs très bien. Nous mobilisons tous les acteurs pour qu'ils coopèrent et se coordonnent plus fortement. Souvent, la démarche repose sur un pharmacien, un médecin ou un infirmier militant, qui y consacre du temps et de l'énergie; merci à eux, sans qui ces initiatives n'existeraient pas.

Votre proposition va au-delà: elle autoriserait un patient à choisir un pharmacien, un médecin et une infirmière à domicile, et à obtenir d'un claquement de doigt qu'ils se coordonnent et travaillent de concert. Dans la pratique courante, toutefois, ces professionnels ne sont pas toujours conduits à travailler ensemble. Le risque serait de créer autant d'équipes de coordination que de patients: ce serait un

maelstrom compliqué. Une fois encore, je comprends le concept, mais nous n'en sommes pas là. Je demande le retrait de l'amendement; à défaut, avis défavorable.

(L'amendement n^o 148 est retiré.)

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-deux heures quarante, est reprise à vingt-deux heures cinquante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 1^{er} bis

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

M. Jean Lassalle. Monsieur le ministre, je vous signale, mais je sais que vous n'y êtes pour rien, que le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie, qui dépend du centre territorial de Pau, n'a toujours pas reçu d'internes alors que quatorze ou quinze ont été affectés au centre de Pau et cinq à l'hôpital d'Orthez tout proche. Pourtant, il y a quelques années, le centre hospitalier d'Oloron, qui s'étire sur des vallées qui représentent un bassin de vie de 80 000 personnes, avait du succès.

Une commission, des scientifiques, le directeur du centre hospitalier ont estimé qu'on ne pouvait plus envoyer des internes en formation dans de tels hôpitaux au risque de les décourager du métier de médecin ou de chirurgien. Je me demande si, une fois de plus, votre administration ne vous joue pas des tours. En tout cas, cela fait maintenant plus de deux mois que les SAMU partent tous les soirs sans aucun médecin. Heureusement, jusqu'à présent il n'y pas eu de pépin.

Par ailleurs, je souhaite appeler votre attention sur le fait que les syndicats des jeunes médecins et des praticiens de l'hôpital, s'ils ont été très heureux d'avoir été conviés au Ségur de la santé, ne se retrouvent pas du tout dans la création d'une profession intermédiaire sur laquelle nous reviendrons.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Pujol, pour soutenir l'amendement n^o 354.

Mme Catherine Pujol. Les ARS sont devenues de véritables mini États dans l'État et semblent quelquefois déconnectées des problèmes structurels de terrain. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé constitueront une avancée s'ils ont pour effet d'étendre le périmètre d'activité des paramédicaux tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Les professionnels de santé sont des personnes responsables qui sont parfaitement en mesure de modifier et d'améliorer les protocoles en garantissant les exigences de qualité et de sécurité des soins. Ils participent d'ailleurs déjà activement à leur élaboration en groupes de travail pluridisciplinaires dans nos structures hospitalières. Vous le savez bien, nous le savons bien.

Nous demandons ici à freiner un peu les ardeurs des ARS. Cet amendement prévoit que le directeur général de l'ARS ne puisse pas mettre un terme à un protocole de coopération de façon arbitraire, mais qu'une première mise en demeure et qu'un avis de la Haute Autorité de santé doivent précéder la décision définitive d'interruption du protocole. Un délai

minimal de trois mois permet ainsi aux professionnels de santé d'améliorer leur protocole pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je ne suis pas favorable à votre amendement pour des raisons de sécurité et de qualité des soins.

Je rappelle que la simplification apportée à l'article 1^{er} bis permet précisément de faire confiance aux acteurs de santé dans les territoires, qui décident d'un protocole de coopération. Le simple accord entre des professionnels pour coopérer permet de lancer ce protocole, l'ARS et la HAS donnant seulement un avis a posteriori. Il s'agit donc bien là d'une véritable transformation et d'une simplification de ces protocoles de coopération. Des difficultés existaient depuis plus de dix ans maintenant. Je crois qu'il faut plutôt saluer cette avancée, mais un avis a posteriori reste nécessaire pour préserver la qualité et la sécurité des soins.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

M. le président. Sur article 1^{er} bis, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, vous avez raison, l'article 1^{er} bis va bien dans le sens de la simplification, mais ce n'est pas suffisant. Vous posez comme préalable, pour le développement des protocoles de coopération, l'existence d'une CPTS : une fois ce cadre posé, il suffirait juste de passer des accords.

Je reviens à mon exemple très concret – désolé mais ce sont des problématiques de terrain – du médecin et de l'IDE libéral. Aujourd'hui, avec l'ARS, c'est une vraie galère. Le cadre que vous proposez au travers de cet article 1^{er} bis ne va rien résoudre, on le voit bien : faire de la CPTS l'alpha et l'oméga de la coopération ne peut pas fonctionner, vu la lourdeur du dispositif et son périmètre, inadapté à la réalité des territoires. Il est évident qu'il faut l'assouplir. On n'a qu'à faire un sondage : y a-t-il quelqu'un ici dont le territoire est couvert par des CPTS ? Certaines sont en gestation, mais cela prend énormément de temps !

Si on veut développer les protocoles de coopération, il faut assouplir ce cadre. On n'a pas le même portage dans tous les territoires. Dans certains il y a un hôpital extrêmement important. Certains comptent des contrats locaux de santé – CLS – parce que l'ARS l'a voulu ainsi, mais il y a des communautés de communes qui sont dépourvues de CLS. Sur des périmètres métropolitains, les CPTS fonctionnent, mais il en va autrement des territoires ruraux à qui on veut imposer cette structure alors qu'ils n'ont rien en commun.

Je vous invite donc à assouplir ce cadre pour permettre une coopération de bon sens adaptée au terrain.

(L'amendement n° 354 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Pujol, pour soutenir l'amendement n° 356.

Mme Catherine Pujol. Si la télésanté comporte certains avantages, elle présente également des risques, celui notamment d'une aggravation de la fracture numérique ou de failles de sécurité. Elle risque également de développer une faille sanitaire entre les établissements de santé qui pourront bénéficier de la présence effective des praticiens et ceux qui ne pourront avoir accès à certains spécialistes qu'au travers de la télésanté.

La télésanté est la promesse d'une médecine qui s'émancipe des territoires, permettant aux patients de bénéficier de consultations médicales n'importe où. Nous pensons cependant qu'il est important pour le maintien d'une médecine de qualité de garantir un parcours de soins qui reste connecté au territoire. Le risque des prestations de téléconsultation délocalisées est de transformer le médecin en un simple fournisseur d'ordonnances à la demande.

La télésanté ne doit pas devenir un palliatif à l'échec du déploiement d'une médecine de proximité et des territoires. En l'absence de données objectives garantissant une même qualité des soins entre la médecine en présentiel et la télé-médecine, le présent amendement vise à privilégier la présence effective des praticiens plutôt que leur simple disponibilité par le biais de la télésanté.

(L'amendement n° 356, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 1^{er} bis.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	90
Nombre de suffrages exprimés	76
Majorité absolue	39
Pour l'adoption	76
contre	0

(L'article 1^{er} bis est adopté.)

