

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (n° 362) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale)..... 2
- Présences en réunion..... 40

Mardi

10 janvier 2023

Séance de 21 heures

Compte rendu n° 34

SESSION DE 2022-2023

**Présidence de
Mme Fadila Khattabi,
*présidente***



La réunion commence à vingt-et-une heures.

La commission poursuit l'examen de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (n° 362) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale).

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

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

Amendement AS338 de Mme Stéphanie Rist

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

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

Amendement rédactionnel AS339 de Mme Stéphanie Rist

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

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

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

Amendement AS142 de M. Thibault Bazin

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

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

L'exercice des soins coordonnés à l'intérieur des CPTS est un sujet de débat important. Vous voulez l'écarter. Je n'y suis pas favorable, car les CPTS permettent déjà les soins coordonnés : dans certaines d'entre elles sont organisés des soins non programmés, ce qui correspond bien à une coordination qui améliore l'accès aux soins. Cependant, j'entends

les craintes suscitées par le cas d'un professionnel qui appartiendrait à une CPTS sans pour autant travailler sur des projets en coordination avec les autres professionnels. Mais pourquoi interdirait-on l'accès direct à des professionnels désireux de s'engager dans un projet dans le cadre d'une CPTS ? Puisque différents groupes ont déposé des amendements à ce sujet, nous pourrions réfléchir à une rédaction qui, sans exclure purement et simplement les CPTS, impose aux professionnels qui en font partie de contribuer à formaliser un projet de prise en charge des malades dans le cadre de l'accès direct. Je suggère donc le retrait de l'amendement.

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

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

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

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

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

Ensuite, si nous louons l'intention qui préside au texte et certaines de ses dispositions, les structures qui y sont identifiées comme actrices de l'organisation des soins coordonnés représentent pour nous un sujet majeur d'interrogation. Nous avons assisté il y a quelques jours, avec Stéphanie Rist, aux vœux du Président de la République aux acteurs de la santé – c'était dans le beau département de l'Essonne. Il y a un point que je n'ai pas bien compris dans la feuille de route très floue – et quand c'est flou, c'est qu'il y a un loup – qui nous a été présentée : le Président voulait instituer les volets territoriaux du Conseil national de la

refondation (CNR) « santé » en acteurs potentiels de l'organisation d'une partie des soins coordonnés. On assiste à une sorte de valse-hésitation sur ce point. On veut des acteurs de la santé, et les CNR « santé » territoriaux pourraient permettre de faire naître des CPTS à certains endroits. Vous nous parlez des CPTS à propos de l'accès direct, madame la rapporteure générale, mais ont-elles seulement envie d'être les opératrices des soins coordonnés, donc la porte d'entrée de l'accès direct ? C'est cette interrogation principielle qui va innerver toutes nos observations.

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

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

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

Il ne me semblerait pas logique de rayer les CPTS d'un trait de plume alors que, dans certaines d'entre elles, les professionnels sont ainsi capables de travailler ensemble à un projet permettant l'accès direct. Je salue d'ailleurs la création des CPTS, qui n'est pas de notre fait puisqu'elle date de la loi « Touraine » de 2016 : c'était une proposition de coopération territoriale essentielle pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. On le voit déjà là où cela fonctionne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Sans doute le fonctionnement des CPTS varie-t-il selon les professionnels qui les animent ; je le vois d'ailleurs dans mon territoire. En revanche, je ne crois pas qu'une CPTS ait vocation à être une équipe de soins coordonnés. Elle sert à mettre les professionnels en relation, à permettre des initiatives communes, à

relever les défis sanitaires auxquels les territoires sont confrontés. C'est ce à quoi s'efforcent les CPTS de ma circonscription, et je remercie les professionnels qui s'engagent pour les faire vivre. Il faut donc travailler sur la notion d'équipe de soins et préciser le cadre que vous nous proposez, encore très flou.

En ce qui concerne l'intervention présidentielle, j'ai bien vu que le Président de la République avait très envie d'être aussi le ministre de la santé, ce qui ne date sans doute pas d'aujourd'hui. J'étais un peu surpris d'entendre toutes ces annonces dans sa bouche, détaillées à un degré qui ne relève sans doute pas de sa compétence, mais aussi du peu de cohérence entre son discours – qui mettait l'accent sur les assistants médicaux – et la proposition de loi que nous examinons. Peut-être ai-je été peu attentif, ou influencé par ma prévention envers sa posture ?

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

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

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

Je ne suis donc pas favorable à l'amendement.