Après l'article 1^{er} bis

M. le président. La parole est à Mme Annie Vidal, pour soutenir l'amendement n° 502.

Mme Annie Vidal. Le comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Ce comité est composé de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, ainsi que des agences régionales de santé.

Le présent amendement vise à associer l'Union nationale des professionnels de santé, l'UNPS, seule institution interprofessionnelle, aux travaux de ce comité. Je rappelle que l'UNPS porte la parole de douze professions de santé, soit 400 000 professionnels de santé libéraux.

(L'amendement n° 502, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

Avant l'article 2

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier, pour soutenir l'amendement n° 266.

Mme Annie Chapelier. Après monsieur Grelier, c'est à mon tour d'avoir un petit moment d'humeur, puisque la plupart de ceux de nos amendements qui faisaient l'intérêt de cet amendement-là ont été considérés comme irrecevables.

Il s'agit de transformer le titre du chapitre II sur l'évolution des professions « de sage-femme et de masseur-kinésithérapeute », qui deviendrait « de sage-femme et de certains auxiliaires médicaux ». J'avais en effet compris l'extension du texte aux masseurs-kinésithérapeutes comme une porte ouverte à l'évolution d'autres professions, telles celles d'opticien orthoptiste ou de psychomotricien, vers le statut de profession réglementée. Certains amendements de M. Potterie, par exemple, avaient cet objectif. C'est ce qui justifiait cette proposition de modification du titre.

(L'amendement n° 266, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

Article 2

M. le président. La parole est à Mme Aurore Bergé.

Mme Aurore Bergé. Cet article est particulièrement important. Il est dans la droite ligne de ce que nous faisons avec Ma santé 2022 : permettre une meilleure prise en compte et une montée en compétence de certaines professions médicales, notamment des sages-femmes.

Les sages-femmes sont le premier recours dans le parcours de soins des femmes. Elles les dépistent, elles les accompagnent, mais malheureusement, encore trop souvent, leurs compétences ne sont pas suffisamment connues de l'ensemble des femmes ni suffisamment reconnues. L'objectif de cet article est de faciliter le parcours de soins des femmes en permettant une meilleure reconnaissance du travail des sages-femmes.

La commission, sous l'égide de la rapporteure, a voulu qu'elles puissent par exemple renouveler des arrêts de travail ou des arrêts maladie, et que leurs compétences soient mieux respectées. C'est ce que nous entendons continuer à faire dans le cadre de cet examen en séance pour qu'enfin toutes les femmes aient un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire, et pour que les sages-femmes qui sont leur premier recours aux soins soient pleinement reconnues. *(M. Sylvain Templier applaudit.)*

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Sans exprimer une nouvelle fois ma déconvenue, je voudrais quand même souligner que M. le ministre et Mme la rapporteure ont été, tout autant que moi et que mes collègues, étonnés par l'irrecevabilité de nos amendements. Ils s'inscrivaient totalement dans l'esprit de cet article. Il s'agissait en effet, je le répète, de faire évoluer certaines professions paramédicales, certaines professions de soins, et de leur donner des compétences élargies. Ces amendements répondaient à une demande assez immédiate alors que la suite qui sera donnée au rapport qui a été voté précédemment n'arrivera que beaucoup plus tard.

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

M. Jean Lassalle. J'espère que ces dispositions seront de nature à toucher les sages-femmes, parce que pour l'instant, on ne peut pas dire qu'elles se sentent le moins du monde prises en compte.

Pourtant, dans les territoires où les services de maternité ont dû fermer de gré ou de force – il est même arrivé qu'on ferme leurs portes avec des chaînes pour que les parturientes ne puissent pas y accéder – ce sont des sages-femmes, qui, en l'absence de médecins, sont obligées d'intervenir, parfois sur le bord de la route, quand une malheureuse n'a pas pu arriver jusqu'au centre hospitalier : chez nous, il faut parfois rouler trois heures avant d'y arriver. Quand je vois ce dont elles disposent pour travailler, le manque de considération dont elles sont l'objet, je souhaite ardemment que ce que vous nous proposez, monsieur le ministre, soit de nature à consacrer leur qualification et à leur redonner un peu d'espoir.

M. le président. Sur l'article 2, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

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

Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 135, 183 et 475, tendant à la suppression de l'article 2.

La parole est à M. Pierre Cordier, pour soutenir l'amendement n° 135.

M. Pierre Cordier. Cet amendement de Dino Cinieri vise effectivement à supprimer cet article, qui permet aux sages-femmes de prescrire des arrêts de travail pour une durée supérieure à quinze jours. Or si un arrêt de travail de quinze jours constitue, dans le cas d'une grossesse, un arrêt que l'on peut considérer comme classique, au-delà on est clairement dans une situation pathologique dont le suivi, et donc la décision quant à la durée de l'arrêt, doit relever soit de l'obstétricien, soit du médecin traitant.

M. le président. Les amendements identiques n°s 183 de Mme Brigitte Kuster et 475 de M. Jean-Pierre Vigier sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Monsieur Cordier, une femme enceinte qui souffre d'une sciatique, exemple que je connais particulièrement en tant que rhumatologue...

M. Pierre Cordier. Dans ce cas je vais vous demander une consultation !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. ...a parfois besoin de s'arrêter pendant trois semaines et ce n'est pas pour autant une grossesse pathologique.

Il est important d'introduire de la souplesse et d'avoir confiance en la capacité de ces professionnels de faire preuve de mesure dans la délivrance de ces arrêts plutôt que de contraindre la patiente à reprendre rendez-vous chez le médecin. Par cette disposition on simplifie la vie des patientes et on fait confiance aux sages-femmes. L'avis est donc très défavorable sur cette proposition de suppression. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et Agir ens.)*

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

M. Olivier Véran, ministre. Sage-femme est une profession médicale. En tant que professionnels médicaux, sages-femmes et maïeuticiens sont fondés à prescrire. Aujourd'hui,

les sages-femmes ont la possibilité de prescrire jusqu'à quinze jours d'arrêt maladie dans le cas d'une grossesse qui n'est pas pathologique. Une grossesse pathologique nécessite la consultation d'un médecin obstétricien de manière à garantir un suivi adapté.

L'année dernière, quelque 20 000 arrêts de travail ont été prescrits par des sages-femmes dans le cas de grossesses non pathologiques, pour une durée moyenne de neuf jours. Dans la moitié des cas, les patientes ont dû aller chez un médecin pour se voir prescrire une prolongation d'arrêt, pour des motifs liés soit à leur profession, soit à des problèmes intercurrents sans lien direct avec la grossesse mais qui justifiaient que les futures parturientes restent un peu plus longtemps à la maison.

Pourquoi cette limite de quinze jours ? Il n'y a aucun abus et cela répondrait à une demande des sages-femmes et des patientes, et même d'un grand nombre de médecins, qui n'y voient absolument pas malice. Pour toute l'année dernière, ces arrêts ont coûté moins de 6 millions d'euros.

Quand la situation le requiert, une femme enceinte ne doit pas être forcée de prendre un nouveau rendez-vous chez un médecin pour avoir la confirmation de ce que sa sage-femme lui a dit quelques jours plus tôt. Au bénéfice de ces explications, je vous demande donc de bien vouloir retirer vos amendements.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je ne soutiendrai pas ces amendements. Toutes ces professions sont importantes : les médecins ne sont pas les « sachants », seuls capables de prescrire des arrêts maladie.

Je voudrais ajouter mon mouvement d'humeur à tous ceux de la soirée en regrettant à mon tour que nos amendements aient été déclarés irrecevables. Vous savez, chers collègues, le meilleur obstétricien du monde ne pourra pas pratiquer la plus belle césarienne du monde sans être assisté des meilleurs ASH – agents des services hospitaliers – du monde et s'il ne peut pas pratiquer dans une salle d'accouchement aseptisée. C'est un travail d'équipe, et c'est ensemble qu'on apprend.

M. Jean Lassalle. Tout à fait !

Mme Caroline Fiat. Je trouve regrettable que cet article ne parle que des professions dites « nobles », alors que toutes les professions médicales sont nobles. On ne parlera pas par exemple des auxiliaires puéricultrices qui accueillent l'enfant une fois qu'il est né, ni des aides-soignantes qui accompagnent les mamans jusqu'à l'accouchement, avant que la sage-femme n'intervienne. Je trouve ça vraiment dommage.

Pour terminer, si je hurle souvent après M. le ministre en lui reprochant de ne rien faire, ou rien de bien, j'ai appris qu'il était intervenu pour que l'aide-soignante menacée d'expulsion faute de titre de séjour puisse rester sur le sol français. Il faut savoir reconnaître une bonne action, et je vous remercie, monsieur le ministre, d'avoir aidé cette aide-soignante à rester en France. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Cordier.

M. Pierre Cordier. Merci, monsieur le ministre, pour vos éléments d'explication. Au vu de l'alliance de fait qui s'est formée ce soir entre la France insoumise et vous – je

plaisante... – et surtout de ces arguments pertinents, mes collègues ne m'en voudront pas de retirer leurs amendements. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. Thierry Benoit. Bravo !

(*Les amendements identiques n^{os} 135, 183 et 475 sont retirés.*)

M. le président. Les amendements identiques n^{os} 236 de Mme la rapporteure et 275 de Mme Annie Chapelier sont rédactionnels.

(*Les amendements identiques n^{os} 236 et 275, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 2.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	91
Nombre de suffrages exprimés	91
Majorité absolue	46
Pour l'adoption	88
contre	3

(*L'article 2, amendé, est adopté.*)

Après l'article 2

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 2. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n^o 435.

Mme Caroline Janvier. Dans le droit fil de l'article 2, cet amendement portant sur la bi-appartenance vise à permettre aux doctorants de la filière maïeutique d'exercer simultanément leur activité d'enseignement et de recherche et leur activité professionnelle, comme le peuvent déjà les pharmaciens, les dentistes et les médecins. À l'instar de ces professions, cela leur permettrait de combiner de façon optimale la théorie et la pratique, pour une meilleure actualisation de leurs connaissances, au service de l'enseignement qu'ils prodiguent.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il me paraît effectivement essentiel d'ouvrir la possibilité aux doctorants de la filière maïeutique d'exercer simultanément leur activité professionnelle et leur activité d'enseignement et de recherche. Votre demande me semble toutefois satisfaite puisque, depuis 2019, une section maïeutique a été créée au sein du CNU – Conseil national des universités. Les sages-femmes peuvent ainsi désormais prétendre à la qualification d'enseignant-chercheur en maïeutique.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

(*L'amendement n^o 435 est retiré.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 106 et 44, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Martine Wonner, pour soutenir l'amendement n° 106.

Mme Martine Wonner. Le Ségur de la santé qui s'est tenu cet été n'a pas permis d'améliorer le statut des sages-femmes. Ces dernières pourraient pourtant jouer un rôle beaucoup plus important dans la pratique de la majorité des actes médicaux en gynécologie, en obstétrique et en orthogénie.

Mon collègue Castellani, au nom duquel je défends le présent amendement, propose que soit reconnu aux sages-femmes un statut de professionnelles de premier recours, leur permettant d'assurer un suivi tout au long du parcours de santé spécifique des femmes enceintes.

M. le président. L'amendement n° 44 de Mme Marine Brenier est défendu.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous proposez que les sages-femmes soient autorisées à assurer un suivi en orthogénie. Des conditions précises devant être définies en la matière, j'émet, à ce stade, un avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. L'article 34 quinquies du PLFSS pour 2021, adopté tout à l'heure, prévoit une expérimentation de l'extension des compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse – IVG – instrumentale. Dans ce cadre seront définies par décret les conditions nécessaires afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, notamment s'agissant de la formation et de l'expérience professionnelle attendue des sages-femmes. Cette expérimentation sera ensuite évaluée, comme en a décidé le Parlement, avant que puisse être généralisée cette nouvelle compétence en orthogénie, qui est l'objet de l'amendement.

Dans la mesure où l'expérimentation vient d'être votée dans le cadre du PLFSS et que la loi sera promulguée au plus tard le 31 décembre 2020, nous vous proposons de nous en tenir à ce cadre. Pour cette raison, je demande le retrait de l'amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable. La direction proposée est toutefois la bonne – c'est celle que nous prenons.

(Les amendements n° 106 et 44 sont retirés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 430 et 60, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 430.

Mme Caroline Janvier. Il vise à permettre aux étudiants sages-femmes d'effectuer des remplacements en tant qu'aides-soignants dès leur deuxième année et en tant qu'auxiliaires de puériculture dès leur troisième année. La présence de ces étudiants dans les services de gynécologie ou de pédiatrie est en effet devenue indispensable au bon fonctionnement de certains établissements lors de la crise sanitaire ou des congés estivaux.

Or, en raison du vide juridique qui existe actuellement, la capacité de ces étudiants à effectuer de tels remplacements dépend de la bonne volonté des ARS et des centres hospitaliers. Il en résulte que, selon un recensement effectué par l'Association nationale des étudiants sages-femmes, 53,1 % d'entre eux ne sont pas autorisés à effectuer ces remplacements. La non-reconnaissance de cette équivalence entraîne

des risques de dépassement de compétences et de rémunération illégale, et pose des questions évidentes de responsabilité civile des étudiants. L'amendement vise à combler ce vide juridique.

M. le président. L'amendement n° 60 de Mme Christine Cloarec-Le Nabour est défendu.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis, à titre personnel, extrêmement favorable à l'idée défendue à travers ces amendements. Néanmoins, ils relèvent du domaine réglementaire. Un arrêté autorise d'ailleurs déjà la délivrance du diplôme d'État d'auxiliaire en puériculture aux étudiants sages-femmes. Demande de retrait, ou avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. J'ajoute que le ministère mène actuellement un travail d'ingénierie réglementaire pour mettre à jour les équivalences et offrir à tous les étudiants en santé susceptibles d'être concernés des possibilités de passerelle. Ce dispositif est très utile. Je saisis d'ailleurs l'occasion qui m'est faite de remercier les étudiants en maïeutique, qui sont actuellement mobilisés dans de nombreux hôpitaux dans le cadre de la crise sanitaire, notamment en faisant fonction d'aides-soignants.