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

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

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

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

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

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

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

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

Concernant les CPTS, il ne faut pas confondre organisation et coordination. Par exemple, l'Assemblée nationale est une structure organisée qui permet à 577 députés de travailler ensemble, mais cela ne signifie pas qu'ils voteront tous dans le même sens ! De même, les professionnels rassemblés dans une CPTS respectent des règles d'organisation mais n'ont pas forcément la même pratique. Il serait dangereux d'ouvrir un accès direct aux IPA dès lors qu'ils appartiennent à une CPTS. Nous vous proposons donc de limiter l'accès direct aux IPA dans le seul cadre d'une structure de soins coordonnés – ESP, centres de santé, maisons de santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission rejette les amendements.

Amendement AS4 de M. Joël Aviragnet

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

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

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

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

Votre proposition aurait pour conséquence de rigidifier le dispositif.

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

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

L'amendement est retiré.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS3 de M. Joël Aviragnet.

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

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

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

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

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

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

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

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

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement peut se lire de différentes façons. Pour ma part, je le considère plutôt comme un amendement de protection, qui vise à définir ce qui relève de l'exercice légal ou illégal de la médecine. La pratique est déjà encadrée : cela fait maintenant trente ans que les médecins vivent au rythme des références médicales opposables et des commissions de consensus – et je ne parle même pas des experts judiciaires, qui doivent suivre des formations continues depuis plus de vingt-cinq ans, et encore davantage depuis l'affaire d'Outreau.

La protocolisation n'est pas un asservissement, mais une façon élégante de reconnaître l'art et la technique des personnels paramédicaux – c'est par cette expression noble qu'il faut les désigner. Vous préférez parler de compétence, madame la rapporteure générale : il faut en effet prendre en compte la compétence, toute la compétence, mais rien que la compétence afin

que chacun soit à l'aise dans l'exercice de son métier. Comme l'a fait remarquer M. Colombani, il est étrange que l'on demande aux spécialistes de médecine générale de suivre une dixième année d'études au motif qu'ils ne seraient pas assez bien formés, alors qu'il a été souligné, lors d'une audition récente, que les petites urgences et le suivi des maladies chroniques stabilisées représentaient 80 % de la pratique courante des généralistes.

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS5 de M. Joël Aviragnet.

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

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

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Je ne doute ni de la qualité, ni des compétences, ni de la bienveillance de tous les professionnels de santé qui seront impliqués dans ce nouveau dispositif que nous créons. Mais jusqu'où un IPA pourra-t-il aller ? Où se trouve la limite entre la pratique quotidienne d'un IPA et l'exercice de la médecine ? Il faudra bien répondre à cette question lorsque surviendra un accident et qu'un patient attaquera un IPA pour exercice illégal de la médecine... Cet amendement, de même que le précédent, permet précisément de fixer des limites et de déterminer les actes pouvant être pratiqués par un IPA sans danger. Il faut mettre en place un cadre sécurisant, tant pour les patients que pour les professionnels et ceux qui vont les assurer.

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

Mme Claire Guichard (RE). Je vous le dis par expérience : quand vous entrez à l'hôpital public au mois de novembre et que vous avez affaire à un jeune interne qui, parfois,

doute de lui, vous êtes bien rassuré de le voir demander, sans aucune gêne, l'avis d'une vieille infirmière expérimentée qui exerce depuis vingt ou trente ans et qui connaît la réponse à la question qu'il se pose !

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

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

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

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

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

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

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

Amendement AS89 de M. Thierry Frappé

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

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

Amendement AS72 de Mme Joëlle Mélin.

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La CPTS n'est pas la garantie d'un exercice coordonné. Il faut donc le protocoliser. La bonne volonté des acteurs, sur laquelle se fonde l'article 1^{er}, va de soi s'ils travaillent ensemble. S'il n'y a pas d'acteurs, il n'y a évidemment pas d'entente. Nous devons être attentifs à ne pas répondre de façon erronée au problème, qui varie selon les territoires et ne se réduit pas à un modèle unique. Il faut retravailler l'article 1^{er} en tenant compte des différences de situation.

Mme la rapporteure générale. Un protocole de collaboration décrivant l'organisation de l'exercice coordonné, pourquoi pas ? Tel est le sens dans lequel nous devons faire évoluer les CPTS. Quant au protocole de coopération, il répond à une définition précise pour les

professionnels de santé. Nous devons avancer, d'ici à l'examen du texte en séance publique, sur la rédaction d'une disposition relative à la collaboration entre professionnels de santé éloignés les uns des autres et d'une autre sur l'équipe de soins qui sortirait d'une CPTS, d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS90 de M. Thierry Frappé

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

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

Amendement AS201 de M. Yannick Monnet.