Ces remplacements sont tout à fait possibles. La preuve en est qu'ils existent déjà. C'est cependant par la voie réglementaire, et non par la voie législative, qu'ils doivent être organisés. Il serait même plutôt contre-productif d'inscrire un tel mécanisme dans la loi, cette dernière étant moins fréquemment révisée que le règlement, qui évolue sans cesse.

Je confirme qu'il est très précieux que les étudiants des différentes filières de santé puissent bénéficier d'équivalences et de correspondances afin d'effectuer des missions. Il se trouve que je l'ai fait moi-même quand j'étais étudiant.

M. Pierre Cordier. C'était il y a longtemps !

M. Olivier Véran, ministre. J'y suis donc très favorable mais, encore une fois, cela relève vraiment du domaine réglementaire. Demande de retrait : à défaut, avis défavorable.

M. le président. Votre amendement est-il retiré, Mme Janvier ?

Mme Caroline Janvier. Si le ministre, qui a la main sur le champ réglementaire, s'engage à clarifier la situation actuelle pour que les remplacements ne dépendent plus de la bonne volonté des ARS, j'accepte de le retirer. J'espère néanmoins que le nouveau système sera opérationnel dans les prochains mois.

(Les amendements n° 430 et 60 sont retirés.)

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n° 229.

Mme Sereine Mauborgne. J'ajoute à ce qui vient d'être dit que le fait de pouvoir travailler dans leur métier – ou en tout cas dans leur filière professionnelle – pendant les études revêt une grande importance pour les élèves : les trois ans et demi de formation sont parfois longs à supporter pour les familles et les étudiants, auxquelles cette possibilité permet également de financer leurs études. Je peux en témoigner.

L'amendement n° 229 vise à inscrire dans la loi la place particulière des sages-femmes dans la conduite des politiques nationales de soins de santé primaire. Comme le note le conseil national de l'ordre des sages-femmes : « Au regard du rapport des 1 000 jours et en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de santé, il est indispensable que le parcours obstétrical soit coordonné par un professionnel de santé afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes. Ainsi, la sage-femme référente permettra d'aider les parents à construire leur projet de naissance et de faire le lien avec la maternité, de diminuer les passages aux urgences en étant disponible et à l'écoute dans un climat de confiance, et de rendre effectif le volet anténatal du programme d'accompagnement du retour à domicile – PRADO – en organisant en amont les sorties de maternité. Son rôle est complémentaire de celui du médecin sans se substituer à lui puisqu'elle exerce dans le champ de la physiologie. »

N'est-il pas temps que le rôle et les compétences des sages-femmes soient davantage pris en considération ? C'est l'objet de cet amendement, travaillé avec l'ordre des sages-femmes : il vise à ce que, dans toute situation ne nécessitant pas le recours à l'expertise d'un gynécologue ou d'un gynécologue obstétricien, la patiente puisse, dans un premier temps, accéder aux soins gynécologiques en rencontrant une sage-femme.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous souhaitez permettre aux sages-femmes de participer à la prise en charge et au parcours de soins primaires. Je partage votre préoccupation : il est essentiel que les femmes sachent qu'elles peuvent s'adresser à une sage-femme pour leur suivi régulier. Il faut néanmoins inciter les sages-femmes à participer à des équipes de soins primaires ou à des coopérations professionnelles territoriales de santé.

Pour répondre aux questions soulevées tout à l'heure par certains de nos collègues, la région Centre-Val de Loire – probablement parce qu'elle présente la densité médicale la plus faible – compte plus de vingt CPTS. Ces dernières, qui ont montré leur efficacité en matière de coopération mais surtout de qualité de prise en charge des patients, se multiplient à vue d'œil : il faut un peu moins de six mois pour créer une CPTS, ce qui n'est pas si long. Cela ouvre accès à des coordonnateurs, à des aides et à des incitations. Je vous invite donc à encourager les infirmiers et les médecins de vos territoires à s'engager dans des CPTS.

Avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, ministre. Il s'agit d'un long amendement, auquel je m'efforcerai de répondre sur le fond. Il existe une différence entre estimer que les sages-femmes peuvent participer aux soins primaires – c'est le cas : elles peuvent être sollicitées en premier recours, librement, et assurer un suivi – et considérer que des « sages-femmes traitantes » devraient être désignées en lieu et place des médecins traitants, ce qui me semble être l'objet de votre amendement tel que je le comprends en première analyse.

Si tel était le cas, l'objectif affiché me semblerait moins bon, car la notion de médecin traitant suppose une prise en charge polyvalente et accomplie du patient, en lien avec une ou plusieurs pathologies. Or, si une sage-femme est parfaitement compétente en matière de suivi gynécologique, de santé sexuelle et de contraception, elle ne l'est pas pour une

multitude d'autres pathologies : une sage-femme ne saurait jouer un rôle de médecin traitant pour un patient qui aurait une angine, une colique néphrétique ou tout autre symptôme. On créerait ainsi une forme de confusion juridique.

C'est pourquoi je suis tenté de demander le retrait de l'amendement ou, à défaut, d'émettre un avis défavorable, quitte à étudier la possibilité d'adopter une rédaction différente en deuxième lecture.

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Il s'agissait de désigner des sages-femmes référentes, mais nous pourrions effectivement retravailler l'amendement d'ici la prochaine lecture.

(L'amendement n° 229 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n° 204.

M. Guillaume Chiche. À mon tour, je me permets de souligner que nous avons eu la désagréable surprise de voir de très nombreux amendements être jugés irrecevables, sans comprendre pourquoi, dès lors qu'ils ne tombaient pas sous le coup de l'article 40 de la Constitution ou d'une autre disposition. C'est fort dommage, car nombre de ces amendements visaient à améliorer le parcours et l'environnement de travail des sages-femmes : cette proposition de loi était toute désignée pour évoquer ces questions.

J'en viens à l'amendement n° 204, par le biais duquel nous proposons de transformer, à titre expérimental et pour trois ans, la consultation longue « infections sexuellement transmissibles/contraception » en une consultation longue « santé sexuelle » universelle. Le dispositif actuel étant réservé aux filles âgées de 15 à 18 ans, l'objectif consiste à l'étendre à tous les jeunes, car la charge de la contraception doit évidemment être portée aussi bien par les filles que par les garçons. Tel est le sens de l'amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il est satisfait puisqu'un amendement dans ce sens a été voté dans le cadre du PLFSS pour 2021. C'est donc une demande de retrait.

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

M. Olivier Véran, ministre. Même avis. Il a été voté cet après-midi !

M. le président. La parole est à M. Guillaume Chiche.

M. Guillaume Chiche. Je constate que nous sommes d'accord sur l'orientation. Cependant, l'expérimentation demandée dans cet amendement est d'une durée de trois ans alors que, dans l'amendement déposé par Mme Fabre dans le cadre du PLFSS, elle est de douze mois.

(L'amendement n° 204 n'est pas adopté.)

Mme Caroline Fiat. Monsieur le président, il me semble que l'amendement était adopté !

Article 2 bis

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, vous nous avez dit que les CPTS fonctionnaient à merveille dans votre circonscription mais ce n'est pas le cas dans tous les territoires.

Je reprends l'exemple du projet de binôme entre une infirmière et un médecin dans ma circonscription, dont je vous ai déjà parlé tout à l'heure : on leur a dit de monter une CPTS, en précisant qu'il fallait le faire à grande échelle mais qu'elles ne devaient pas s'inquiéter car on recruterait un bureau d'études, un cabinet de conseil qui les accompagnerait, moyennant une somme à cinq chiffres... Le projet est en cours, des réunions se tiennent depuis plusieurs mois, mais finalement on n'avance pas. Certes la crise sanitaire est passée par là, mais on voit que cela a du mal à aboutir.

Surtout, il y a un autre problème, c'est que certains territoires disposent de CPTS ou de CLS qui ne correspondent pas aux territoires de coopération réels. Je pense par exemple à une permanence de soins assurée, dans ma circonscription, par des pharmaciens dans un espace délimité de façon cohérente mais qui appartient à trois territoires de CLS différents et à trois territoires de CPTS différents. Je vous laisse mesurer l'incohérence de ces dispositifs technocratiques, déconnectés de la réalité du terrain.

Il faut laisser aux professionnels la possibilité de travailler ensemble – certains le font d'ailleurs déjà – mais si l'on veut que des coopérations de ce type se développent très rapidement, il ne faut pas les conditionner à l'existence de CPTS de taille XXL, qui tardent à voir le jour. Ces CPTS ne doivent pas représenter l'alpha et l'oméga de notre politique de coopération sanitaire.

M. Vincent Descoeur. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Laurence Trastour-Isnart, pour soutenir les amendements de suppression n^{os} 133 et 184, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

Mme Laurence Trastour-Isnart. Au vu des données statistiques que vous avez évoquées tout à l'heure concernant les arrêts de travail supérieurs à quinze jours prescrits par les sages-femmes, les amendements de mes collègues M. Cinieri et Mme Kuster sont retirés.

M. Olivier Véran, ministre. Merci !

(Les amendements identiques n^{os} 133 et 184 sont retirés.)

(L'article 2 bis est adopté.)

Article 2 ter

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. J'ai souhaité parler sur cet article car nous risquons de voir ressurgir un débat que nous avons déjà eu deux fois au sein de l'hémicycle. Aussi, plutôt que d'aborder le fond du sujet, je veux évoquer la forme.

L'amendement n^o 509 du Gouvernement vise à supprimer cet article. On reviendrait ainsi sur le dispositif que nous avons voté en commission et qui permet aux sages-femmes de pratiquer des IVG chirurgicales après avoir suivi une formation adéquate. Le Parlement a déjà voté deux fois en faveur de cette mesure, une première à l'occasion de la proposition de loi de Mme Gaillot, et une deuxième, sous la forme d'une expérimentation, lors du PLFSS voté ce jour.

Peut-être pourrions-nous éviter un chaos parlementaire comme il s'en produit parfois lorsqu'une même disposition fait l'objet de textes multiples.

En espérant que le ministre entendra mon appel, et même si ce n'est pas habituel, j'invite donc le Gouvernement à retirer son amendement afin que ce troisième vote vienne confirmer les deux précédents.

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements de suppression, n^{os} 509, 36, 62, 331, 421 et 448.

Mme Caroline Fiat. Quel dommage !

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n^o 509.

M. Olivier Véran, ministre. Il vise en effet à supprimer l'article 2 ter, introduit en commission et qui prévoit d'étendre les compétences des sages-femmes à l'IVG instrumentale, et ce jusqu'à dix semaines de grossesse.

Ce n'est pas que nous ne soyons pas favorables à ce dispositif : j'y suis favorable, comme je l'ai déjà dit à l'occasion de l'examen de deux textes différents. Mais justement, il faut laisser toute sa place à l'article 34 quinquies du PLFSS, qui a été voté en lecture définitive tout à l'heure et qui prévoit une expérimentation de l'extension des compétences des sages-femmes à l'IVG instrumentale en établissement de santé.

Nous allons donc instaurer ce dispositif, mais par le biais d'une expérimentation, cadrée grâce au travail mené par les parlementaires dans cette assemblée. Car si je souhaite bien sûr longue vie à la proposition de loi de Stéphanie Rist, et espère qu'elle sera appliquée le plus rapidement possible, je suis sûr en tout cas que le PLFSS sera promulgué d'ici à la fin de l'année, donc opérationnel et effectif dès le début de l'année prochaine.

Afin d'éviter tout télescopage – car en général, lorsque deux textes qui ne sont pas au même niveau de maturité prévoient simultanément les mêmes dispositions, rien ne bouge – je vous propose d'en rester à la disposition que vous avez adoptée dans le cadre du PLFSS. De mon côté, je m'engage à faire en sorte que l'expérimentation commence sans délai, une fois les protocoles opérationnels définis. Je suis convaincu que cette expérimentation aboutira, le cas échéant, à une généralisation plus tôt que si la disposition était adoptée dans le cadre de cette proposition de loi.

M. le président. Les amendements identiques n^{os} 36 de M. Dino Cinieri et 62 de M. Marc Le Fur sont défendus.

La parole est à Mme Catherine Pujol, pour soutenir l'amendement n^o 331.

Mme Catherine Pujol. Il vise à supprimer cet article ajouté en commission.

L'IVG chirurgicale est un geste très particulier qui doit rester dans les seules mains des médecins. Cet article témoigne, une fois encore, de l'approche idéologique des auteurs de l'amendement en commission sur ce sujet, approche déjà dénoncée lors de l'examen de la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement.

Soyez sûrs que nos compatriotes n'ont absolument pas besoin d'idéologie pour sortir de la crise sanitaire et économique, voire sociale, qui les touche aujourd'hui. J'ajoute que si la formation des médecins obstétriciens gynécologiques dure onze ans, ce n'est peut-être par hasard. C'est

sûrement leur faire offense que de vouloir déléguer un acte qui touche à la vie à un autre professionnel de santé – et c'est pourtant une professionnelle de santé qui vous le dit.

M. Pierre Dharréville. Très mauvaise idéologie.

M. le président. Les amendements identiques n^{os} 421 de M. Thibault Bazin et 448 de M. Paul-André Colombani sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet article ayant été adopté en commission, je suis, en toute cohérence, défavorable à sa suppression, et donc aux amendements.

M. le président. La parole est à Mme Aurore Bergé.

Mme Aurore Bergé. Je n'avais pas prévu d'intervenir sur cette question mais je tiens à réagir à ce que j'ai entendu. J'ai l'impression que le débat sur l'IVG revient sans cesse, ce qui me laisse interloquée. Ce n'est pas un tel débat qui se joue à travers cet article – du moins je l'espère.