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

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

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

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

Quant à la lourdeur administrative, elle découle de l'exercice coordonné. En matière de fonctionnement du système de santé, nous réinventons l'eau tiède depuis sa structuration dans les années 1950. Nous l'alourdissons au motif que tous les professionnels doivent obligatoirement être coordonnés.

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

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

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

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

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

Amendement AS82 de M. Matthieu Marchio.

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

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

Amendement AS242 de M. Thibault Bazin.

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

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

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

Demande de retrait ou avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS202 de M. Pierre Dharréville.

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS14 de M. Joël Aviragnet.

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

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

Amendement AS126 de M. Thibault Bazin.

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

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

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

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS73 de Mme Joëlle Mélin.

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

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

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS74 de Mme Joëlle Mélin.

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

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS156 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). La proposition de loi n'est pas exempte d'enjeux financiers, en raison desquels plusieurs amendements ont été déclarés irrecevables. Il serait intéressant, pour les professionnels concernés, que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conséquences financières de l'application de l'article 1^{er} sur les revenus des médecins généralistes.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

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

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

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

Après l'article 1^{er}

Amendements AS229 et AS208 de M. Pierre Dharréville.

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

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

Par l'amendement AS208, le Gouvernement remettrait au Parlement, dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, un rapport examinant les possibles modalités de mise en œuvre d'un plan national de financement de la formation continue, notamment ciblé sur les infirmiers libéraux et les salariés des établissements sanitaires et médico-sociaux, afin de faciliter l'accès au diplôme d'IPA. Il s'agit d'adopter une logique cohérente jusqu'au bout, d'organiser la formation des IPA et de demander au Gouvernement de se pencher sur les conséquences de l'éventuelle adoption de la présente proposition de loi.

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

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

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

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

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

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

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

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

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

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

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

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

Avis défavorable.

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

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

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS250 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il s'agit de demander un rapport sur les pistes de réforme des domaines d'intervention des IPA et la création d'une nouvelle mention correspondant à la prise en charge de pathologies courantes identifiées comme bénignes en soins primaires sur la population générale.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS252 de Mme Ségolène Amiot.

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS143 de M. Thibault Bazin.

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

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

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

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

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

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

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

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

Mme la rapporteure générale. Les professionnels ont déjà la possibilité d'établir des protocoles de coopération. Il y a plusieurs années, nous l'avons inscrite dans la loi pour les pharmaciens s'agissant des angines et des infections urinaires. Or le dispositif fonctionne très peu, bien que la HAS ait rédigé ce protocole. Bien souvent, les médecins considèrent que les pharmaciens n'ont pas à traiter de telles pathologies alors que le législateur le prévoit. Les citoyens se voient donc privés d'un accès aux soins qui avait été validé par les sociétés savantes.

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

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

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

Amendement AS76 de Mme Joëlle Mélin.

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

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

Amendement AS215 de M. Thibault Bazin.

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

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

Avis plutôt favorable.

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

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

Amendement AS23 de Mme Justine Gruet.

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

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

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS206 de M. Pierre Dharréville.

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

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

Amendement AS214 de M. Pierre Dharréville.

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

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

Amendement AS24 de Mme Justine Gruet.

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

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

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS293 de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq.

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

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

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

Amendement AS244 de M. Thibault Bazin.

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

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

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

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

Amendement AS342 de Mme Stéphanie Rist.

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

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

Amendement AS15 de M. Joël Aviragnet.

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

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

Demande de retrait.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS131 de M. Thibault Bazin.

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

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

Avis défavorable.

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

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS128 de M. Thibault Bazin.

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

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

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS129 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement d'appel traite des situations qui peuvent faire craindre une pathologie inflammatoire ou infectieuse, notamment lorsque le patient présente une tuméfaction, un gonflement ou une douleur de repos ou de rythme pouvant être inflammatoire. Ces « drapeaux rouges » doivent constituer pour les masseurs-kinésithérapeutes une défense de pratiquer leur art sans prescription médicale.

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

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS130 de M. Thibault Bazin.

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

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

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

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

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

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

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS132 de M. Thibault Bazin.

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

Amendement AS136 de M. Thibault Bazin.

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

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

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

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

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

L'amendement est retiré.

*La commission **adopte** l'article 2 **modifié**.*

Après l'article 2

Amendement AS297 de M. Frédéric Valletoux.