Pour ma part, je suivrai l'avis de la rapporteure et soutiendrai ce qui a été voté en commission des affaires sociales. J'ai voté la proposition de loi qui visait à renforcer le droit à l'avortement. Il est temps de faciliter l'accès des femmes à l'IVG sur l'ensemble du territoire. Celui-ci ne saurait être entravé, en aucune manière. Les sages-femmes sont tout à fait compétentes pour pratiquer des IVG dans un cadre extrêmement réglementé et régulé, sinon les parlementaires n'auraient pas adopté cette disposition, une première fois lors de la proposition de loi relative à l'IVG et une deuxième lors de l'examen du présent texte en commission. Les parlementaires savent très bien faire une loi.

(Les amendements identiques n^{os} 509, 36, 62, 331, 421 et 448 sont adoptés et l'article 2 ter est supprimé.)

Article 2 quater

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Cet article apporte des compléments sur l'évolution de la profession de sage-femme. J'ai déposé un amendement n^o 267 qui vise à remédier à une souffrance pour elles, en leur donnant un véritable statut médical.

De même que les sages-femmes savent très bien dans quelles situations elles doivent faire appel à un obstétricien, avec lequel elles travaillent d'ailleurs en parallèle lors des accouchements, elles ont le discernement requis pour savoir dans quels cas elles peuvent elles-mêmes prescrire, comme cela a été voté en commission, les examens complémentaires nécessaires au dépistage des infections sexuellement transmissibles – IST – et dans quels cas elles doivent plutôt renvoyer les patients vers un médecin spécialiste car une telle décision excède leur niveau de compétence. Cet amendement viendra donc compléter les dispositions qui ont déjà été votées concernant le dépistage et le traitement des IST.

M. le président. L'amendement n^o 267 de Mme Annie Chapelier vient d'être défendu.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir le sous-amendement n^o 515.

M. Paul Christophe. Il est rédactionnel.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous proposez qu'un ensemble d'examens complémentaires, nécessaires dans le cadre de ces infections, soient réalisés par les sages-femmes. La notion de « bilans et examens complémentaires » retenue dans l'amendement me semble trop large et imprécise, d'autant plus que les traitements qui pourront être prescrits par les sages-femmes seront indiqués sur une liste fixée par arrêté et que les maladies qui nécessitent des examens complémentaires ne figureront pas sur cette liste.

L'avis est défavorable car, si l'on pousse votre raisonnement, on pourrait imaginer qu'à partir d'une suspicion de syphilis il soit nécessaire de procéder à une ponction lombaire, ce qui ne relève décidément pas du travail de la sage-femme.

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

M. Olivier Véran, ministre. Je n'ai aucun problème de principe, madame la députée, à ce qu'une sage-femme amenée à prescrire le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et un traitement puisse aussi prescrire des examens complémentaires dans le but d'affiner son diagnostic. Mais, outre le très bon argument de Mme la rapporteure sur le caractère non limitatif de votre amendement, je rappelle que s'il est facile d'établir une liste par arrêté et de la réactualiser régulièrement, vous prévoyez la voie du décret. Cela signifierait qu'il faudrait en faire un nouveau à chaque fois que la liste des bilans, des examens complémentaires et des traitements prescriptibles par les sages-femmes serait à réactualiser. Un tel alourdissement de la procédure ne va pas du tout dans le sens de ce que vous plaidez et je vous propose de retirer votre amendement.

M. le président. Madame Chapelier ?

Mme Annie Chapelier. Il s'agit en l'occurrence, monsieur le ministre, de la possibilité pour les sages-femmes de prescrire au partenaire de leur patiente : pour cette dernière, elles le peuvent déjà. Il faut éviter que des malades potentiels soient perdus de vue à cause de la multiplication des intervenants. En plus, le champ de l'amendement est très restreint : il s'agit des IST, dont on connaît la liste, qu'elles soient virales ou bactériennes, et qui plus est uniquement des dépistages.

M. Olivier Véran, ministre. Ce n'est pas l'amendement !

Mme Annie Chapelier. Mais si, il ne s'agit que du dépistage du partenaire à l'article 2 quater.

M. Olivier Véran, ministre. Dans votre amendement, c'est pour les deux !

(Le sous-amendement n^o 515 n'est pas adopté.)

(L'amendement n^o 267 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n^o 115 de Mme Nathalie Porte est défendu.

(L'amendement n^o 115, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n^{os} 463, 181, 296 et 351, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 181, 296 et 351 sont identiques.

L'amendement n° 463 de Mme Maud Petit est défendu.

La parole est à M. Vincent Descoeur, pour soutenir l'amendement n° 181.

M. Vincent Descoeur. Les sages-femmes doivent pouvoir prescrire tout examen et bilan en vue de protéger la femme enceinte et le fœtus. Cela permettrait, par exemple, de mieux détecter les incompatibilités rhésus. Il s'agit, une fois encore, de contribuer à renforcer la prévention et à rendre plus fluide le parcours de soins.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 296.

M. Jean-Louis Touraine. Ces trois amendements proposent en effet que les sages-femmes puissent prescrire des examens et des bilans sanguins en vue de protéger la femme enceinte et le fœtus. Cette mesure aboutirait à renforcer la prévention, à accélérer et à simplifier le parcours de soins, et à rendre du temps médical au médecin. Elle pourrait, par exemple, améliorer la prise en compte des incompatibilités rhésus lors d'une grossesse ultérieure, ou le dépistage de maladies telles que la drépanocytose chez le conjoint ou encore des infections sexuellement transmissibles. Il s'agit de compléter les missions des sages-femmes, lesquelles, je le rappelle à mon tour, appartiennent déjà aux professions médicales.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 351.

Mme Caroline Fiat. Si des députés provenant de groupes aussi différents vous proposent le même amendement, monsieur le ministre, vous pensez bien qu'il émane de l'ordre des sages-femmes. Dans le cadre de la grossesse, les sages-femmes doivent pouvoir prescrire tous les examens et bilans sanguins visant à protéger la femme enceinte et le fœtus. Cela permettrait de mieux prendre en charge les conséquences des incompatibilités rhésus lors d'une grossesse ultérieure, de dépister certaines maladies comme la drépanocytose chez le conjoint et de dépister certaines IST.

Cette disposition renforcerait la prévention, fluidifierait et accélérerait les parcours. Comme j'ai dit exactement la même chose que mes deux collègues, cela prouve bien que nous avons tous été convaincus par les sages-femmes, sur les bancs de la majorité comme sur les bancs de la droite et de la gauche : monsieur le ministre, vous ne pouvez donc qu'être convaincu vous aussi !

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Défavorable, parce que le périmètre de ces amendements me semble vraiment trop large.

Mme Caroline Fiat. Mais non !

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

M. Olivier Véran, ministre. On ne pourra vraiment pas me reprocher ce soir de donner systématiquement des avis défavorables, c'est loin d'être le cas. Mais je dois dire que si votre assemblée vient d'adopter une extension des compétences des sages-femmes au dépistage et à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles des partenaires masculins de leurs patientes, c'est parce que cela fait sens, que cela s'inscrit dans leur cœur de métier. En revanche, en entendant Jean-Louis Touraine dire qu'une sage-femme doit pouvoir éventuellement dépister une drépanocytose chez le

père biologique de l'enfant, je m'interroge : on n'est vraiment plus du tout dans la même logique – outre le fait que cet examen nécessite des compétences que moi-même, diplômé de médecine, n'ai sans doute pas. On migrerait vite alors vers le conseil génétique et vers l'accompagnement global non seulement des patientes mais aussi de leur partenaire.

Par ailleurs, un dernier argument devrait suffire à vous convaincre : la rédaction de ces amendements ne mentionne que le père biologique, alors qu'il y a des situations où ce n'est pas lui qui se rend avec sa compagne chez la sage-femme – par exemple quand elle s'est séparée du père biologique depuis le début de sa grossesse, ce qui peut hélas arriver. Or il est important pour la protection des femmes de s'intéresser aussi au partenaire avec lequel elles vont vivre. L'avis est donc défavorable.

(L'amendement n° 463 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n° 181, 296 et 351 ne sont pas adoptés.)

(L'article 2 quater est adopté.)

Après l'article 2 quater

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 2 quater.

La parole est à Mme Aurore Bergé, pour soutenir l'amendement n° 283, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 516.

Mme Aurore Bergé. Cet amendement vise, lui aussi, à élargir le champ d'intervention des sages-femmes pour que leurs compétences soient mieux reconnues et aussi les femmes mieux suivies dans leur parcours de soins.

Cela se fait notamment par l'extension du droit de prescription de médicaments. Je prendrai deux exemples : aujourd'hui, une sage-femme peut prescrire à une femme victime d'une infection urinaire... mais uniquement si cette femme est enceinte ; et elle peut prescrire des anti-inflammatoires lorsqu'une femme souffre après l'accouchement, mais pas lors de ses règles – ce qui arrive malheureusement à beaucoup d'entre nous.

Suivant la même logique, l'amendement propose aussi l'élargissement du droit de prescrire des dispositifs médicaux. Il s'agit donc d'élargir les compétences des sages-femmes et de mieux assurer la reconnaissance des dites compétences, mais aussi et surtout de permettre un meilleur parcours de soins pour les femmes.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour soutenir le sous-amendement n° 516.

M. Olivier Véran, ministre. Votre amendement, madame la députée, est important et va dans la direction que le Gouvernement souhaite suivre, à savoir celle de la reconnaissance des sages-femmes comme des professionnels de premier recours dans le parcours de santé des femmes. Le sous-amendement précise que la liste des dispositifs médicaux et des médicaments pouvant être prescrits par les sages-femmes devra être mise à jour dès la mise sur le marché d'un nouveau dispositif ou d'un nouveau médicament. C'est une belle avancée que votre amendement, qui en sera sécurisé et renforcé par le sous-amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Favorable sous réserve de l'adoption du sous-amendement.

(Le sous-amendement n° 516 est adopté.)

(L'amendement n° 283, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 334.

Mme Caroline Fiat. Depuis dix ans, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à chlamydia et à gonocoque augmente, selon Santé publique France. Cette augmentation touche tout particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans, et ces affections ont des conséquences parfois très lourdes, comme la stérilité. Dues à une utilisation non systématique du préservatif, ces infections, parfois silencieuses, sont très contagieuses et très fréquentes. Le dépistage est le seul moyen de diagnostic. Mais si le dépistage et le préservatif sont les moyens les plus efficaces pour lutter contre les IST, il est important de prendre en charge rapidement ces infections une fois dépistées pour éviter des complications graves.

Le champ d'action des sages-femmes devrait donc être élargi afin de leur permettre de traiter certaines IST des partenaires, donnant ainsi une nouvelle dimension à la prévention en favorisant une prise en charge précoce. Cet amendement nous a été proposé par l'ordre des sages-femmes. Et la rédaction évoque bien le « partenaire », monsieur le ministre, et non le « conjoint ».

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable parce que cet amendement me semble satisfait par l'article 2 quater.

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

M. Olivier Véran, ministre. On vient à l'instant même d'adopter un article qui va plus loin que ce que propose votre amendement, madame la députée. Je vous propose en conséquence de le retirer.

M. le président. Madame Fiat, l'amendement est-il retiré ?

Mme Caroline Fiat. Non, je ne le retire pas, monsieur le président.

M. Olivier Véran, ministre. Mais il amoindrit ce qui vient d'être voté !

(L'amendement n° 334 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Aurore Bergé, pour soutenir l'amendement n° 298.

Mme Aurore Bergé. Aujourd'hui, quand une sage-femme est amenée à devoir adresser une patiente à un spécialiste, elle ne peut le faire : elle doit repasser par l'intermédiaire du médecin traitant. C'est à la fois une difficulté supplémentaire dans un parcours de soins qui devrait être fluide et aussi un surcoût pour l'assurance maladie puisque le nombre des intervenants en est augmenté. Il s'agit, ici encore, d'améliorer le parcours de soins des femmes en reconnaissant mieux les compétences des sages-femmes.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. J'émettrai un avis de sagesse à titre personnel. Cet amendement a un intérêt pratique, notamment dans les territoires où il est difficile d'accéder rapidement à son médecin traitant. Je pense au cas où la femme enceinte a brusquement un problème de peau : il est plus simple que la sage-femme puisse l'envoyer directement chez le dermatologue plutôt que de devoir attendre un rendez-vous chez le médecin traitant. Il ne s'agit pas de remettre en cause la place du médecin référent dans le parcours, mais seulement de s'adapter à certains cas pratiques.

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

M. Olivier Véran, ministre. Je rappellerai tout d'abord qu'on a considérablement fait évoluer ce soir, et c'est tant mieux, le cadre d'exercice et les missions des maïeuticiens et des sages-femmes : en l'espace d'une heure, mesdames, messieurs les députés, vous avez boosté leurs compétences comme jamais depuis plus de dix ans.

Mais je ne suis pas complètement à l'aise avec la manière dont le problème est ici posé. Prenons le cas d'une patiente atteinte fréquemment de cystite. Sa sage-femme lui dit que c'est la quatrième de l'année, et qu'il faut aller voir un urologue pour faire un bilan urodynamique, éventuellement une scopie ou un scan. Dès lors qu'elle est habilitée à le lui conseiller, on peut se demander pourquoi passer obligatoirement par le médecin traitant ! Mais le généraliste n'aurait alors pas tort de s'inquiéter de la perte de données médicales sur la patiente dont il gère les pathologies, les antécédents et le suivi. Car sera-t-il informé ? La patiente peut finir par se dire qu'elle aime beaucoup sa sage-femme, que tout se passe super bien, et qu'elle ira toujours la voir en premier recours en cas de problème de santé. Or le champ des compétences n'est pas le même : ne confondons pas le métier de sage-femme et celui de médecin généraliste.

Et puis votre amendement ne pose aucune limite : pour n'importe quelle indication, la sage-femme pourrait adresser directement la patiente au spécialiste. Ce n'est pas le risque d'abus qui me pose problème, mais vraiment la question de la perte de données et de cohérence par rapport au médecin traitant.

Par ailleurs, en cas d'urgence, dermatologique ou autre, je rappelle qu'il y a toujours possibilité d'aller voir directement le spécialiste.