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

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

Demande de retrait.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS279 de M. Frédéric Valletoux.

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

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS77 de Mme Joëlle Mélin.

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

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

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

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

Amendement de suppression AS80 de Mme Joëlle Mélin.

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

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

Amendement AS144 de M. Thibault Bazin.

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

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

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

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

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

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

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

*La commission **rejette** les amendements.*

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

M. Thibault Bazin (LR). Comme pour les articles 1^{er} et 2, je propose que cet exercice direct soit protocolisé afin de rassurer le système. Les orthophonistes, qui sont de remarquables professionnels et font un admirable travail, notamment auprès des enfants, travaillent déjà avec des professionnels de santé mais aussi de l'éducation.

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

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

Amendement AS11 de M. Joël Aviragnet.

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

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

Amendement AS9 de M. Joël Aviragnet.

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS25 de Mme Justine Gruet.

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

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements AS207 et AS216 de M. Yannick Monnet.

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

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

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

Amendement AS26 de Mme Justine Gruet.

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

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

Amendement AS294 de Mme Charlotte Parmentier-Lecoq.

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

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

Avis favorable.

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

Amendement AS16 de M. Joël Aviragnet.

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

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS127 de M. Thibault Bazin.

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

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

Avis défavorable pour les raisons déjà évoquées.

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

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

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 3 **modifié**.*

Après l'article 3

Amendement AS79 de Mme Joëlle Mélin.

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

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

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

Amendement AS125 de M. Thibault Bazin.

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

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

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS137 de M. Thibault Bazin.

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

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

Amendements AS122 et AS139 de M. Thibault Bazin.

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

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

Les amendements sont retirés.

Amendement AS123 de M. Thibault Bazin.

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

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS124 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). À l'alinéa 3, il convient de substituer aux mots : « en médecine bucco-dentaire » les mots : assistants « dentaires de prévention ». L'emploi des termes en usage dans la profession est un moyen de faciliter la confiance.

Mme la rapporteure générale. Même avis que précédemment.

L'amendement est retiré.

Amendement AS138 de M. Thibault Bazin.

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

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

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 4 non modifié.

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

Amendement AS343 de Mme Stéphanie Rist.

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

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 4

Amendement AS17 de M. Joël Aviragnet.

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

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

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

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement soulève, au contraire, le problème de fond : l'adresse aux spécialistes est conditionnée par un passage chez le médecin traitant – même s'il y a des exceptions – et la pratique avancée explose. Où est la cohérence d'un processus légitimé par la maîtrise des coûts, alors que des professions seront par ailleurs peut-être moins bien honorées ? J'attends impatiemment le PLFSS 2024 pour connaître la profession médicale ou paramédicale dont les honoraires seront rabotés, comme l'ont été ceux des radiologues et les biologistes.

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS141 de M. Thibault Bazin.

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

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

La commission rejette l'amendement.

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

Amendement AS158 de M. Thibault Bazin.

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

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

L'amendement est retiré.

Amendement AS159 de M. Thibault Bazin.

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

Mme Justine Gruet (LR). Si le conventionnement est important pour garantir une égalité de soins et d'accès à l'ensemble des patients, il ne doit pas dégrader la qualité de vie de nos professionnels de santé. La rémunération constitue un élément important de l'attractivité.

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

Amendement AS160 de M. Thibault Bazin.

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

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

Amendement AS161 de M. Thibault Bazin.

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

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

Amendement AS162 de M. Thibault Bazin.

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

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

Amendement AS181 de Mme Josiane Corneloup.

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

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

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

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

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

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

Amendement AS284 de M. Éric Alauzet.

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

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

Article 5 : Gages financiers

*La commission **adopte** l'article 5 **non modifié**.*

Titre

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

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

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

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

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

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

La réunion s'achève à minuit dix.

Présences en réunion

Présents. – M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, Mme Fanta Berete, Mme Chantal Bouloux, M. Victor Catteau, M. Paul-André Colombani, Mme Laurence Cristol, Mme Christine Decodts, M. Pierre Dharréville, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Marc Ferracci, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Claire Guichard, Mme Servane Hugues, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Rachel Keke, Mme Fadila Khattabi, M. Didier Martin, Mme Joëlle Mélin, M. Yannick Monnet, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, Mme Michèle Peyron, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

Excusés. – M. Elie Califer, Mme Caroline Fiat, M. Thierry Frappé, M. Jean-Philippe Nilor, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Olivier Serva, Mme Isabelle Valentin

Assistait également à la réunion. – Mme Ségolène Amiot