Bref, il ne faut peut-être pas confondre, je suis même sûr qu'il ne faut pas confondre le rôle du médecin généraliste, qui est le médecin référent, pluridisciplinaire, le pilier de la coordination des soins, et celui, que nous renforçons, d'une sage-femme dans le parcours de soins d'une femme enceinte ou non, en lien avec sa pathologie ou sa santé sexuelle. Vous ouvrez un cadre qui est trop général. J'hésitais avec un avis de sagesse, mais nos discussions m'amènent à donner un avis défavorable à l'amendement.

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Je rappelle le titre donné à cette proposition de loi : « Amélioration du système de santé par la confiance et la simplification ». Avec l'amendement n° 298, nous remplissons toutes les cases : c'est une amélioration, nous faisons confiance à des professionnels de santé qui connaissent leurs limites et leurs compétences, dont ils n'ont à ce jour jamais abusé – les sages-femmes identifient

parfaitement ce pour quoi elles sont compétentes et ce pour quoi elles ne le sont pas – et nous simplifions le parcours de soins des patients.

(L'amendement n° 298 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements, n°s 200, 436, 11, 333 et 223, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 11 et 333 sont identiques.

La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n° 200.

M. Guillaume Chiche. Je suis encore atterré par l'adoption de l'amendement de suppression de l'article 2 ter, déposé par le Gouvernement, qui empêchera les sages-femmes de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse instrumentales. Nous avons eu sur ce sujet des débats nourris et une expression claire de l'Assemblée nationale à l'occasion de l'examen d'une proposition de loi déposée par l'ancien groupe EDS – Écologie démocratie solidarité. Il y a quelques jours encore, la commission des affaires sociales adoptait l'article 2 ter, en parfaite cohérence avec tous nos débats précédents. Et voilà qu'aujourd'hui, au détour d'une proposition de loi qui ne fait que reprendre une disposition à laquelle la majorité de l'Assemblée avait adhéré, cet article est supprimé sans davantage de débat.

Monsieur le ministre, vous nous avez dit à plusieurs reprises que la question de l'IVG méritait qu'on y consacre le temps nécessaire pour construire un véritable débat ; vous nous avez aujourd'hui demandé d'adopter un amendement qui n'a pas fait l'objet d'un débat approfondi. Je le regrette amèrement.

Sur un tout autre sujet, l'amendement n° 200 vise à rendre obligatoire le fait de déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente afin de garantir un parcours coordonné tout au long de la grossesse, en période anténatale et postnatale.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 436.

Mme Caroline Janvier. Il vise à créer un statut de sage-femme référente, sur le modèle du médecin traitant, même si cela sera un peu différent. La sage-femme référente pourra ainsi participer à la gestion du dossier médical partagé et suivre les différentes grossesses d'une femme. Elle n'entrera en aucun cas en concurrence avec le médecin traitant qui coordonne le suivi des différents spécialistes ; elle prendra seulement place dans le parcours de soins d'une femme au cours de ses grossesses.

Cette disposition permet de valoriser les sages-femmes, dont le rôle tend à devenir de plus en plus important. Elle facilite le suivi des femmes, ce qui améliore la prévention et renforce aussi la position des sages-femmes dans la lutte contre les violences faites aux femmes – elles jouent en la matière un rôle peu connu mais d'autant plus important que les violences peuvent être exacerbées en cas de grossesse. Les sages-femmes, là encore, sont les bons interlocuteurs de premiers recours et il faut qu'elles puissent orienter les femmes vers les structures adaptées.

M. le président. Dans la discussion commune, nous en venons aux deux amendements identiques.

La parole est à Mme Jeanine Dubié, pour soutenir l'amendement n° 11.

Mme Jeanine Dubié. Il tend à donner la possibilité aux femmes enceintes de déclarer à l'assurance maladie le nom de leur sage-femme référente. Dans la continuité de l'amendement que vient de présenter Caroline Janvier, il s'agit de renforcer la coordination entre la ville et l'hôpital, en créant de véritables parcours coordonnés pour les femmes enceintes, car, aujourd'hui, la périnatalité est souvent oubliée dans l'exercice coordonné.

Ce dispositif permet de rendre effectif le volet anténatal du programme d'accompagnement du retour à domicile, en organisant en amont les sorties de maternité, précoces ou non, des femmes et des nouveau-nés, en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de santé.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement identique n° 333.

Mme Caroline Fiat. Issu d'une proposition de l'ordre des sages-femmes, il vient d'être très bien défendu par Mme Dubié. Le modèle périnatal français doit évoluer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des femmes, mais aussi des professionnels. Le renforcement du lien incontournable ville-hôpital, aujourd'hui insuffisant, constitue un point clé. Ce renforcement passera par la création de véritables parcours coordonnés pour les femmes enceintes au sein de chaque territoire.

Si ces amendements sont adoptés, chaque femme enceinte pourra déclarer une sage-femme référente qui tiendra à jour un dossier obstétrical complet, ce qui permettra d'aider les parents à construire leur projet de naissance, de faire le lien avec la maternité, de diminuer les passages aux urgences grâce à une disponibilité et une écoute particulières dans un climat de confiance, de réguler l'offre de soins des sages-femmes en organisant des relais, et de rendre effectif le volet anténatal du PRADO.

Au-delà des sages-femmes, l'amendement correspond aussi à une demande des patientes et des parents : nous espérons recueillir des avis favorables et le voir adopté.

M. le président. Pour conclure la discussion commune, la parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n° 223.

Mme Sereine Mauborgne. Je veux d'abord répondre à ce que disait M. Chiche concernant l'IVG, car il y a des limites au jeu démagogique. Nous avons voté deux fois en l'espace de trois mois la possibilité pour les sages-femmes d'effectuer des IVG instrumentales. La première fois, c'était à l'initiative d'un groupe désormais disparu auquel, je crois, notre collègue appartenait, et c'est précisément parce que ce groupe a été dissous et que nous ne connaissons pas l'avenir du texte voté à son initiative que nous avons sécurisé une expérimentation dans le PLFSS. Je ne pense donc pas que l'on puisse considérer que nous avons dénigré les sages-femmes en supprimant l'article 2 ter.

Les arguments développés excellemment par Mme Janvier valent pour l'amendement n° 223. Monsieur le ministre, puisque vous en parlez, je vous indique qu'il précise que les sages-femmes s'engagent à remplir le dossier médical partagé pour un lien permanent avec le médecin traitant.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion commune ?

Mme Stéphanie Rist, *rapporteuse*. Autant je suis favorable à ce que nous avançons concernant les professions médicales intermédiaires ou l'élargissement du champ de compétence des auxiliaires médicaux ou de professions médicales comme celle des sages-femmes, autant il me semble qu'une multiplicité de référents pour un même patient n'irait pas dans le sens de la simplification. Avis défavorable.

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

M. Olivier Véran, *ministre*. Même avis.

(Les amendements n^{os} 200 et 436, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme Caroline Fiat. J'aurais cru que le n^o 436 était adopté !

(Les amendements identiques n^{os} 11 et 333 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 223 n'est pas adopté.)

Article 2 quinquies

(L'article 2 quinquies est adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Questions au Gouvernement ;

Suite de la discussion de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

La séance est levée.

(La séance est levée le mardi 1^{er} décembre 2020 à zéro heure dix.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA