

# ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

122<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

**2<sup>e</sup> séance du mercredi 18 janvier 2023**

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

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE MME NAÏMA MOUTCHOU

### 1. Amélioration de l'accès aux soins (p. 571)

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 571)

Article 1<sup>er</sup> (p. 571)

Amendement n° 251

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales

M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention

Amendements n°s 210, 386, 289, 292, 359, 86, 290

*Rappel au règlement* (p. 576)

M. Yannick Neuder

Mme la présidente

Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission des affaires sociales

Article 1<sup>er</sup>  
(*suite*) (p. 577)

Amendements n°s 260, 285, 310, 358, 412, 296, 326, 381, 411, 298, 396, 329, 369, 403

Sous-amendement n° 439

Amendements n°s 45, 4, 38, 108, 255, 297, 70, 2, 81, 161, 89, 84, 256, 5, 388, 299, 85, 46, 110, 257, 327, 80, 59, 330, 372, 385, 302, 300, 92, 387, 1, 261, 265

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 592)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENCE DE MME NAÏMA MOUTCHOU

### vice- présidente

**Mme la présidente.** La séance est ouverte.

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

1

## AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

### Suite de la discussion d'une proposition de loi

**Mme la présidente.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (n<sup>os</sup> 362, 680).

### DISCUSSION DES ARTICLES

**Mme la présidente.** J'appelle maintenant, dans le texte de la commission, les articles de la proposition de loi.

#### Article 1<sup>er</sup>

**Mme la présidente.** Sur l'amendement n<sup>o</sup> 251, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir cet amendement, tendant à supprimer l'article 1<sup>er</sup>.

**M. Yannick Neuder.** Par cet amendement, nous souhaitons souligner que la confiance ne se décrète pas, mais s'instaure.

La question n'est pas d'être pour ou contre les infirmières en pratique avancée (IPA). À titre personnel, depuis longtemps, je travaille avec les IPA, j'en ai formé de nombreuses dans les services de cardiologie au sein desquels j'ai exercé. Elles font un travail formidable, en particulier dans les déserts médicaux et les hôpitaux périphériques, où bien souvent elles peuvent suivre un grand nombre de patients, atteints notamment de maladies chroniques. À ce titre, je salue amicalement Maryline et Grégory qui prennent en charge ces patients.

Cette proposition de loi, notamment son article 1<sup>er</sup>, pourrait améliorer la collaboration entre les IPA et les médecins généralistes qui, je le rappelle, doivent rester au cœur du parcours de soins des patients. De nombreuses

demandes ont été faites de part et d'autre en ce sens. Nous devons non pas opposer les corps médical et paramédicaux entre eux, mais essayer d'améliorer les conditions de leur collaboration.

Par ailleurs, chers collègues, quelles que soient vos positions, je vous invite à ne pas franchir la ligne rouge, évoquée par différents orateurs, au nom de la résolution du problème des déserts médicaux. En effet, prescrire ou établir un diagnostic, notamment différentiel, nécessite de nombreuses années de formation. Si nous instaurons un accès direct, nous créerons une médecine à deux vitesses dans les territoires. J'en profite pour m'étonner... *(La présidente coupe le micro de l'orateur.)*

**M. Thibault Bazin.** Ce qu'il a dit est très important, et il a raison !

**Mme la présidente.** Je suis navrée, monsieur Neuder, votre temps de parole est écoulé et nous avons de nombreux amendements à examiner.

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

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales.** Nous avons longuement débattu de cette importante question en commission. Je vous remercie de votre présentation. Je souhaiterais que nous condamnions tous les propos scandaleux tenus à l'encontre des IPA et répétés ces derniers jours – elles ont été traitées de « trouffions ».

**M. Thibault Bazin.** Nous n'avons jamais dit ça !

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Ces infirmières ont suivi trois ans d'études en institut de formation en soins infirmiers – Ifsi –, ont justifié d'une expérience d'infirmière, puis ont effectué deux ans d'études universitaires à l'issue desquelles elles ont été diplômées d'un grade de master. Il importe que le débat soit respectueux, comme il l'a été en commission, et que nous disions à ces professionnels que nous n'acceptons pas qu'ils soient traités de tous les noms, sous prétexte qu'une proposition de loi est discutée dans l'hémicycle.

Monsieur Neuder, vous avez affirmé qu'il ne s'agissait pas d'être pour ou contre les IPA. Toutefois, votre amendement de suppression vise à empêcher l'accès direct aux IPA. Des rapports le montrent, si l'accès direct et la primo-prescription ne sont pas instaurés, il n'y aura plus d'IPA car, bien qu'elles existent, à l'heure actuelle, les médecins ne leur adressent pas suffisamment de malades. Votre amendement pose donc bien la question d'être pour ou contre les IPA.

Je rappelle que la France est en retard sur cette question. Vous le savez, des études étrangères, notamment anglaises, prouvent que la prise en charge des malades, par les médecins et les IPA, de façon complémentaire, améliore sa qualité, voire l'état de malades souffrant de certaines pathologies.

Aussi cette proposition de loi propose-t-elle d'une part de rendre ces professionnels complémentaires, d'autre part de reconnaître les compétences des IPA formés par deux années d'université en grade de master. Avis défavorable.

**M. Pierre Vatin.** Il en existe cinquante-six en France!

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre de la santé et de la prévention, pour donner l'avis du Gouvernement.

**M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention.** Votre amendement vise à supprimer l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi. Vous fondez votre argumentation sur l'exercice isolé des IPA. Il importe de prendre un peu de distance sur cet article qui prévoit des dispositions structurantes pour notre système de santé, sans mettre de côté le rôle du médecin traitant au sein de l'équipe traitante qui, au contraire, reste primordial. C'est dans le cadre de l'« exercice coordonné » – j'insiste sur ces deux mots qui figurent à l'article 1<sup>er</sup> – que la prise en charge de nos concitoyens sera améliorée dans l'ensemble du territoire.

Il s'agit non pas seulement de libérer du temps médical, mais de donner demain à chacun sa juste place dans notre système de santé, afin d'apporter une valeur ajoutée maximale dans la prise en charge des patients. La suppression pure et simple de cet article nous amputerait d'une grande partie des solutions visant à améliorer la réponse aux besoins de santé de nos concitoyens. C'est pourquoi le Gouvernement est défavorable à votre amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Monsieur le ministre, j'ai bien entendu vos explications. Nous sommes tout à fait d'accord pour instaurer un travail collaboratif, se caractérisant par une coordination des professions médicales et paramédicales dans le cadre d'un protocole. C'est bien l'accès direct qui pose problème car le système de santé évoluerait vers une médecine à deux vitesses. Plutôt que de franchir cette ligne rouge, il existe d'autres solutions pour résorber les déserts médicaux.

Du reste, l'article 1<sup>er</sup> soulève la question du statut des infirmières anesthésistes diplômées d'État – Iade –, des infirmières de bloc opératoire diplômées d'État – Ibode –,...

**M. Marc Le Fur.** Tout à fait!

**M. Yannick Neuder.** ...des infirmières puéricultrices diplômées d'État – IPDE. Elles sont indispensables à nos hôpitaux, à nos cliniques, aux structures mobiles d'urgence et de réanimation – Smur –, aux services de réanimation, que ce soit dans les blocs opératoires ou dans le cadre de la gestion de la douleur. Elles demandent une reconnaissance de leur statut de professionnelles en pratique avancée.

Nous avons déposé des amendements qui ont été jugés irrecevables en commission – vous l'aviez vous-même regretté, madame la rapporteure – et qui viennent à nouveau de l'être en séance publique, alors qu'il y a une heure encore, ils étaient encore considérés comme recevables. Cela nécessite des explications.

**M. Marc Le Fur.** Très bien!

**M. Yannick Neuder.** Pourquoi des amendements, dont l'irrecevabilité est quand même étonnante, ne peuvent-ils pas traiter de la question du statut des Iade et des Ibode? J'invite l'ensemble des collègues de cet hémicycle à s'inter-

roger. Nous discutons d'un texte relatif à l'accès aux soins et à la restauration de la confiance mais comment avoir confiance dans de telles conditions?

Ce soir, 11 000 Iade, 8 000 Ibode et 23 000 IPDE nous regardent et demandent une reconnaissance de leur statut d'infirmières en pratique avancée. Nous leur devons des explications, elles sont fondamentales. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR et sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*) Arrêtez d'opposer les infirmières spécialisées aux médecins, ce n'est pas le sujet! Au nom de tous ces professionnels de santé que nous avons applaudis il y a quelques mois, je vous en supplie, sauvons leur statut.

**Mme la présidente.** J'accorderai deux prises de parole, une pour et une contre.

Monsieur Gauthier, quelle est votre position?

**M. Jean-Jacques Gauthier.** Pour!

**Mme la présidente.** Je donne la parole est à M. Frédéric Valletoux, pour respecter l'équilibre.

**M. Frédéric Valletoux.** Comme le rapporteur et le Gouvernement, je pense que la suppression de cet article enverrait un mauvais signal et clorait le débat. Bien que je respecte beaucoup l'avis de M. Neuder, je ne peux m'empêcher de pointer un paradoxe: il dit très bien travailler avec des IPA mais, dans le même temps, il s'oppose à une reconnaissance complète de leurs compétences. Or celles-ci s'exercent dans le cadre d'un exercice coordonné, en contact avec des médecins. Il est très important de mettre ce point en avant. Supprimer cet article enverrait un signal de défiance, alors qu'au contraire, ce texte vise à reconnaître les statuts des uns et des autres et à imaginer l'avenir.

Pour finir, je suis d'accord avec la rapporteure. Ces derniers jours, certains syndicats de médecins ou, à tout le moins, des personnes s'exprimant au nom de ces syndicats, se sont livrés à des outrances et à des attaques verbales indignes. Dans l'hémicycle, nous avons intérêt à adopter une approche plus apaisée. Ainsi, M. Neuder a eu des mots très justes sur le rôle et la place des nouvelles IPA. Nous devons laisser le débat se tenir, quitte à assurer que cette pratique se développera en lien avec le médecin – je comprends parfaitement cette remarque. (*Mme Anne Le Hénauff et M. David Valence applaudissent.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre.

**M. François Braun, ministre.** Monsieur Neuder, je vous remercie d'élargir les discussions aux autres infirmiers et infirmières que sont les Iade, les Ibode et les IPDE.

**M. Antoine Léaument.** Il y a quelqu'un qui s'y connaît en anesthésie!

**M. François Braun, ministre.** Je rappelle – même si vous le savez déjà – que le cursus des IPA, tel qu'il est actuellement conçu, est particulier. Les IPA suivent d'abord une année d'études commune, afin de remettre à niveau leurs connaissances en physiologie, en anatomie et en physiopathologie, puis une année de spécialité. On est loin du cursus actuel des infirmières spécialisées que sont les Iade, les Ibode et les IPDE qui, elles, effectuent deux années complètes de spécialité.

Pourquoi cette différence? Une IPA, par exemple, spécialisée dans les pathologies chroniques, peut, au cours de sa carrière, changer de spécialité, ce qui est intéressant. Dans ce

cas, elle ne suit qu'une année d'études complémentaire puisqu'elle a déjà effectué l'année d'études de tronc commun. Bien entendu, en l'état, cette faculté n'est pas transposable aux infirmières dites spécialisées. Du reste, la seconde mouture du rapport de M. Debeauvais, de l'Inspection générale des affaires sociales – Igas –, et de M. Blemont, de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche – IGESR –, précise bien l'intérêt de conserver la catégorie des infirmières spécialisées et de leur reconnaître une spécificité d'exercice en pratique avancée. Ce ne sont pas des IPA au sens où on l'entend, mais des infirmières spécialisées exerçant en pratique avancée.

Dans ce cadre, nous travaillons avec les représentants de l'ensemble du système, y compris les syndicats des Iade, des Ibode et des IPDE, afin de construire un statut d'exercice en pratique avancée qui sera peu ou prou équivalent à celui des IPA. Elles sont donc loin d'être abandonnées. Étant donné que le cursus de formation des IPA ne correspond pas à celui des infirmières spécialisées, il serait absurde de leur ajouter une année d'études supplémentaire pour qu'elles puissent ensuite prétendre à être IPA et changer de spécialité. Elles sont donc bien concernées par le dispositif, cela a été dit au cours de la discussion générale, et, dans ce cadre, nous travaillons pour améliorer leur statut.

**M. Yannick Neuder.** Et engagez-vous à leur donner un statut !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 251.  
(*Il est procédé au scrutin.*)

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	74
Nombre de suffrages exprimés .....	73
Majorité absolue .....	37
Pour l'adoption .....	7
contre .....	66

(*L'amendement n° 251 n'est pas adopté.*)

**M. Jean-Jacques Gaultier.** J'ai demandé la parole !

**Mme la présidente.** Monsieur Gaultier, je rappelle que le règlement prévoit l'intervention de deux orateurs d'avis contraire, de manière à respecter l'équilibre des opinions tout en permettant à l'examen du texte de progresser. Or, il me semble que vous étiez favorable à l'amendement – c'est en tout cas ce que vous m'avez indiqué. C'est pourquoi j'ai donné la parole à M. Valletoux.

**M. Jean-Jacques Gaultier.** Mais seul l'auteur de l'amendement s'était exprimé pour !

**Mme la présidente.** L'auteur de l'amendement est pris en compte comme un orateur pour : le règlement ne fait pas de distinction à cet égard. M. Le Fur peut le confirmer.

**M. Marc Le Fur.** Je ne confirme ni n'infirme ! (*Sourires.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 210.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Le principe de l'exercice coordonné a fait l'objet d'un débat en commission. Pour notre part, nous sommes, bien entendu, favorables aux IPA, mais il ne faut pas confondre ces derniers avec les infirmiers spécialisés ni confondre indépendance et autonomie.

La question qui se pose est donc celle de la définition de la coordination. Tout le monde admet que, dans une maison pluridisciplinaire de santé, un centre de santé ou une équipe de soins primaires (ESP), l'exercice est coordonné.

Qu'en est-il d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ? Il s'agit, selon moi, d'une structure organisationnelle à visée populationnelle et non d'une structure de coordination des soins, laquelle s'adresse à un individu. C'est pourquoi il importe, si nous incluons les CPTS dans le dispositif, de bien préciser que les professionnels qui en sont membres doivent exercer de manière coordonnée.

Je propose donc qu'un accès direct aux IPA soit possible dans les CPTS, à condition que les professionnels de santé qui en sont membres aient conclu un contrat de coordination des soins par lequel ils acceptent – les médecins connaissant bien les pratiques des IPA – de travailler de manière coordonnée. Faute d'un tel contrat,...

**Mme la présidente.** Je vous remercie, monsieur Isaac-Sibille.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** ...tout médecin traitant... (*Mme la présidente coupe le micro de M. Cyrille Isaac-Sibille.*)

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Je m'attarderai un peu sur la question des communautés professionnelles territoriales de santé car beaucoup d'amendements y ont trait. Ainsi, nous pourrions examiner les amendements suivants plus rapidement.

Nous l'avons dit en commission, toutes les communautés professionnelles territoriales de santé ne connaissent pas la même évolution, même si elles ont vocation à essaimer sur l'ensemble du territoire. Ainsi, certaines d'entre elles, dont le développement est bien avancé, contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins dans le cadre de projets relatifs aux soins non programmés et permettent d'ores et déjà à des patients qui n'ont pas de médecin, par exemple, d'obtenir un rendez-vous dans les quarante-huit heures.

Cependant, j'entends les craintes exprimées par de nombreux députés en commission et par de nombreux médecins, qui redoutent que la CPTS ne soit une sorte d'annuaire : on pourrait y adhérer sans s'engager dans un projet commun, donc sans s'inscrire dans le cadre d'un exercice coordonné. C'est pourquoi je défendrai ultérieurement un amendement, n° 330, qui prévoit que l'accès direct aux IPA soit possible si la CPTS à laquelle ils appartiennent s'est dotée d'un projet de santé cadré. Il me semble que cette mesure est de nature à rassurer l'ensemble des députés et des médecins réfractaires à l'idée d'un accès direct aux IPA dans le cadre d'une CPTS. En conséquence, avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Les CPTS sont actuellement au nombre de 399, et 350 autres sont en cours de formation. Elles sont organisées de manière très différente. J'ai pu constater, lors de mes déplacements, que certaines d'entre elles étaient très matures et incluaient, par exemple, outre les professionnels de santé libéraux, les hôpitaux, les cliniques, des élus et des citoyens, tandis que d'autres n'ont pas du tout atteint ce niveau de développement, la principale mission d'une CPTS étant – j'allais dire : simplement, mais c'est déjà très important – de trouver un médecin traitant et d'assurer la permanence des soins à l'échelle de la commune.

Bien entendu, nous voulons aller plus loin dans l'organisation territoriale. Mais, en l'état actuel des choses, les CPTS n'impliquent pas un exercice coordonné, organisé. Encore une fois, certaines d'entre elles sont très matures alors que d'autres s'apparentent à un annuaire. Une évolution du concept est donc nécessaire. À cet égard, je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement au profit de celui de la rapporteure, qui répond à la question que vous soulevez en prévoyant que l'accès direct aux IPA ne sera possible que s'il existe un projet de santé organisé au sein de la CPTS.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** Merci pour ce débat constructif ! Si une CPTS s'est dotée d'un projet de santé, tout professionnel de santé qui adhérera à la communauté acceptera, de fait, le principe de l'accès direct aux IPA. C'est pourquoi je crains que les médecins généralistes qui refusent ce principe – et il y en a, il faut les entendre – ne rechignent à adhérer à une CPTS, de sorte que le développement de ces dernières, que tout le monde souhaite et qui demande déjà du temps, risque d'être freiné. Ce serait regrettable. Encore une fois, il faut entendre ces médecins. Dans cette proposition de loi, on prône la confiance : celle-ci doit exister des deux côtés.

L'amendement annoncé par Mme la rapporteure risque, je le crains, d'aboutir au résultat inverse de celui qui est recherché, en freinant la coordination des soins. Je rappelle que la finalité de la CPTS est l'organisation et non la coordination, comme c'est le cas pour une équipe de soins primaires.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Je veux, en préambule, saluer l'engagement des infirmières en pratique avancée, qui suivent, après avoir acquis de l'expérience, une formation complémentaire de deux ans. Je me félicite par ailleurs que les CPTS aient permis de développer les échanges entre professionnels de santé et de mettre en œuvre un certain nombre de projets.

Cela étant dit, l'amendement de M. Isaac-Sibille est intéressant en ce qu'il prévoit qu'un exercice coordonné effectif soit la condition d'un accès direct aux IPA dans le cadre d'une CPTS. De fait, nous n'avons pas de garantie quant à la réalité de l'exercice coordonné dans ce type de structures. Vous estimez, madame la rapporteure, que le projet de santé prévu dans l'amendement que vous défendrez ultérieurement en est une. Mais un projet de santé n'implique pas forcément un exercice coordonné.

À cet égard, même le contrat de coordination proposé par M. Isaac-Sibille me paraît encore trop imprécis. En effet, ce contrat, conclu à l'échelle de la CPTS, est-il de nature à garantir un exercice coordonné entre l'IPA et le médecin traitant ? Je n'en suis pas certain. Il aurait donc fallu préciser l'article 1<sup>er</sup> pour obtenir ces garanties, car nous partageons la volonté d'assurer la qualité et la pertinence des soins sur l'ensemble du territoire, sans disqualifier personne, ni les médecins ni les IPA.

La question de l'exercice coordonné est fondamentale. Il ne peut pas être un simple concept dans un projet de santé : on doit pouvoir s'assurer qu'il est effectif entre deux professionnels de santé.

**M. Pierre Vatin.** Très pertinent !

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Je veux rassurer M. Bazin. Dans l'amendement, il est bien précisé : « [...] à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination soient inscrites dans le projet de santé de la structure. »

*(L'amendement n° 210 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Nicole Dubré-Chirat, pour soutenir l'amendement n° 386.

**Mme Nicole Dubré-Chirat.** Il s'agit d'insérer, au premier alinéa du I de l'article L. 4301-1, après le mot : « avancée », les mots : « de manière autonome ».

En effet, selon l'Ordre national des infirmiers, « l'infirmière de pratique avancée est une infirmière experte, titulaire d'un master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ces actes ».

Le parcours des IPA est trop souvent méconnu. Après des études d'une durée de trois ans afin d'obtenir un diplôme universitaire de niveau licence, l'infirmière qui souhaite devenir IPA doit exercer son métier d'infirmière pendant trois ans avant de suivre une formation universitaire de niveau master 2 d'une durée de deux ans.

La pratique avancée correspond à un niveau élevé de connaissance, d'expérience et de technicité qui permet une autonomie de fonctionnement en collaboration avec les autres professionnels. L'IPA n'est pas sous la dépendance d'un professionnel, à la différence d'une infirmière de spécialité : elle travaille de façon autonome, en lien avec les autres professionnels de santé dans le cadre d'un parcours de soins et d'un exercice coordonné.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Vous avez raison : les IPA exercent leurs fonctions avec une certaine autonomie mais en lien avec d'autres professionnels de santé : c'est, du reste, ce qu'elles souhaitent. Votre amendement me paraît satisfait. Je vous propose donc un retrait ; sinon, avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Nous avons, je crois, déjà discuté de ce point – je salue, à ce propos, la richesse de nos débats. L'important, c'est la coordination médicale pour une meilleure qualité de prise en charge des patients. À l'exception du domaine d'intervention des urgences – dans les situations d'urgence, il faut qu'un médecin puisse intervenir à tout moment –, toutes les IPA exercent auprès de patients qui leur sont confiés par un médecin. Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

*(L'amendement n° 386 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 289.

**M. Yannick Monnet.** La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 prévoit l'expérimentation, pour une durée de trois ans, de la primo-prescription par les infirmières en pratique avancée. Or le présent article vise à en faire une règle de droit commun sans attendre la mise en œuvre de cette expérimentation. Pourtant, si le législateur a

adopté une telle mesure, c'est parce qu'il lui paraît important de tester un dispositif avant de l'évaluer et, le cas échéant, de procéder à des ajustements. En l'espèce, une telle précaution est particulièrement pertinente car la primo-prescription par les IPA modifie sensiblement les fonctions de ces dernières ainsi que la coordination des parcours de soins.

Actuellement, le champ de leur prise en charge est très circonscrit puisqu'il correspond aux pathologies chroniques stabilisées et leur intervention est très encadrée par le rôle pivot du médecin. C'est celui-ci qui coordonne le parcours de soins du patient; un protocole d'organisation signé entre le médecin et l'IPA définit le domaine d'intervention de cette dernière ou encore les modalités de prise en charge.

Autre exemple: les IPA ne peuvent pas établir un diagnostic pour la simple raison qu'ils n'y sont pas formés.

Si vous autorisez hâtivement et de manière définitive la primo-prescription, ils ne seront plus un relais de suivi et de soins dans un parcours global coordonné, mais risquent, compte tenu du manque de médecins, de se substituer, d'une certaine manière, au médecin traitant, en pouvant réaliser des prescriptions médicales, administrer des soins et adresser le patient au second recours sans concertation préalable avec le médecin traitant.

C'est pour ces raisons que cet amendement vise la suppression de cette disposition, pour en revenir à ce que nous avons décidé – ou plutôt à ce que vous aviez décidé puisque le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) a été adopté grâce au 49.3 –, c'est-à-dire à l'expérimentation préalable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Il s'agit effectivement d'une expérimentation adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, il y a un peu plus d'un an. Elle n'a pas encore été engagée mais les travaux préparatoires sont en cours et doivent, précisément, permettre cette généralisation.

Il me semble que cette proposition de loi montre l'urgence qu'il y a à améliorer l'accès aux soins. C'est le cas dans ma circonscription, comme dans de nombreuses autres. Nous devons avoir recours à tous les professionnels dont les compétences pourraient contribuer à libérer du temps chez les médecins. Ces professionnels compétents, ils sont sous nos yeux. Il suffit donc d'accélérer la mise en place du dispositif. C'est la situation qui impose cette généralisation, qui ne doit susciter aucune crainte quant à la qualité des soins.

Par ailleurs, vous êtes-vous demandé pourquoi, plus d'un an après son adoption, et alors que les réunions de travail préalables ont eu lieu, cette expérimentation n'est toujours pas lancée ? N'y aurait-il pas une volonté de freiner l'organisation de cet accès direct aux soins ? C'est une possibilité. Or cette généralisation est indispensable. Avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Je suivrai l'avis défavorable de la rapporteure mais je tiens à apporter quelques précisions. Tout d'abord, le Gouvernement est évidemment très attaché à la qualité et à la sécurité des soins. C'est pour cela que, au moment de s'engager définitivement sur le chemin de la primo-prescription, je puis d'ores et déjà annoncer que nous donnerons un avis favorable à un amendement du

groupe LFI-NUPES, qui subordonne la possibilité de primo-prescription à un avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et à un décret en Conseil d'État.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet.

**M. Yannick Monnet.** L'urgence ne saurait guider le calendrier. Certes, l'amendement présenté par le groupe LFI-NUPES est une bonne chose, néanmoins, s'il a été décidé de procéder à une expérimentation, c'est qu'il y avait des raisons, à savoir que cette disposition pouvait présenter certains risques. Nous ne devons donc pas prendre dans l'urgence des décisions que nous pourrions ensuite regretter.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

**M. Yannick Monnet.** Nous soutiendrons l'amendement parce que qui dit expérimentation dit examen et évaluation du dispositif. Or vous vous apprêtez ici à lancer un dispositif sans vous donner les moyens de l'évaluer à moyen terme.

*(L'amendement n° 289 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 292.

**M. Yannick Monnet.** Sans être opposé à la primo-prescription, cet amendement vise à mieux l'encadrer, en inscrivant cette prescription de produits de santé ou de soins dans un exercice coordonné. Il nous paraît en effet essentiel, tant pour la sécurité et le suivi du patient que pour assurer de bonnes conditions de travail aux IPA, de ne pas déréguler le parcours de soins. À cette fin, notre amendement tend à poser comme conditions à la primo-prescription l'exercice au sein d'une structure de soins coordonnés, l'existence d'un logiciel commun avec le médecin généraliste et la conclusion d'un protocole d'organisation avec ce dernier.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Avis défavorable. Ces prescriptions seront définies par décret après consultation des autorités de santé – ainsi que le propose un amendement à venir auquel nous avons annoncé que nous serions favorables – et de l'ensemble des professionnels.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Avis défavorable, puisque je serai favorable à l'amendement n° 359, proposé par le groupe LFI-NUPES.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Joëlle Mélin.

**Mme Joëlle Mélin.** Nous soutiendrons cet amendement qui a le mérite d'encadrer dans de bonnes conditions le travail des IPA, tel qu'elles l'ont défini lors de nos auditions. Puisqu'il n'y aura pas d'expérimentation, il est important d'encadrer ainsi leur pratique.

*(L'amendement n° 292 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de trois amendements, n°s 359, 86 et 290, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Ségolène Amiot, pour soutenir l'amendement n° 359.

**Mme Ségolène Amiot.** Il vise à mieux encadrer l'exercice de la primo-prescription

Nous pensons, nous aussi, qu'il faut ouvrir davantage l'accès direct aux professionnels de santé. Oui, le médecin généraliste peut conserver une place centrale dans la prise en charge des patients, sans nécessairement être la porte d'entrée du parcours de soins. À vrai dire, l'accès direct peut même contribuer à conforter son rôle central, tout en assurant une prise en charge plus rapide et plus efficace.

Cependant, nous entendons l'inquiétude exprimée sur l'ensemble des bancs, ou presque, ainsi que les demandes d'encadrement, d'organisation et de coopération, et nous nous retrouvons dans plusieurs des mesures inscrites dans la proposition de loi transpartisane contre les déserts médicaux.

La réécriture des dispositions relatives aux CPTS est une bonne chose, mais nous vous proposons d'aller jusqu'au bout. Vous nous dites que, trop souvent, les organisations représentatives de médecins se sont opposées à l'accès direct et que ce texte n'a pas vocation à donner aux médecins un pouvoir de contrôle sur les compétences propres des IPA et des autres professions de santé. Or il ne s'agit pas ici de contrôle: les professionnels de santé méritent tous notre confiance et la reconnaissance de leur professionnalisme. Il s'agit seulement d'assurer des coopérations effectives – par exemple, grâce aux propositions de M. Bazin en faveur d'un protocole de collaboration – et de sécuriser la pratique de chacun dans un cadre clair, au bénéfice de l'ensemble des professionnels, des patients et de la sécurité sociale.

**M. Thibault Bazin.** La France insoumise a vraiment de très bonnes références!

**Mme Ségolène Amiot.** Si des médecins refusent de s'engager dans ce processus coopératif, l'absence d'obligation légale visant à établir un protocole préalable n'empêchera pas l'échec de ces nouvelles dispositions. Sans coopération, il n'y aura pas d'amélioration de l'accès aux soins, parce qu'il n'y aura pas de confiance entre les professionnels de santé.

**Mme la présidente.** Sur l'amendement n° 359, je suis saisie par le groupe La France insoumise-Nouvelle Union populaire, écologique et sociale d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 86.

**M. Joël Aviragnet.** Je profite de cette prise de parole pour regretter à mon tour, comme je l'ai d'ailleurs dit dans la discussion générale, que les amendements concernant notamment le statut des infirmiers anesthésistes aient été jugés irrecevables et que le Gouvernement ne les ait pas repris. En effet, on ne peut pas parler de professionnels compétents sans associer l'extension de la délégation des tâches au renforcement de leur statut.

En ce qui concerne plus précisément cet amendement, il vise à subordonner aux avis de la Haute autorité de santé, de l'Académie de médecine, du Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) et de l'Académie des sciences infirmières (ASI) l'ouverture de la primo-prescription aux infirmiers en pratique avancée, afin de sécuriser cette évolution de leur pratique.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 290.

**M. Yannick Monnet.** Cet amendement de repli vise à mieux encadrer la nature des prescriptions de produits de santé et d'examen médicaux que les IPA seront autorisés à prescrire. Actuellement, les IPA en soins primaires sont formés à la prise en charge des pathologies chroniques stabilisées, dans le cadre d'une étroite collaboration avec le médecin généraliste. Accorder à la profession la primo-prescription défait cette collaboration avec le médecin généraliste et met donc à mal la notion même de parcours de soins coordonnés. Cette disposition risque également de mettre en difficulté certains IPA dans la prise en charge de pathologies plus complexes et face au choix de la prescription appropriée.

Aussi proposons-nous que le décret fixant la liste des prescriptions autorisées soit pris après avis de la Haute Autorité de santé.

### Rappel au règlement

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder, pour un rappel au règlement.

**M. Yannick Neuder.** Mon rappel au règlement qui s'appuie sur l'article 98, alinéa 5, de notre règlement, concerne l'irrecevabilité des amendements, que vient d'évoquer notre collègue socialiste.

Certains amendements étaient recevables il y a encore une heure, puis ont brusquement cessé de l'être. Étant un nouveau député, je voudrais que l'on m'explique pourquoi un amendement cesse soudain d'être recevable alors que, visiblement, il concerne un point problématique. Puisque tout le monde semble ici d'accord pour accorder une reconnaissance statutaire aux infirmières de bloc opératoire, aux infirmières puéricultrices et aux infirmières anesthésistes, l'adoption de certains de ces amendements aurait réglé le problème. Les infirmières anesthésistes comme les autres infirmières spécialisées demandent une reconnaissance de leur statut en pratique avancée, différenciée des IPA spécialisées. C'est une mesure qui n'implique aucune charge financière – aucune revalorisation salariale n'est demandée – et qui ne relève donc pas de l'article 40 de la Constitution. Je demande donc des explications. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR. – M. Joël Aviragnet applaudit également.*)

**Mme la présidente.** Monsieur Neuder, vous contestez la décision d'irrecevabilité prise par la présidente de l'Assemblée à l'encontre d'un certain nombre d'amendements. Vous comprendrez qu'il ne m'appartient pas de vous répondre sur le fond. Sur la forme, cette décision d'irrecevabilité a été prise sur le fondement de l'article 89 du règlement, par la présidente dans le prolongement des travaux de la commission des affaires sociales.

Je transmettrai votre requête à Mme la présidente et donne la parole à Mme la présidente de la commission des affaires sociales, qui pourra vous éclairer sur le fond.

**Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission des affaires sociales.** Monsieur Neuder, les amendements dont vous parlez n'avaient pas été déclarés recevables: ils étaient en cours de traitement. La présidence vient de les déclarer irrecevables au titre de l'article 40.

**M. Jean-Jacques Gaultier.** Comme par hasard!

**Article 1<sup>er</sup>**  
**(suite)**

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion commune ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Ce sera un avis favorable à l'amendement n° 359, mieux rédigé que les amendements n°s 86 et 290, dont je demande le retrait.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Même avis.

*(L'amendement n° 290 est retiré.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Il est tellement rare d'entendre la rapporteure et le ministre me donner un avis favorable que je tiens à prendre la parole et à savourer ce moment peut-être unique, même si, durant cette législature, nous ne sommes pas à l'abri de surprises.

Les infirmiers en pratique avancée ont besoin de la primo-prescription. L'amendement a été difficile à rédiger, et je remercie Mme la rapporteure pour le travail qui a été accompli.

Je compte désormais sur le Conseil d'État et je tiens à indiquer à la Haute Autorité de santé que les députés, comme d'ailleurs les infirmiers en pratique avancée, feront en sorte que le travail législatif soit accompli en bonne intelligence avec elle. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LFI-NUPES et GDR-NUPES.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Je soutiendrai cet amendement de Mme Fiat visant à demander l'avis de la Haute Autorité de santé, même si je constate qu'il devient habituel de venir s'abriter derrière elle dès lors qu'une décision politique apparaît difficile à prendre dans le domaine de la santé. Rappelons en effet qu'il ne fait pas partie des prérogatives premières de la HAS de se prononcer sur l'opportunité de définir un statut d'auxiliaire médical en pratique avancée pour les infirmiers spécialisés. Il s'agit d'une décision politique, statutaire, qui n'a rien de scientifique. Cessons donc de saisir la HAS dans des domaines qui ne sont pas les siens ; arrêtons de nous abriter derrière ses décisions.

Je le répète, il s'agit là d'une décision politique. Si nous sommes tous d'accord pour donner un statut à ces infirmiers spécialisés, faisons-le et laissons la HAS travailler sur des sujets autrement plus compliqués que des reconnaissances statutaires. Ces professionnels que nous avons tant applaudis il y a de cela quelques mois désirent simplement une reconnaissance statutaire : ils ne demandent pas de revalorisation salariale. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LR. – M. Frédéric Falcon applaudit également.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 359.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	112
Nombre de suffrages exprimés .....	111
Majorité absolue .....	56
Pour l'adoption .....	108
contre .....	3

*(L'amendement n° 359 est adopté ; en conséquence, l'amendement n° 86 tombe.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 260, 285 et 310.

La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 260.

**M. Yannick Neuder.** Il vise à éviter que le rôle du médecin traitant soit bafoué, ce dernier devant rester le coordonnateur des soins. Sans manquer de respect à l'égard du travail accompli par les infirmiers en pratique avancée – j'insiste sur ce point –, cet amendement tend à assurer une bonne coordination dans l'accès aux spécialistes. Vous connaissez le sujet, madame la rapporteure : j'estime que le rôle du médecin traitant est aussi d'orienter et de décider de requérir des avis spécialistes complémentaires. L'amendement vise donc à rétablir la nécessité de passer par le médecin traitant – qui doit demeurer le pivot des soins – pour obtenir un avis spécialisé.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Danielle Brulebois, pour soutenir l'amendement n° 285.

**Mme Danielle Brulebois.** Il vise à soumettre l'adressage au second recours à une consultation ultérieure d'un médecin généraliste, afin d'assurer la pertinence des soins prescrits ainsi que la cohérence et la qualité du parcours de soins pour les patients.

Les soins de second recours sont des soins dispensés par des médecins spécialistes et les hôpitaux locaux, lesquels se trouvent souvent déjà en forte tension. C'est donc également pour soutenir une affectation équitable et efficace des ressources humaines et matérielles de l'offre de soins que cet amendement propose de subordonner l'adressage au second recours à une consultation préalable d'un médecin généraliste, dont le rôle d'orientation dans le parcours de soins des patients ne saurait être assuré par un infirmier en pratique avancée.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 310.

**M. Yannick Monnet.** Identique aux précédents, il vise à sécuriser l'adressage à un spécialiste, en maintenant le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. Par ailleurs, n'oublions pas qu'avoir accès à un spécialiste est très compliqué. À cet égard, se faire adresser par son médecin généraliste peut faciliter les choses.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Je suis d'accord avec vous, et cette proposition de loi conserve d'ailleurs ce principe, indispensable pour préserver une prise en charge de qualité : le médecin traitant doit rester au centre du parcours de soins. Il dispose de l'expertise nécessaire.

Ces amendements sont néanmoins déjà satisfaits. L'infirmier en pratique avancée verra peut-être le patient avant le médecin traitant, mais l'adressera à lui ensuite, et c'est bien ce

dernier qui, en cas de besoin, demandera un deuxième recours. Il est donc bien prévu que le médecin demeure au centre de la prise en charge, que cette proposition de loi vise à réformer. Simplement, il ne sera pas vu en premier, mais en deuxième.

Je le répète, vos amendements sont satisfaits : c'est pourquoi je demande leur retrait, faute de quoi l'avis sera défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Je demande également le retrait de ces amendements. Le cadre général de l'activité des IPA prévoit déjà la possibilité d'adresser un patient à un médecin spécialiste dans le cadre de protocoles d'organisation préalablement signés par les deux professionnels concernés, en particulier s'agissant des pathologies chroniques stabilisées.

Nous en avons parlé lorsque nous avons abordé l'exercice coordonné, si nous souhaitons encadrer ce fonctionnement, c'est pour nous assurer de l'information systématique du médecin traitant dans ce dispositif – médecin traitant qui demeure bien entendu le point d'ancrage de la prise en charge des patients.

En définitive, ces amendements ne feraient qu'ajouter une couche de complexité supplémentaire à ce qui existe déjà. C'est pour cette raison que je demande leur retrait ; à défaut je leur donnerai un avis défavorable.

*(L'amendement n° 285 est retiré.)*

*(Les amendements identiques n° 260 et 310 ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Ségolène Amiot, pour soutenir l'amendement n° 358.

**Mme Ségolène Amiot.** Comme vous m'aviez tous écoutée avec beaucoup d'attention tout à l'heure, vous aviez bien noté que je m'étais trompée dans mes fiches en présentant l'amendement n° 359 : c'est le présent amendement, n° 358, que j'avais évoqué, celui-ci étant par conséquent défendu. Il n'en demeure pas moins absolument primordial de l'adopter, étant donné qu'il vise à encadrer le recours IPA en premier recours.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Mon amendement n° 330, que je présenterai tout à l'heure, nous permettra de réguler l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée dans le cadre des CPTS et d'inscrire dans la loi que cet accès ne se fera que dans le cadre d'exercices de soins coordonnés. Il me semble préférable au vôtre, lequel pose en outre des problèmes rédactionnels, s'agissant notamment de ce que vous qualifiez d'« accès direct ». Avis défavorable.

*(L'amendement n° 358, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 412.

**Mme Caroline Fiat.** Nous souhaitons revenir sur la création des statuts d'infirmier en pratique avancée praticien et d'infirmier en pratique avancée spécialisé, et remplacer cette distinction par l'ajout d'une nouvelle mention IPA pour les soins de premier recours. Les IPA peuvent améliorer

l'accès aux soins en étant inclus dans le développement du partage d'activité entre médecins et professionnels de santé, à condition que leur rôle dans le parcours de soins et le périmètre de leurs nouvelles prérogatives soient définis de façon claire et précise, et soient identifiés par le patient.

Scinder en différents statuts une profession peinant déjà à se développer, dans le but de répondre à la pénurie de praticiens, risque de nuire à la bonne compréhension de leur rôle par les autres acteurs du parcours de soins comme par les patients. En outre, la proposition de créer un double statut d'IPA praticien et d'IPA spécialisé comporte le risque d'une valorisation inégale du travail des professionnels concernés.

Bref, dans la mesure où je vous ai déjà perdus, vous imaginez bien que les patients risquent fort de ne rien y comprendre. Nous vous proposons donc d'ajouter un nouveau domaine d'intervention, lequel pourrait permettre de déployer les infirmiers en pratique avancée sur la prise en charge de pathologies courantes bénignes en soins primaires sans compromettre la lisibilité de la fonction d'infirmier en pratique avancée.

Vous êtes partis sur une bonne lancée tout à l'heure, hormis trois députés qui se sont trompés de bouton. Je vous invite à voter cet amendement de bon sens. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES et plusieurs bancs du groupe Écolo-NUPES.)*

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Il s'agit d'un débat technique, mais important, et contrairement à vous, il me paraît important de distinguer les IPA praticiens des IPA spécialisés. Peut-être ces titres ne sont-ils pas assez parlants, mais il n'empêche que les choses seront beaucoup plus simples pour les malades, puisque les IPA praticiens interviendront plutôt en amont du médecin traitant, et les IPA spécialisés – qui exercent plutôt à l'hôpital – davantage en aval, soit après la consultation du médecin, s'agissant notamment des pathologies chroniques.

Par ailleurs, les termes que vous proposez d'utiliser sont déjà associés à la pratique des infirmiers en pratique avancée, ce qui rendrait leur lecture encore plus complexe. Avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Caroline Fiat.** Lui, il est d'accord, parce qu'il me comprend ! *(Sourires.)*

**M. François Braun, ministre.** Je ne serai pas d'accord avec vous cette fois-ci, madame Fiat, car votre exposé sommaire ne décrit pas réellement l'objet de votre amendement, qui porte sur la validation des acquis d'expérience pour les infirmiers en pratique avancée. Sur ce point, je répondrai qu'il faut bien entendu favoriser la capitalisation des compétences. À cet égard, l'amendement n° 411 de Mme la rapporteure, dont nous allons bientôt discuter, vise à reconnaître les titres, les diplômes et les acquis universitaires.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Monsieur le ministre, mon amendement est ainsi rédigé : « En application de l'article L. 4301-1, un décret détermine, après avis de la Haute Autorité de santé et du comité des professions de santé, les compétences et les modalités d'accès, qui comprennent notamment la possibilité

pour les infirmiers d'obtenir une validation des acquis de l'expérience [...]. » L'exposé sommaire évoque donc bien le contenu de mon amendement.

Peut-être mes explications n'étaient-elles pas très claires, mais vous imaginez bien que ce ne sera pas mieux pour les patients. Mon amendement est de bon sens et c'est pour cela que je vous invite tous à le voter. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES. – M. Benjamin Lucas applaudit également.*)

(*L'amendement n° 412 n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 296.

**M. Yannick Monnet.** Les compétences des IPA spécialisés et praticiens seront définies par décret. Monsieur le ministre, en tant que médecin de profession, vous savez mieux que moi que les médecins n'aiment pas se faire imposer des choses. Nous demandons donc qu'il en aille de même s'agissant des IPA et que leurs représentants soient d'accord avec le décret avant qu'il ne soit publié.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** L'amendement est selon moi satisfait. J'en demande donc le retrait, faute de quoi l'avis sera défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Il est le même que celui de Mme la rapporteure. L'accord des représentants des professionnels de santé dans la définition des compétences est déjà prévu.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

**Mme Sandrine Rousseau.** Même si l'amendement est satisfait, cela n'enlève rien d'inscrire cette disposition, qui tend tout de même à affirmer que leur consultation est obligatoire. Un tel principe de précaution me semble utile. (*M. Benjamin Lucas applaudit.*)

(*L'amendement n° 296 n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 326 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

(*L'amendement n° 326, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Marina Ferrari, pour soutenir l'amendement n° 381.

**Mme Marina Ferrari.** Cet amendement d'appel, qui nous ramène à nos débats sur les infirmières puéricultrices, vise à appeler l'attention du Gouvernement sur ces professionnelles exerçant dans les unités de réanimation pédiatriques afin qu'elles puissent exercer en pratique avancée, soit en leur permettant de devenir IPA dans la mention « urgences », qui est peu appropriée, soit en créant une nouvelle mention puériculture.

Il a été fait mention dans les propos liminaires de Mme la ministre déléguée Firmin Le Bodo, ainsi que dans les échanges avec notre collègue Yannick Neuder, de la possibilité de créer un cadre propre à ces professionnelles. Elles réalisent des actes d'une grande technicité qui demandent,

pour pouvoir être exercés dans de bonnes conditions, une année d'études supplémentaire ainsi que des années de pratique. La reconnaissance comme IPA spécialisée permettrait de les valoriser et contribuerait à améliorer l'attractivité de leur carrière. Aujourd'hui, par manque de personnels et de moyens, elles craignent de commettre des erreurs pouvant porter atteinte à la vie des enfants prématurés ou grands prématurés qui leur sont confiés.

En phase avec cet amendement, d'après le dernier rapport de l'Igas, plusieurs ARS – agences régionales de santé – et représentants professionnels considèrent qu'il serait pertinent d'étendre la pratique avancée à de nouveaux domaines d'intervention et la puériculture me semble en être un.

En conclusion, j'aurais une pensée pour les infirmières puéricultrices du centre hospitalier Métropole Savoie qui demandent, depuis plusieurs mois, une revalorisation et une reconnaissance de leur métier, comme de nombreux professionnels de leur secteur.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Votre amendement concerne deux sujets : celui des infirmières puéricultrices et celui de la validation des acquis de l'expérience (VAE).

Concernant la VAE, je vous propose d'adopter l'amendement n° 411, car il est mieux rédigé.

Concernant les infirmières puéricultrices, le ministre s'exprimera. Comme on l'a dit, c'est un métier qui pourrait évoluer vers les pratiques avancées. À l'heure actuelle, les infirmières en pratique avancée doivent être titulaires d'un diplôme de deux ans reconnu au grade universitaire de master, ce qui n'est pas exigé des infirmières puéricultrices.

Pour ces deux raisons, je demande le retrait de votre amendement.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Sur la VAE, votre amendement est couvert par l'amendement n° 411.

Les infirmières puéricultrices suivent une formation d'un an, qui ne peut donc être reconnue au grade master, mais nous travaillons, dans le cadre des assises de la santé de l'enfant, à l'extension de cette formation vers des domaines de compétence plus élargis, comme la santé, au sens large, de l'enfant.

Je vous remercie de votre mobilisation en faveur de la reconnaissance des infirmières puéricultrices afin qu'elles puissent bénéficier du statut d'IPA. L'extension à ces professionnelles, votée par cette assemblée, de la prime de soins critiques, dont elles ne bénéficiaient pas auparavant, est une preuve de notre investissement. Je rappelle enfin que le Président de la République a annoncé un objectif minimal de 5 000 IPA en 2025. Nous allons donc dans le sens d'une augmentation du nombre d'IPA, demandée sur plusieurs bancs.

Je demande le retrait de votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Madame la rapporteure, monsieur le ministre, j'ai bien écouté les réponses que vous avez apportées à Mme Ferrari, dont je soutiens les revendications en faveur des infirmières puéricultrices. J'ai toutefois un peu de mal à comprendre vos explications.

Madame la rapporteure, vous avez expliqué que les infirmières puéricultrices n'ayant qu'un bac + 4, elles ne peuvent être reconnues comme IPA, mais les infirmières anesthésistes – je reviens à la charge, je ne lâche pas – ont, elles, un bac + 5. Elles pourraient donc être reconnues comme auxiliaire médicale en pratique avancée. On dit que quand c'est flou, il y a un loup. Je pense qu'il y a un loup!

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Marina Ferrari.

**Mme Marina Ferrari.** Madame la rapporteure, monsieur le ministre, je vous remercie pour vos explications, même si elles ne répondent pas à ma demande de valorisation des infirmières puéricultrices. Je comprends toutefois, par les échanges que vous avez eus avec M. Neuder, que la question devrait évoluer très prochainement et je compte sur la diligence du Gouvernement. Je retire donc mon amendement.

*(L'amendement n° 381 est retiré.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 411.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Il propose une modification rédactionnelle à l'alinéa 5 qui mentionne la VAE alors qu'il concerne un métier qui ne peut être exercé que par une personne titulaire d'un diplôme.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Avis favorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** La rédaction proposée par cet amendement est effectivement plus appropriée, puisque l'article concerne de nouvelles pratiques. Il était en effet incohérent de prévoir la validation des acquis de l'expérience pour de telles pratiques. Cela dit, monsieur le ministre, et je sais que vous en êtes conscient, nous devons encore avancer sur la VAE concernant certains métiers du soin. Je pense notamment aux paramédicaux ou aux aides-soignants travaillant dans les Ehpad. Ce chantier doit être amplifié afin de rendre ces métiers plus attractifs et de fidéliser ceux qui les exercent.

*(L'amendement n° 411 est adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 298.

**M. Yannick Monnet.** Afin d'éviter que la fonction d'IPA ne dérive vers une sous-pratique médicale et de garantir qu'elle reste bien une pratique infirmière autonome, nous vous demandons de respecter l'article 40 de la LFSS pour l'année 2023. Cet amendement propose de supprimer les alinéas visant à autoriser l'accès direct aux IPA afin de laisser le temps à l'expérimentation prévue par cet article. Je rappelle que cette expérimentation d'une durée de trois ans autorise, dans la limite de trois régions, les IPA à prendre en charge directement les patients dans le cadre des structures d'exercice coordonné. Si vous avez décidé, il y a quelques

mois, d'autoriser de telles expérimentations, c'est qu'un doute légitime subsistait sur la pertinence d'en faire d'emblée une règle de droit commun.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Je comprends votre demande, elle est légitime, mais il y a urgence à améliorer l'accès aux soins. Par ailleurs, vous savez que, en tant que parlementaires, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, pour faire avancer des mesures, nous devons passer par l'expérimentation.

**M. Thibault Bazin.** Ce n'est pas pour les faire avancer, c'est pour qu'elles soient recevables!

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Nous avons déjà eu cette discussion. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 298 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de plusieurs amendements identiques, n° 396, 329, 369 et 403. Ces amendements font l'objet d'un sous-amendement n° 439.

Sur ces amendements identiques, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 396.

**M. François Braun, ministre.** Je laisse la parole aux parlementaires pour présenter les amendements identiques à l'amendement du Gouvernement.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 329.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Il vise à étendre l'accès direct aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux. Si l'accès direct est ouvert en ville, il doit l'être également dans les établissements, afin d'éviter que les établissements de santé ne soient délaissés au profit de la ville, d'autant plus que ceux-ci présentent une importante utilité pour le malade.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Frédéric Valletoux, pour soutenir l'amendement n° 369.

**M. Frédéric Valletoux.** C'est un amendement de confiance : si nous reconnaissons le rôle et la place des IPA, nous devons le faire dans l'ensemble de leur champ d'intervention, c'est-à-dire tous les établissements dans lesquels les infirmières sont utiles, voire nécessaire, et dans lesquels elles interviennent déjà.

C'est également un amendement de rupture par rapport à ceux que nous venons d'examiner et qui ont été présentés par la gauche. Ils visaient en effet à protocoliser jusqu'à restreindre le rôle et la place des IPA. Nous préférons faire confiance à cette profession, que nous voulons reconnaître.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 403 de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq est défendu.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir le sous-amendement n° 439.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** M. le ministre, Mme la rapporteure et mes collègues sont très généreux quand ils prévoient l'accès direct dans les services sociaux mais, les IPA n'y exerçant pas, ce sous-amendement vise à supprimer cette mention.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist,** *rapporteure.* Avis favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun,** *ministre.* Avis favorable. Je remercie M. Isaac-Sibille pour cette précision.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Je suis étonné par ces amendements qui risquent de créer une certaine confusion. Les IPA existent déjà et fonctionnent plutôt bien dans les établissements. La proposition de loi vise à favoriser l'accès direct aux IPA, notamment en ville où l'enjeu pour la médecine est de dégager du temps médical. À la lecture de ces amendements, on pourrait se dire : « Mince, nous avons oublié les établissements ! » Mais dans les établissements, il y a souvent des médecins et des IPA qui travaillent avec des protocoles, des projets de santé et dans le cadre de l'exercice coordonné. Je me demande donc si ces amendements ne sont pas déjà satisfaits. S'ils ne le sont pas, alors la notion d'accès direct soulève une difficulté dans ces établissements car cela voudrait dire que le médecin coordinateur n'y serait pas présent demain.

Je m'interroge : pourquoi rajouter cette précision s'il existe déjà des protocoles dans les établissements, qui fonctionnent plutôt bien ?

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Justine Gruet.

**Mme Justine Gruet.** Je souhaite corroborer les propos de mon collègue Bazin. Pour l'accès direct, faisons confiance aux professionnels. Certains veulent faire croire que l'IPA libérale est la solution au manque d'accès aux soins d'un médecin traitant, mais, à ma connaissance, il n'existe qu'une cinquantaine d'IPA libérales alors que, dans les établissements de santé, le travail complémentaire des IPA qui y travaillent se fait déjà très bien avec le médecin de proximité.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Stéphanie Rist,** *rapporteure.* Pour les infirmières en pratique avancée, nous parlons d'un métier neuf. En ville, lorsqu'elles sont présentes, les médecins nous demandent d'aller vers l'accès direct et la primo-prescription. Pour les établissements de santé, je prendrai l'exemple d'un centre médico-psychologique. Une infirmière en pratique avancée psychiatrique ne peut actuellement pas voir le malade de façon directe et ne peut pas lui prescrire des traitements. Elle doit passer par le médecin pour renouveler son ordonnance. L'accès direct est une demande des médecins hospitaliers que nous avons auditionnés et des infirmières en pratique avancée de ces établissements.

*(Le sous-amendement n° 439 est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 396, 329, 369 et 403, sous-amendés.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	106
Nombre de suffrages exprimés .....	90
Majorité absolue .....	46
Pour l'adoption .....	90
contre .....	0

*(Les amendements identiques n° 396, 329, 369 et 403, sous-amendés, sont adoptés.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de plusieurs amendements, n° 45, 4, 38, 108, 255 et 297, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 4, 38, 108, 255 et 297 sont identiques.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 45.

**M. Thibault Bazin.** Il vise à exclure les CPTS de la liste des structures garantissant l'exercice coordonné car nos discussions montrent bien que dans les faits, celui-ci n'est pas assuré dans les CPTS, au contraire des autres structures mentionnées.

L'amendement tend également à préciser que « les modalités de la coopération [des infirmiers en pratique avancée] avec le médecin traitant sont formalisées dans le projet de santé de la structure. »

Le rapport « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » de l'Igas invitait à permettre l'accès direct des IPA dans les seules zones sous-dotées, restriction que le texte ne mentionne pas. D'ailleurs, les structures d'exercice coordonné ne se trouvent pas forcément dans les zones sous-dotées, où les médecins sont en nombre insuffisant.

Ce même rapport soulignait également l'importance de maintenir un lien étroit entre le médecin traitant et l'infirmier en pratique avancée, pour prévenir le risque de prise en charge en silo. Ce point est important ; il faut formaliser le fonctionnement propre à chaque équipe. Cet amendement a le mérite de clarifier l'articulation entre le suivi médical par le médecin traitant et celui qui sera assuré par l'IPA, qui ne pourra délivrer certaines prescriptions médicales.

Enfin, c'est un problème, madame la rapporteure, vous nous renvoyez à votre amendement, le n° 330, mais nous ne savons pas quel sera son sort. Au cas où il ne serait pas adopté, je vous invite à voter le mien, par prudence, pour garantir la qualité et la pertinence des soins. J'espère que le ministre me rejoindra.

**Mme la présidente.** Vous gardez la parole, monsieur Bazin, pour soutenir l'amendement n° 4.

**M. Thibault Bazin.** Cet amendement de repli, plus sobre, vise à réserver la prise en charge directe par les IPA aux structures au sein desquelles l'exercice coordonné pourra être assuré avec certitude, c'est-à-dire les équipes de soins primaires, les centres de santé et les maisons de santé.

On le sait bien, ces structures sont toutes adaptées à la coordination étroite à laquelle invite cette proposition de loi, contrairement aux communautés professionnelles territoriales

de santé, dont la taille est variable, et où le degré de coordination effective est variable, concernant les patients qui doivent être considérés individuellement.

Vous le savez bien, même dans les équipes de soins primaires, le temps de coordination n'est pas forcément valorisé, alors qu'il est nécessaire.

C'est en somme le même problème avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale : nous discutons de l'organisation en faisant l'impasse sur les moyens. L'exercice coordonné nécessite du temps pour que le médecin assure la qualité de la prise en charge.

Enfin, monsieur le ministre, pourriez-vous nous rassurer quant aux moyens prévus pour valoriser les IPA qui ont suivi des formations supplémentaires ? Puisqu'ils effectueront de nouveaux actes, ils auront des responsabilités supplémentaires – nous en reparlerons tout à l'heure – et leur assurance responsabilité civile professionnelle sera plus onéreuse. Les actes seront-ils donc revalorisés ? Je sais que les négociations conventionnelles avec les médecins sont en cours. Même si le contexte n'est pas facile, les attentes sont fortes et nous ne pouvons faire l'économie de nouveaux moyens si l'on veut rendre ces professions plus attractives et relever les défis dans les territoires.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 38.

**M. Cyrille Isaac-Sibille.** L'ordre d'examen des amendements est étonnant, puisque nous retrouvons le débat de tout à l'heure. J'en profite pour demander si le projet de santé signé dans le cadre d'un CPTS engage, en matière de coordination des soins, tous les personnels de santé – les médecins notamment – qui y participent ? Il faut que ce soit précisé dans votre amendement, madame la rapporteure, afin d'éviter que les médecins soient engagés malgré eux.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Danielle Brulebois, pour soutenir l'amendement n° 108.

**Mme Danielle Brulebois.** Je propose que l'ouverture de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancé soit subordonnée à leur exercice au sein d'une structure de coordination de proximité, condition indispensable à un véritable travail collaboratif entre professionnels de santé. Il faut donc exclure cette ouverture dans les communautés professionnelles territoriales de santé.

En effet, dans les CPTS, les soins de premier secours sont centrés sur le médecin généraliste dont le rôle d'orientation des parcours de soins ne saurait être remplacé par l'infirmier en pratique avancée. En outre, l'ouverture de l'accès direct aux IPA dans les CPTS désorganiserait l'accès aux soins de premiers recours dans ces centres et ainsi l'entrée dans le parcours de soins. C'est donc afin de préserver la sécurité, la qualité et la coordination de ce parcours que je défends cet amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 255.

**M. Yannick Neuder.** Vous l'avez bien compris, M. Bazin et moi-même sommes opposés à l'ouverture de l'accès direct aux IPA dans les CPTS, pour une bonne raison : celle-ci désorganiserait les soins plutôt qu'elle n'aiderait à les coordonner. Par ailleurs, songeons au nombre de CPTS qui fonctionnent bien dans le territoire et au nombre d'IPA en secteur libéral exerçant dans une CPTS. La mesure casserait un système qui fonctionne, sans apporter

de valeur ajoutée, tout en exposant les IPA à de nouveaux risques de responsabilité, qui, nous le verrons tout à l'heure, affecteront leur système assurantiel. Nous attendons donc de savoir comment le modèle économique évoluera et comment la rémunération des IPA sera valorisée pour leur permettre d'assurer correctement leur pratique professionnelle. Évitez les fausses bonnes idées.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 297.

**M. Yannick Monnet.** Il vise à mieux définir les lieux d'exercice coordonné prévus pour l'accès direct aux IPA, en excluant les communautés professionnelles territoriales de santé. Les CPTS permettent l'organisation des professionnels de santé d'un territoire grâce à des actions collectives, en particulier avec l'hôpital, pour répondre à des besoins de santé locaux identifiés. Elles assurent donc un exercice coordonné, mais sur des enjeux de santé collectifs, comme ce fut le cas pour l'accès aux soins primaires pendant l'épidémie de covid. Cette forme d'organisation territoriale ne nous semble pas ici pertinente car elle ne répond pas à l'exigence de proximité nécessaire à une coordination autour du patient. En ce sens, les CPTS ne peuvent pas être mises sur le même plan que les centres de santé ou les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

De plus, l'ouverture de l'accès direct aux IPA dans les CPTS reviendrait à créer plusieurs entrées dans le parcours de soins et à désorganiser la coordination des équipes de soins primaires, jusqu'à présent assurée par le médecin généraliste.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Nous avons déjà commencé ce débat tout à l'heure. L'amendement n° 330 que je défendrai sous peu devrait vous rassurer puisqu'il tend à préciser qu'il faudra que tous les professionnels d'une CPTS se soient assis autour d'une table et se soient accordés sur la manière d'ouvrir l'accès direct, de le coordonner, pour que celui-ci soit possible. Au contraire, si le projet de santé de la CPTS ne décrit pas ses modalités, si les professionnels ne se sont pas assis autour d'une table pour décider de son organisation, l'accès direct sera impossible.

Quand je considère les craintes que j'entends sur l'ensemble des bancs, je ne vois pas pourquoi cet amendement n° 330 ne serait pas adopté. Ces craintes sont probablement dues au fait que toutes les CPTS ne fonctionnent pas bien dans tous les territoires et que nous n'en sommes qu'au début de leur développement.

Cette proposition de loi est aussi un moyen d'accélérer la coopération entre les professionnels, de les placer autour de la table afin d'organiser l'accès direct pour les patients de leur territoire, et d'améliorer l'accès aux soins. C'est notre objectif et notre responsabilité. L'amendement n° 330 est donc de nature à vous rassurer en ce qui concerne la coordination. Je donne donc un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Je vous remercie pour ces échanges qui nous placent au cœur du débat avec la question de l'organisation territoriale. Nous voulons créer des responsabilités territoriales et embarquer, si je puis dire, les professionnels de santé de chaque territoire dans ce projet.

Je l'ai dit tout à l'heure, 400 CPTS existent et 350 sont en création. Nous devons accompagner cette dynamique forte et surtout ne pas la freiner. Certes, le mode de fonctionnement des CPTS est extrêmement disparate ; certaines sont matures, d'autres non. Dès lors, le cœur du débat, que nous retrouverons tout à l'heure, est l'établissement d'un programme d'exercice coordonné au sein des CPTS. Je le répète, le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 330 de Mme la rapporteure, ainsi qu'aux amendements n° 334 de M. Colombani et 372 de M. Valletoux qui lui sont identiques, car ils permettront de sécuriser l'exercice des IPA dans les CPTS.

Je relève, dans vos questions, la notion de temps de coordination. Celui-ci est bien sûr essentiel et fait l'objet de discussions dans le cadre des négociations conventionnelles avec les médecins. Sachez que le Gouvernement tient particulièrement à l'exercice coordonné, au développement des responsabilités à l'échelle territoriale et fera ce qu'il faut pour les favoriser. Comme Mme la rapporteure, je suis donc défavorable aux amendements en discussion, au profit des amendements n° 330 et identiques.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Danielle Brulebois.

**Mme Danielle Brulebois.** Je retire mon amendement au profit de celui de Mme la rapporteure, puisque celle-ci vient d'apporter la garantie que la coopération dans les CPTS sera confortée. Ces communautés fonctionnent très bien et ont permis une coopération qui redonne du sens à la mission de tous les soignants qui travaillent ensemble, en remettant le patient au centre de leur activité. Garantissons-leur que les IPA seront bien intégrés dans leur équipe.

*(L'amendement n° 108 est retiré.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Sandrine Rousseau.

**Mme Sandrine Rousseau.** Je soutiens l'amendement de nos collègues Monnet et Dharréville. Alors qu'il faut définir très précisément les lieux de coordination, nous avons l'impression que la CPTS ne sera qu'un lieu par défaut. Il faut rassurer les professionnels de santé sur la manière dont la coordination s'écrira et se décrira entre eux ; or le flou en la matière est préjudiciable à la proposition de loi dans son ensemble.

**Mme la présidente.** Puisque Mme Rousseau s'est exprimée en faveur des amendements, je vais donner la parole à un opposant à ceux-ci, conformément à la règle. Je vois que vous avez demandé la parole, monsieur Bazin, mais je ne pense pas que vous soyez contre...

**M. Thibault Bazin.** En effet.

**Mme la présidente.** Je vous redonnerai la parole tout à l'heure, monsieur Bazin. La parole est à M. Frédéric Valletoux.

**M. Frédéric Valletoux.** Ne nous trompons pas de débat. Les CPTS sont des structures nouvelles, en devenir. Elles ouvrent la possibilité d'une coordination prometteuse, dans un monde médical libéral resté profondément individualiste pendant des générations, et cela sans bousculer trop les habitudes ni revenir sur le statut libéral.

Ne votons donc pas des amendements qui empêcheraient de tenir compte de cette réalité. Certes, celle-ci émerge à des vitesses très différentes selon les territoires, comme cela a été

rappelé à l'instant, mais dans quelques années, espérons-le, les CPTS opéreront partout, aux quatre coins du pays. Nous n'écrivons pas la loi pour les 1700 IPA actuels – dont 50 libéraux – mais pour permettre le décollage de cette profession, pour que ses effectifs se comptent en milliers.

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

*(Les amendements identiques n° 4, 38, 255 et 297 ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quatre amendements, n° 70, 2, 81 et 161, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 2, 81 et 161 sont identiques.

Sur l'amendement n° 70, je suis saisie par le groupe Rassemblement national d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Joëlle Mélin, pour soutenir l'amendement n° 70.

**Mme Joëlle Mélin.** Le présent amendement vise à inclure dans la première phrase de l'alinéa 6, après la mention de l'article L. 6323-3, les mots « et d'un exercice protocolisé et validé par un médecin ou une équipe médicale ». J'ai du reste constaté en commission que cette proposition n'avait pas été parfaitement comprise : il ne s'agit pas de soumettre la pratique technique à un protocole, c'est-à-dire en quelque sorte les arts paramédicaux, mais les relations. Peut-être ne le saviez-vous pas, madame Rist : à ma connaissance, aucun syndicat médical, non plus que le grand collectif qui vient de se constituer, n'approuve votre projet. Vous n'en finissez pas de parler de confiance : inspirons-en aux médecins, dont je peux vous assurer qu'ils sont très inquiets de la situation. Si nous voulons renouveler notre système de soin, il faut impérativement que tout le monde soit en confiance, ce qui, je le répète, n'est pas le cas en ce moment. Je vous invite donc à aller plus loin afin de rassurer les intéressés, de leur donner le loisir de s'exprimer ; sans quoi, comme ils menacent de le faire, ils quitteront les CPTS – or que deviendront celles-ci sans médecins ? *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 2.

**M. Thibault Bazin.** Tout d'abord une question de méthode : pour la bonne tenue de nos débats, il est regrettable que...

**Mme la présidente.** S'agit-il d'un rappel au règlement, monsieur Bazin ? Si oui, je vous remercie de préciser sur quel article du règlement il est fondé ; si non, merci d'en revenir à l'amendement.

**M. Thibault Bazin.** Il ne s'agit pas d'un rappel au règlement, je ne souhaite pas ralentir la discussion, madame la présidente, j'étais seulement en train de regretter que ces amendements en discussion commune n'aient pas été associés aux amendements n° 330 et identiques qui seront examinés dans peu de temps. La réalité de l'exercice coordonné suscite beaucoup d'interrogations. Madame la rapporteure, votre amendement n° 330 vise à préciser que l'alinéa 6 s'appliquera « à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination soient inscrites dans le projet de santé de la structure ».

Très sincèrement, le fait que le projet mentionne l'exercice coordonné ne signifie pas que les professionnels en cause s'y conformeront. Par ailleurs, nous ne pouvons à la fois faciliter l'accès aux soins, donc la multiplication des actes médicaux, et dévaloriser les médecins libéraux, payés à l'acte. La plupart des généralistes ou spécialistes établis dans certains territoires sont d'ailleurs bien loin de faire preuve de l'individualisme que je leur entends reprocher ici. Au contraire, madame la rapporteure, ils pratiquent de fait l'exercice coordonné; ils n'ont pas besoin, pour travailler ensemble, d'une CPTS ou d'un autre machin technocratique tel que les ESP et maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP).

En outre, monsieur le ministre, notre collègue Isaac-Sibille a posé la bonne question : est-ce le périmètre de la CPTS, le fait d'en être membre, qui détermine l'exercice coordonné ? Si nous ne clarifions pas ces dispositions, des médecins pourraient effectivement être tentés de quitter les CPTS. Surtout, il importe que l'exercice coordonné soit efficace, ce que ne garantit pas la rédaction proposée. Je préférerais donc voir adopter mon amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Dragon, pour soutenir l'amendement n° 81.

**M. Nicolas Dragon.** Cet amendement de repli de notre collègue Thierry Frappé vise à encadrer l'évolution prévue par l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi : l'accès direct aux IPA, kinésithérapeutes et orthophonistes exerçant dans une structure de soins coordonnés, autrement dit le fait que nos compatriotes reçoivent un traitement différent selon qu'ils appartiennent à la catégorie des Français avec médecin ou à celle des Français sans médecin. En vue de garantir le respect du principe d'égalité et la qualité des soins prodigués à tous, il convient donc d'ajuster la mesure en subordonnant cet accès direct à « un exercice protocolisé ».

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 161.

**M. Yannick Neuder.** Nous sommes en train de céder à notre habitude d'aller trop loin, de légiférer au sujet des relations interprofessionnelles, de nous immiscer dans les discussions entre médecins, infirmiers, paramédicaux, qui sont accoutumés à travailler ensemble. Si vous souhaitez cet accès direct aux soins, sécurisez-le, faites en sorte d'éviter le risque d'erreur de diagnostic : soumettez la prise en charge à un protocole. Nous ne demandons rien d'autre. Nous sommes plusieurs, sur divers bancs, à vous avertir que votre mesure susciterait un autre risque important, celui que les médecins quittent les CPTS, alors même que celles-ci ont été instaurées afin de lutter contre la désertification médicale ; comme nous le déplorons depuis le début de l'examen de cet article, nous nous retrouverions face à une médecine à deux vitesses, certains patients ayant accès à un médecin, d'autres uniquement à des structures délaissées par les médecins, où il ne resterait que les IPA pour les prendre en charge.

Au lieu de supprimer réellement le numerus clausus, au lieu d'accompagner la formation professionnelle, nous nous apprêtons à franchir une ligne rouge : classez les amendements dans l'ordre que vous voudrez, cela ne changera rien à cette réalité. De surcroît, en spécialisant des infirmiers de bloc opératoire, des infirmiers anesthésistes, des infirmiers puériculteurs, vous appauvrissez le système de santé, cassez le système de soin au lieu de l'améliorer. Prenez garde : nos débats sur ce point sont très regardés ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LR.*)

**Mme Émilie Bonnard.** Nous pouvons nous réjouir que ce soit un médecin qui parle de médecine !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Ainsi, les médecins ne seraient pas favorables au fait que les patients accèdent directement à d'autres professionnels de santé. Je vous rassure, madame Mélin : j'ai d'autant mieux entendu les syndicats que leurs propos ont parfois été assez virulents – j'ai donc bien entendu qu'ils n'approuvaient pas cet accès direct –, mais, cela pour être tout à fait objective, vous oubliez de préciser qu'un syndicat de jeunes médecins, d'internes, est favorable au texte. Je tiens d'ailleurs à saluer sa présidente, laquelle a reçu des menaces, dont certaines des plus violentes. C'est pour cela que j'ai rappelé qu'il convenait de garder en tête, lors de nos débats, qu'aucune profession n'est supérieure à une autre, toutes ayant leur place au sein du système.

Comme cela a été dit, toutes les circonscriptions n'en sont pas au même stade en matière de CPTS ; dans la mienne, elles fonctionnent bien. Là encore, j'entends les craintes exprimées, mais ces amendements ne cadrent pas avec le texte : ils visent à établir des protocoles, c'est-à-dire des accords entre un médecin et un autre professionnel travaillant de concert à faciliter l'accès aux soins des patients. Or, dans nos territoires, les médecins font défaut ; par conséquent, nous souhaitons, à une échelle géographique supérieure, celle de la CPTS, la réunion autour d'une table de tous les professionnels – même ceux qui ne se connaissent pas individuellement – afin qu'ils œuvrent, dans le respect des compétences dont font foi les diplômes universitaires de chacun, à un projet commun d'accès direct, au profit à la fois des patients et des médecins, lesquels gagneront ainsi du temps. Cela n'a rien à voir. J'émet par conséquent un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Nous avons déjà abordé cette question tout à l'heure, mais je souhaite revenir sur quelques points. *In fine*, l'enjeu est double : d'une part l'exercice coordonné en lui-même, d'autre part l'échelle à laquelle il est organisé. Le nombre de personnes relevant d'une CPTS peut aller de quelques dizaines de milliers à 200 000, d'où l'importance du fait que la décision relève des professionnels d'un même territoire. Vos inquiétudes concernant le choix de la CPTS seront, je l'espère, apaisées lors de l'examen des amendements dont nous avons parlé.

Monsieur Bazin, j'aimerais vous répondre précisément à deux sujets. Premièrement, vous laissez entendre que l'exercice coordonné correspondrait essentiellement à des paiements à l'acte en médecine libérale : c'est vrai et ça ne l'est pas, puisque 20 % de cet exercice entraîne un paiement au forfait, lequel concourt à des objectifs de santé publique. À l'occasion de ses vœux aux soignants, le Président de la République a d'ailleurs exprimé le souhait de voir reculer le paiement à l'acte au profit d'engagements destinés à répondre aux besoins de la population en matière de santé, le tout à l'échelon territorial. Deuxièmement, le projet de santé d'une CPTS est élaboré par les professionnels, mais validé par l'ARS, ce qui nous permettra de veiller à l'application du principe de l'exercice coordonné : voilà qui est de nature à vous rassurer. Mon avis est donc défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le ministre, nous sommes là au cœur de la question. Une CPTS peut correspondre à un territoire comptant plusieurs centaines de milliers d'habitants : les professionnels de santé qui en dépendent se connaissent-ils tous entre eux ?

**Mme Charlotte Parmentier-Lecocq.** Et alors ?

**M. Thibault Bazin.** Alors, si l'on veut prendre en charge un patient dans le cadre d'un exercice coordonné, la moindre des choses est que l'information circule ! Supposons une personne soignée par un IPA en accès direct, puis renvoyée à son médecin traitant : celui-ci doit être au courant de ce qui a été fait. Durant le précédent quinquennat, l'accent était mis sur le parcours du patient, notion essentielle à la pertinence et à la qualité des soins : sommes-nous certains qu'au sein d'un projet théorique, global, elle conservera cette importance ? Par ailleurs, dans le périmètre géographique d'une CPTS, il se trouve forcément des médecins libéraux : comme le demandait, je le répète, notre collègue Isaac-Sibille, leur implantation les intègre-t-elle au dispositif, ou faut-il pour cela qu'ils soient membres de la CPTS ? La réponse à cette question est fondamentale : le projet de santé suppose une forme de contractualisation, et les professionnels qui ne font pas partie de la CPTS n'auront pas contribué à sa rédaction. Il importe de clarifier ce point, madame la rapporteure. En matière d'exercice coordonné, qu'est-ce qui engage ? Quelles sont les conditions de l'accès direct ?

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** La réponse a été fournie par les travaux de la commission : pour bénéficier de l'accès direct et voir sa consultation remboursée, le professionnel doit faire partie d'une structure d'exercice coordonné, c'est-à-dire d'une MSP, d'une ESP, d'un centre de santé ou d'une CPTS disposant de son projet. S'il exerce au sein d'une CPTS dont les membres ne se sont pas mis d'accord pour rédiger un projet de coordination, il ne pourra recevoir les malades en accès direct.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Charlotte Parmentier-Lecocq.

**Mme Charlotte Parmentier-Lecocq.** Qu'est-ce qu'une CPTS ? Ce sont des professionnels de santé installés dans un même territoire, qui manifestent l'envie de travailler ensemble autour d'un projet commun dans lequel, comme l'a dit Mme la rapporteure, ils se sont accordés sur l'accès direct.

**Mme Michèle Peyron.** C'est une communauté !

**Mme Charlotte Parmentier-Lecocq.** Et même s'ils ne se connaissent pas très bien parce qu'ils ne se voient pas tous les jours comme ils le feraient dans une maison de santé, ce sont des professionnels diplômés. Ils sont compétents et l'on peut leur faire confiance, d'autant plus qu'ils ont une volonté de travailler ensemble. *(Mme Caroline Abadie applaudit.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 70.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	94
Nombre de suffrages exprimés .....	92
Majorité absolue .....	47
Pour l'adoption .....	15
contre .....	77

*(L'amendement n° 70 n'est pas adopté.)*

*(Les amendements identiques n° 2, 81 et 161 ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 89.

**M. Joël Aviragnet.** Il vise à soumettre l'entrée en vigueur de l'accès direct aux IPA à la réalisation des expérimentations votées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Il semble en effet peu pertinent, du point de vue méthodologique, de prévoir des expérimentations puis de ne pas attendre leurs résultats pour en généraliser l'objet. C'est pour le moins surprenant. Avec cet amendement, notre groupe entend démontrer son attachement à la volonté du législateur qui, il y a un an à peine, a souhaité expérimenter un tel accès direct et doit donc être éclairé par des retours d'expérience avant de se prononcer à l'aveugle sur toute généralisation.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Nous avons déjà eu ce débat ; avis défavorable.

*(L'amendement n° 89, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Dragon, pour soutenir l'amendement n° 84.

**M. Nicolas Dragon.** Ce nouvel amendement de repli vise à mieux appréhender l'exercice de l'art des infirmiers en pratique avancée sans prescription médicale. La formation rigoureuse pour devenir IPA permet à ces infirmiers d'avoir une expertise cohérente dans le suivi des patients et la qualité des soins prodigués. Il est important cependant que le médecin effectue un contrôle médical dans le cadre de son accompagnement du patient. L'adoption de cet amendement permettrait d'autoriser les IPA à exercer leur art sans prescription médicale à la condition qu'un médecin fournisse une première ordonnance à la suite d'une prise en charge médicale.

*(L'amendement n° 84, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quatre amendements, n° 256, 5, 388 et 299, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 256.

**M. Yannick Neuder.** À travers cet amendement de repli, nous cherchons à restaurer la confiance entre les professionnels libéraux dans le contexte d'un accès direct aux IPA. Je crois à cet égard que tout le monde serait favorable à une délégation de tâches, et serait ainsi rassuré. La délégation de tâches n'exclut pas le contrôle, comme le montre ce qui a été fait pour certaines spécialités médicales : des IPA formés en médecine spécialisée – qui ne sont pas les IPA spécialisés

évoqués dans la proposition de loi – travaillent parfaitement en délégation de tâches, avec des protocoles. Les patients ne font preuve d'aucune défiance, et il est référé du moindre problème au médecin ayant délégué la prise en charge. Il me semble que c'est ainsi que nous restaurerons la confiance : par une délégation de tâches, qui n'exclut ni le contrôle ni le recours. En cas de décompensation du malade – puisque ce fonctionnement concerne essentiellement le suivi de pathologies chroniques –, elle permet la réhospitalisation et la prise en charge directe dans les services hospitaliers. Je ne comprends donc pas pourquoi on exclurait le système libéral des bonnes pratiques que nous avons su mettre en place dans le système hospitalier. Il est donc nécessaire de prévoir un protocole, comme le propose cet amendement de repli.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 5.

**M. Thibault Bazin.** La nouvelle formulation que propose le présent amendement vise à trouver un compromis qui permette – c'est l'une de nos préoccupations – de soutenir l'exercice coordonné, auquel nous croyons profondément. Une collègue a évoqué tout à l'heure la reconnaissance des diplômés. Oui, les IPA sont diplômés, et j'appellais d'ailleurs tout à l'heure à ce que cela soit reconnu. J'espère que, dans le cadre des négociations, les IPA ayant suivi deux années de formation de plus que leurs collègues bénéficieront d'une revalorisation. Une infirmière vous avait d'ailleurs questionné à ce sujet, monsieur le ministre. Je le dis à la collègue qui m'avait interpellé tout à l'heure : je ne mets pas en cause les diplômés des IPA. Je ne mets pas non plus en cause les CPTS. Elles ont des vertus et permettent par exemple de développer dans les territoires des projets de santé publique, notamment, qui peuvent concerner la permanence des soins.

Pour ce qui est de l'exercice coordonné, j'illustrerai mon propos d'un cas auquel j'ai été confronté, monsieur le ministre : un patient contacte en accès direct un IPA membre d'une CPTS. Or ce patient a un médecin traitant qui ne fait pas partie de la CPTS. Dans ce cas, y a-t-il accès direct ? Comment s'assurer que l'exercice est coordonné ? C'est une question très importante, qui se pose concrètement : on sait bien en effet que l'on peut adhérer ou pas aux CPTS. Il n'y a pas d'obligation à cet égard – pas plus que pour les autres formes d'exercice coordonné.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Nicole Dubré-Chirat, pour soutenir l'amendement n° 388.

**Mme Nicole Dubré-Chirat.** Il propose une coordination formalisée visant à définir les modalités de coopération entre le médecin généraliste et les IPA. Cette coordination définira les orientations adaptées au patient, dans le souci de garantir la qualité des soins et la bonne transmission des informations entre les professionnels de santé dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 299.

**M. Yannick Monnet.** Cet amendement de repli, qui va dans le même sens que le précédent, vise à mieux encadrer le recours direct aux IPA. Pour maintenir un exercice coordonné et un parcours de soins coordonnés pour le patient, nous proposons que l'accès direct s'inscrive dans un protocole d'organisation avec le médecin généraliste tel que prévu dans le code de la santé publique. Le protocole d'organisation permet en effet à l'IPA et au médecin de

convenir des domaines d'intervention de l'IPA, des modalités de prise en charge du patient ainsi que des modalités et de la régularité des échanges entre le médecin et l'IPA.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur ces quatre amendements ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Je répondrai tout d'abord à M. Bazin : si un patient souhaite rencontrer un IPA dans une CPTS alors qu'il a un médecin traitant, l'IPA le renverra vers ce dernier. Ce sera comme s'il l'avait consulté directement – sauf que l'IPA aura pu préparer le dossier et peut-être rencontrer le patient au préalable, dans un délai plus court que le médecin. Le patient aura ainsi bénéficié d'un meilleur accès aux soins.

Ce que vous proposez avec l'amendement n° 299, monsieur Monnet, rejoint clairement ce que je propose avec l'amendement n° 330, où j'évoque une coordination inscrite dans le projet de CPTS. Il me semblerait donc préférable que vous retiriez votre amendement. Celui de Mme Dubré-Chirat est également satisfait, pour les mêmes raisons. Je donne donc un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Je suivrai l'avis de la rapporteure. L'amendement n° 299 est satisfait par le code de la santé publique : l'exercice des IPA s'inscrit déjà dans le cadre d'un protocole d'organisation avec le ou les médecins avec lesquels ils travaillent. Il n'y a donc pas lieu d'ajouter un nouveau protocole. Je suggère le retrait de cet amendement et j'émetts un avis défavorable aux autres.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Vous venez de me répondre, madame la rapporteure, que l'IPA pourra être consulté en accès direct dès lors qu'il fera partie d'une CPTS, même si le médecin traitant en est absent ; il renverra dans ce cas le patient vers ce dernier. Mais si ce médecin traitant n'est pas dans la CPTS, cela signifie qu'il n'a pas participé à l'élaboration du projet de santé qui prévoit les modalités de l'exercice coordonné. C'est tout le problème. C'est la raison pour laquelle je préférerais un travail en binôme.

En réalité, les infirmiers travaillent déjà avec les médecins – c'est ce qu'ils disent lorsqu'on les interroge –, tout comme les kinésithérapeutes. Nous ne ferons croire à personne que l'exercice coordonné commencera avec cette proposition de loi. Il existe déjà. Votre proposition de loi, madame la rapporteure, encadre l'accès direct aux IPA en fixant comme condition l'existence d'un exercice coordonné. C'est vous qui proposez cela, ce n'est pas moi qui ai rédigé le texte. Or je doute de la possibilité d'un exercice coordonné en CPTS dès lors que le médecin et l'IPA n'en sont pas tous les deux membres. Il convient de le préciser, monsieur le ministre : au-delà de l'exercice coordonné, l'accès direct est-il subordonné à la présence des deux professionnels dans la CPTS ou bien la présence du seul IPA suffit-elle ?

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** J'aimerais que nous nous comprenions bien, madame la rapporteure, et pour cela que vous répondiez à ma question. Finalement, nous sommes en train de nous dire que peu importe que la CPTS compte un médecin ou simplement un infirmier en pratique avancée : les CPTS pourront poursuivre leur travail de coordination avec des IPA dans le cas, par exemple, où le médecin généraliste serait parti. Si vous nous confirmez que nous avons bien

entendu et que c'est bien ce qui est prévu, cela démontre la mise en place d'un système à deux vitesses : certains CPTS auront un médecin quand d'autres, qui assureront la même coordination de parcours, en seront malheureusement dépourvus. Or c'est ce que nous dénonçons depuis le début : il ne pourra plus y avoir de protocole, de délégation de tâches ou autre, puisque dans ces organisations de professionnels autour d'un projet, il manquera quelqu'un : le médecin traitant. Je crois que nous sommes en train de mettre le doigt dans un engrenage qui nous emmènera très loin. Coordonner des professionnels dans les territoires, sans médecin : voilà le problème que soulève votre proposition de loi, madame la rapporteure.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Je serai brève car c'est pour m'éloigner un peu du texte – mais très peu ! Puisque nous parlons de travail coordonné et de glissement de tâches, je voudrais revenir sur ce qui est réclamé depuis des années et qui pourrait être réglé par un simple décret : pourrait-on imaginer que, dans le cadre d'un travail coordonné avec un infirmier, les aides-soignants puissent enfin réaliser les glycémies capillaires, ce qu'ils font déjà – mais de façon illégale ? Il suffirait, je le répète, d'un décret, monsieur le ministre ! Je sais que nous parlons des IPA, mais comme il est question de travail coordonné, je saisis l'occasion. J'ai l'impression que la soirée se passe bien pour moi : j'essaye d'en profiter...

**Mme la présidente.** N'en profitez pas trop, madame Fiat ! (*Sourires.*) La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Caroline Fiat.** Elle est d'accord !

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Vous vous placez en fait, chers collègues, du côté du médecin, tandis que je me place du côté du malade. (*Mme Justine Gruet et M. Yannick Neuder protestent.*) Ce qui est important, c'est que le patient puisse trouver une porte d'entrée. Imaginons qu'un patient, estimant qu'il en a besoin et que l'IPA est à proximité, consulte un IPA appartenant à une CPTS organisée. S'il n'a pas de médecin traitant, un médecin membre de la CPTS en sera informé et le recevra. S'il a un médecin traitant, l'IPA contactera celui-ci et lui adressera le malade, mais il l'aura fait avancer dans sa tâche et lui aura fait gagner du temps. Cela préserve la qualité de prise en charge pour le malade, et c'est ce qui compte. C'est la raison pour laquelle l'accès direct aux IPA ne peut se faire que dans le cadre d'un exercice de soins coordonnés : c'est pour que les malades n'ayant pas de médecin traitant, qui sont encore nombreux, puissent quoi qu'il en soit accéder à un autre médecin, conformément à ce qui aura été organisé dans le cadre du projet de la CPTS.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre.

**M. François Braun, ministre.** C'est votre soirée, madame Fiat, car ma réponse vous satisfera sans aucun doute ! Depuis 2021, les nouveaux aides-soignants sont formés à la glycémie capillaire.

**M. Sylvain Maillard.** Très bien !

**M. François Braun, ministre.** Le comité de suivi de formation devrait mettre en place une formation courte pour les autres aides-soignants, de sorte que tous pourront prochainement pratiquer une glycémie capillaire. (*Applaudissements.*)

**Mme Caroline Fiat.** Merci ! Je reviendrai bientôt avec une autre question !

(*Les amendements n° 256, 5, 388 et 299, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Dragon, pour soutenir l'amendement n° 85.

**M. Nicolas Dragon.** Nous proposons, par cet amendement de repli, de maintenir une première prescription médicale du médecin afin qu'il établisse une expertise et une ligne directrice dans la délivrance et la stratégie des soins.

L'adoption de cet amendement permettrait au médecin de fixer un délai pour que l'IPA lui communique le compte rendu des soins effectués, ce qui lui permettrait de prendre toutes les dispositions nécessaires au suivi des soins.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Avis défavorable, le protocole d'organisation le prévoit déjà.

(*L'amendement n° 85 n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** Je suis saisie de trois amendements identiques, n° 46, 110, 257.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 46.

**M. Thibault Bazin.** Ces échanges sont intéressants car ils nous éclairent au fur et à mesure sur les objectifs et les modalités du système.

Je propose de préciser à l'alinéa 6 que le compte rendu des soins réalisés, en plus d'être reporté dans le dossier médical partagé (DMP), est également versé au logiciel médical commun. Pour que le patient bénéficie d'un parcours de soins coordonnés, il faut que le médecin ait accès à l'ensemble des soins effectués. Or on sait que le déploiement du DMP – peut-être avez-vous un avis sur le sujet, monsieur le ministre ? – n'est pas parfait. Ce qui compte, c'est que les informations soient transmises, de manière sécurisée car il s'agit de données de santé, et selon un protocole précis.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Danielle Brulebois, pour soutenir l'amendement n° 110.

**Mme Danielle Brulebois.** Il s'agit de « protocoliser » davantage la coordination entre le médecin traitant et l'IPA, afin de garantir un fonctionnement optimal de leur binôme dans le suivi de leur patientèle.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 257 de M. Yannick Neuder est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Dans la mesure où le partage d'informations entre l'IPA et le médecin est déjà prévu dans la réglementation, je donne un avis défavorable.

Puisque vous me tendez la perche, monsieur le député Bazin, je parlerai du DMP et de Mon espace santé, un espace numérique déjà ouvert pour 98 % de nos concitoyens, accessible aux professionnels de santé qu'ils ont choisi de désigner. L'IPA pourra y verser le compte rendu des soins effectués.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Ce sujet nous a passionnés lors du quinquennat précédent; la rapporteure générale avait d'ailleurs fait des propositions. Mais on voit bien que Mon espace santé ne se déploie pas aussi vite ni aussi bien que prévu. Vous qui êtes urgentiste, monsieur le ministre, vous savez bien que le fait que ces données soient disponibles permet un gain de temps médical considérable et un accès aux soins plus facile et plus pertinent. Or des professionnels m'ont confié que, sans organisation, cet espace s'apparentait à une grande pièce dans laquelle on jette des dossiers. Sans doute avez-vous des idées pour améliorer le système?

**M. François Braun, ministre.** Oui!

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Justine Gruet.

**Mme Justine Gruet.** Je suis toujours inquiète de la gestion des données de santé dans notre société et je constate que le DMP n'est pas souhaité par tous les patients. On parle de confiance, jusque dans le titre de cette proposition de loi: pourquoi donc ne pas faire confiance aux professionnels pour qu'ils décident eux-mêmes de la façon de se coordonner, sans que les modalités soient formalisées par la loi? Ce lien de confiance existe déjà dans les territoires, avec ou sans DMP.

*(Les amendements identiques n° 46, 110 et 257 ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 327 de Mme la rapporteure est rédactionnel.

*(L'amendement n° 327, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Dragon, pour soutenir l'amendement n° 80.

**M. Nicolas Dragon.** L'objectif de ce texte, permettre aux infirmiers de réaliser certains soins, est louable, mais ce nouveau système de santé ne sera efficace que si nos concitoyens ont pleinement confiance et n'y voient pas un moyen détourné de pallier l'absence de médecins en les remplaçant par d'autres professionnels de santé. La crise sanitaire a montré que, sans confiance, toute politique de santé était vaine.

Sans remettre en cause la compétence de l'IPA, des patients pourraient refuser les soins faute de pouvoir connaître l'avis de leur médecin traitant. L'abandon de ceux qui vivent dans les déserts médicaux – député de l'Aisne, j'en parle en connaissance de cause – nourrit une forte défiance à l'égard des politiques de santé. Nous proposons donc que, sur demande du patient, le médecin traitant puisse donner un avis complémentaire.

*(L'amendement n° 80, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Danielle Brulebois, pour soutenir l'amendement n° 59.

**Mme Danielle Brulebois.** La spécialisation générale des IPA de deux ans est insuffisante car le champ médical complet est trop vaste. Nous proposons une spécialisation pour l'exercice avancé, à l'image de la spécialisation Action de santé libérale en équipe (Asalee), qui fonctionne très bien.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** L'amendement étant satisfait, j'en demande le retrait et, à défaut, je donnerai un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**M. François Braun, ministre.** Même avis.

*(L'amendement n° 59 est retiré.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 330 et 372.

La parole est à Mme la rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 330.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Il s'agit de l'amendement que j'ai évoqué déjà à plusieurs reprises. Je propose de préciser que l'accès direct des IPA peut être mis en œuvre à la condition que les modalités de prise en charge et de coordination soient inscrites dans le projet de la CPTS.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Frédéric Valletoux, pour soutenir l'amendement n° 372.

**M. Frédéric Valletoux.** Cet amendement répond aux différentes interrogations et devrait donc satisfaire tout le monde. Il s'agit de s'assurer que l'accès direct s'inscrit bien dans le cadre d'une pratique de soins coordonnés. Il ne peut être mis en œuvre que si un volet lui est consacré dans le projet de santé de la CPTS.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**M. François Braun, ministre.** Favorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Mme Brulebois a expliqué que la spécialisation générale de deux ans était insuffisante pour les IPA tant le champ médical était vaste. Je rappelle que nous avons adopté ici même l'ajout d'une quatrième année au troisième cycle de médecine générale, portant à dix ans la durée des études. Je comprends votre désarroi: vous êtes en train de comprendre que deux ans de spécialisation ne permettent pas une formation aussi complète que le cursus de médecine générale.

J'insiste sur le fait que nous nous opposons à cette proposition parce que nous sommes en train de créer une différence entre les territoires où exerceront les IPA, formés durant deux ans, et ceux où consulteront les médecins, formés pendant dix ans. Ce n'est pas être corporatiste que de dire que, selon les professionnels auxquels on a accès, les chances ne sont pas les mêmes. C'est aussi la raison pour laquelle il faudra revenir sur la responsabilité pénale des personnes qui accompliront ces actes.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Justine Gruet.

**Mme Justine Gruet.** Selon les territoires, et en fonction du projet de la CPTS, l'accès direct à un IPA ne sera pas le même – ce qui ne contribue pas à la lisibilité du dispositif. Permettez-moi de répéter ce que j'ai dit en commission: les

compétences d'un IPA, sa capacité à voir un patient en première intention, lui sont propres ; elles dépendent de la formation qu'il a reçue, pas de ce qui est écrit dans le projet de la CPTS. La même question se posera pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes. Ce n'est pas l'existence d'un volet lui étant consacré dans le projet qui doit conditionner l'accès direct à un IPA mais sa formation initiale. Par ailleurs, un infirmier, de par sa formation, n'a pas la même capacité qu'un médecin à établir un diagnostic différentiel.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Frédéric Valletoux.

**M. Frédéric Valletoux.** Il ne s'agit pas d'opposer ou de comparer les IPA aux médecins, redisons-le une bonne fois pour toutes. Un IPA n'a pas vocation à remplacer un médecin. Notre but est d'essayer de libérer du temps médical grâce au soutien assuré par les IPA afin que les médecins puissent se concentrer sur les cas plus compliqués, dont la prise en charge correspond à leur formation et à leur métier.

Vous invoquez les disparités territoriales mais elles sont déjà bien présentes. D'un territoire à l'autre, la démographie médicale, la densité médicale voire paramédicale ne sont pas les mêmes. En matière d'offre de soins, les Français ne sont pas en situation d'égalité selon l'endroit où ils vivent. Alors peut-être qu'il faudrait organiser de manière bien plus ferme l'implantation des médecins, mais je ne crois pas que cette solution fasse partie de la grille de pensée des Républicains. Nous, nous croyons aux CPTS, aux structures de coordination et, au-delà, aux professionnels de terrain. Ils se connaissent, ils ont l'habitude de travailler ensemble et le feront davantage encore. Ils élaboreront les projets de territoire inscrits dans les CPTS et les choses se passeront bien.

**M. Sylvain Maillard.** Merci, c'était très clair !

*(Les amendements identiques n° 330 et 372 sont adoptés.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 385 de Mme Nicole Dubré-Chirat est défendu.

*(L'amendement n° 385, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Monnet, pour soutenir l'amendement n° 302.

**M. Yannick Monnet.** Madame la rapporteure, monsieur le ministre, je ne vois pas comment vous pourriez être défavorables à cet amendement car on ne peut faire plus simple et plus léger en matière de contraintes dans le cadre de la primo-prescription. Nous demandons en effet simplement que le compte rendu des prescriptions de produits de santé de prestations délivrées en primo-prescription par les IPA soit systématiquement adressé au médecin traitant ou, à défaut d'un médecin traitant déclaré, au médecin généraliste coordonnant les soins dans le cadre d'une équipe de soins.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Le compte rendu de consultation est obligatoirement envoyé au médecin traitant. Or y figurent obligatoirement les traitements prescrits. J'émet donc un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Même avis.

*(L'amendement n° 302 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Tematai Le Gayic, pour soutenir l'amendement n° 300.

**M. Tematai Le Gayic.** Je vais défendre cet amendement de notre collègue Dharréville en l'illustrant par la situation de l'archipel des Tuamotu. Dans certains atolls, il n'y a pas de médecins et leurs habitants doivent naviguer parfois pendant deux jours pour aller consulter un médecin généraliste à Tahiti – c'est une réalité vécue par 60 000 Polynésiens. Il y a au mieux un aide-soignant, qui se trouve parfois être le maire, comme c'est le cas pour l'île d'Amanu. Le besoin d'infirmiers se fait sentir ici comme dans d'autres territoires du fait de la pénurie de médecins généralistes.

Nous proposons que les IPA ne puissent adresser des patients à des spécialistes qu'après avis du médecin généraliste afin de sécuriser et de justifier ce parcours. Vous l'aurez compris, faire un long trajet pour consulter un spécialiste pour se rendre compte ensuite que ce n'était pas forcément vers ce praticien qu'il fallait se tourner est compliqué. Je ne dis pas que je n'ai pas confiance dans les IPA mais mieux vaut avoir l'avis du médecin généraliste.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Nous avons déjà eu ce débat. Le médecin traitant doit rester au centre du parcours de soins et c'est vers lui que l'IPA doit renvoyer le malade pour être adressé à un spécialiste, ou à défaut vers le médecin désigné dans le cadre de la coordination. Votre amendement est donc satisfait.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Monsieur le député, j'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer dans cet hémicycle sur l'intérêt particulier que je porte aux territoires d'outre-mer et surtout sur ma volonté que les textes portant sur la santé adoptés par votre assemblée puissent s'y appliquer de façon simple.

Votre proposition est déjà prise en compte. Dans le cadre de leur exercice et du protocole d'organisation, les IPA sont déjà en relation avec des médecins de second recours – des diabétologues, par exemple –, notamment pour les patients souffrant de pathologies chroniques stabilisées. Ils peuvent donc renvoyer vers ces praticiens mais, comme l'a souligné la rapporteure, le médecin traitant est systématiquement informé. Je vous demanderai donc de retirer cet amendement ; à défaut, j'émets un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Maintenez-vous l'amendement, monsieur Le Gayic ?

**M. Tematai Le Gayic.** Oui, madame la présidente.

*(L'amendement n° 300 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 92.

**M. Joël Aviragnet.** Par cet amendement, nous voulons faire en sorte que les patients sans prescription médicale venant consulter un IPA ne puissent pas passer avant les patients qui, eux, en ont une.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Défavorable.

**M. Joël Aviragnet.** Mais pourquoi ?

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Défavorable également.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Pourquoi ne nous expliquez-vous pas pourquoi vous êtes défavorables à l'intéressante proposition de notre collègue ? Vous avez dit tout à l'heure être du côté des patients et non des médecins, madame la rapporteure. Mais vous n'êtes pas la seule ! Nous sommes tous du côté des patients.

M. Valletoux nous a adressé un petit clin d'œil au sujet de l'emploi de la coercition pour l'installation des médecins. Nous nous sommes déjà longuement expliqués à ce sujet. Ces dispositifs nous paraissent inefficaces pour une bonne et simple raison : il y a tellement de postes vacants dans les administrations, à la sécurité sociale, dans divers hôpitaux, notamment les établissements périphériques ou les centres hospitaliers universitaires (CHU) que nombre de médecins seraient conduits à se déconventionner. Cela entraînerait une médecine à deux vitesses car seuls les patients ayant les moyens pourraient consulter les médecins non conventionnés. La pénurie est telle sur près de 90 % du territoire national que cette coercition serait une fausse bonne idée.

Soyons également vigilants s'agissant des dispositions que nous adoptons ce soir. En plus de se déconventionner, les médecins pourraient aussi être tentés de quitter les CPTS. Tout cela n'améliorerait pas les conditions d'accès aux soins.

Ce qu'il aurait fallu faire, monsieur Valletoux, c'est supprimer vraiment le numerus clausus au lieu de mettre en place un numerus apertus et de favoriser, par l'interdiction du redoublement de la première année commune aux études de santé (Paces), la fuite de nos étudiants vers la Roumanie, l'Espagne, le Portugal, où les formations en médecine sont dispersées en français. Soyons honnêtes jusqu'au bout !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Joël Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet.** La délégation des tâches est intéressante mais nous savons bien que toute mesure nouvelle peut avoir des effets pervers. C'est pourquoi nous devons sécuriser le dispositif. Il en va de même pour la liste des actes, question que nous avons abordée tout à l'heure. Il n'est nullement dans mon intention de m'opposer à l'évolution proposée, simplement, en tant que législateur, j'entends veiller à ce que cela ne dégénère pas.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Je comprends vos craintes, monsieur Aviragnet, et j'ai sans doute répondu trop rapidement à votre amendement. Sa rédaction ne permettrait toutefois pas de rendre opérationnel le dispositif que vous proposez. Comment un IPA pourrait s'assurer que tous les patients sont reçus « dans les mêmes délais » alors qu'ils arrivent les uns après les autres ? J'ajoute que c'est parce que nous allons revenir à cette question dans la suite de nos débats que j'ai donné l'avis de la commission de cette façon.

*(L'amendement n° 92 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 387 de Mme Nicole Dubré-Chirat est défendu.

*(L'amendement n° 387, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 1 et 261.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1.

**M. Thibault Bazin.** Cet amendement, qui porte sur le régime de responsabilité des IPA, a déjà été examiné en commission mais j'ai voulu le redéposer en séance afin que votre réponse, monsieur le ministre, figure dans le compte rendu. Le transfert de la compétence doit-il être accompagné d'un transfert de la responsabilité ? Peut-on faire porter au médecin traitant la responsabilité de décisions prises par un autre professionnel de santé ? Un vieux principe de notre droit encore en vigueur veut que « nul n'est responsable que de son propre fait ». Je souhaite par conséquent que vous nous répondiez au sujet de la responsabilité qui incombe aux médecins traitants et aux IPA lorsque ceux-ci sont consultés en accès direct.

Si les IPA sont bien considérés comme étant dotés d'une responsabilité propre, et non pas partagée, cela entraîne-t-il des conséquences s'agissant de leur responsabilité civile professionnelle (RCP) ? Celle-ci sera-t-elle plus onéreuse ? Dans les négociations conventionnelles que vous menez – d'après certains échos, elles seraient un peu tendues –, ce sujet est-il abordé ? La considération que l'on doit porter aux IPA, qui ont fait deux années supplémentaires d'études, conduit à s'interroger sur leur valorisation et leur rémunération, mais également sur des éléments annexes comme la RCP. Nous savons bien, par exemple, que cet enjeu de responsabilité civile est important pour les sages-femmes.

Et cette question de la RCP des IPA, je vous la reposerai à chacun des articles.

**Mme la présidente.** Sur l'article 1<sup>er</sup>, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 261.

**M. Yannick Neuder.** Sur ce transfert de responsabilité induit par le transfert de compétences, il faudra bien mettre le marché en main aux IPA en accès direct. Si plutôt qu'un exercice de pratique avancée libérale, coordonné, soumis à un protocole, avec délégation de tâches, les IPA choisissent l'accès direct dans le cadre duquel ils auront la responsabilité totale de leurs actes, seront-ils gagnants ? Voudront-ils porter un tel poids, d'autant que nous savons que le difficile établissement de diagnostics différentiels sera une source particulière de problèmes ?

En dehors du fait qu'il favorise un égal accès aux soins et évite d'aboutir à une médecine à deux vitesses, j'estime qu'un exercice soumis à un protocole avec délégation de tâches vis-à-vis du médecin traitant leur apporterait beaucoup plus de sécurité. Le transfert de responsabilités est beaucoup trop lourd s'agissant de l'accès direct, *a fortiori* dans le cadre de CPTS où il n'y aura même pas de médecins. À qui les IPA vont-ils se référer pour exercer leurs responsabilités ? Ils seront amenés à vivre des situations très complexes et je ne pense pas que cela rendra la profession attrayante. Le niveau de responsabilité pour une personne à bac + 5 sera beaucoup trop élevé à l'heure où la judiciarisation de la médecine s'accroît. Beaucoup d'avocats devront travailler à ces questions et je ne sais pas qui va sortir gagnant de l'évolution proposée.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Pour répondre très précisément sur la responsabilité des actes des IPA, le dernier alinéa de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique dispose que « le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre ». Je vous propose donc de retirer vos amendements identiques, qui sont satisfaisants.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Nicole Dubré-Chirat.

**Mme Nicole Dubré-Chirat.** Je rappelle que les infirmières sont formées, qu'elles sont expérimentées et que leurs compétences sont définies par leur formation. Elles ont donc le droit d'exercer ces compétences et sont responsables à hauteur de celles-ci. Par ailleurs, lorsque les missions dévolues aux sages-femmes ont été étendues, par exemple, l'assurance a couvert l'élargissement de leurs tâches.

Je constate une confusion qui me dérange depuis nos travaux en commission : vous voudriez disposer d'infirmières spécialisées, qui n'œuvreraient que sous la responsabilité d'un médecin qui en aurait ainsi la maîtrise. Or les infirmières en pratique avancée peuvent exercer en accès direct, en lien bien sûr avec le médecin traitant ou référent, auquel elles transmettent toutes les informations sur les soins prodigués à chaque patient. Les médecins sur ces bancs – mais pas qu'eux – se montrent très frileux, comme s'ils voulaient garder leur infirmière ou leur assistant médical à leur main, pour opérer des actes qu'ils préféreraient choisir.

Il ne s'agit pas d'une délégation de tâches mais d'une mission différente. Je rappelle, pour avoir travaillé depuis au moins trente ans sur les délégations de tâches, qu'à chaque fois qu'on en a proposé, les médecins étaient d'accord lors des discussions préparatoires, mais qu'ils ne l'étaient plus au moment de signer. Le problème n'a pas évolué. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Je n'ai pas compris l'intervention précédente, qui semble faire référence à des débats tenus à l'extérieur de notre hémicycle. Vous m'avez confirmé, monsieur le ministre, la responsabilité des IPA et je vous en remercie. Fort de cette réponse, je retire mon amendement.

Demeure néanmoins la question de la RCP, qui peut se révéler plus onéreuse : dès qu'il y a une responsabilité, il y a potentiellement un risque, chiffré par les assurances. Tout le modèle financier des IPA peut être remis en cause par ces RCP plus coûteuses. C'est un sujet auquel il faudra réfléchir. Je sais que le présent texte est une proposition de loi et que, dans ce cadre, nous faisons généralement l'économie des moyens ; toutefois, les moyens sont un sujet important – il faut de l'essence dans la voiture, pour prendre une image parlante. Nous devons donc faire en sorte que le modèle économique soit attractif, si nous voulons que les professionnels jouent le jeu.

(*L'amendement n° 1 est retiré.*)

**Mme la présidente.** Retirez-vous également votre amendement, monsieur Neuder ?

**M. Yannick Neuder.** J'entends votre argumentation, madame Dubré-Chirat ; néanmoins, le but de nos interventions n'est pas de maîtriser les infirmières, mais bien d'assurer la qualité des soins. La délégation de tâches s'accompagne,

vous le savez puisque vous êtes vous-même par ailleurs une professionnelle de santé, d'une délégation de prescriptions adaptée, dans le cadre de pathologies données, notamment chroniques – les IPA peuvent ainsi majorer des doses de diurétiques ou modifier des traitements. Cela ne pose aucun problème, parce que cet acte est encadré, dans le cadre d'un protocole, pour que le patient soit traité correctement et de façon sécurisée.

Les conflits entre médecins et infirmières ne sont plus d'actualité. (*Mme Nicole Dubré-Chirat proteste.*) Si, je vous assure, je les ai connus ! Comme l'a rappelé Mme la rapporteure, on ne constate plus de ces clivages – qui ont été une réalité pendant des années – parmi les nouvelles générations médicales, grâce notamment aux formations communes aux différentes professions.

Ces amendements identiques visent à sécuriser la prise en charge et à ne pas soumettre des professionnels de santé, quel que soit leur niveau de compétences, à des responsabilités qui ne seraient pas les leurs. Toutefois, puisque M. le ministre indique que la responsabilité des IPA est encadrée, j'adopterai la même attitude que M. Bazin en retirant mon amendement. Il n'en reste pas moins que la question du modèle économique n'est pas réglée, que la RCP va s'accroître et qu'il serait bon de disposer d'indications sur la rémunération des actes des IPA en accès direct.

(*L'amendement n° 261 est retiré.*)

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, pour soutenir l'amendement n° 265.

**Mme Charlotte Parmentier-Lecocq.** Je souhaite interpeller M. le ministre sur un exemple qui illustre parfaitement les incohérences que l'on rencontre dans la pratique et qui font perdre du temps inutilement aux médecins : une infirmière m'a expliqué, lors d'une réunion de travail, que pour traiter certaines plaies, elle peut prescrire elle-même les pansements, mais pas les antiseptiques correspondants. Elle est donc obligée de renvoyer le patient vers le médecin qui, lui – l'un d'eux était présent lors de cette réunion –, va suivre les recommandations de l'infirmière pour prescrire cet antiseptique. On pourrait donc laisser l'infirmière prescrire directement les pansements et les antiseptiques. Il semble qu'il y ait un flou juridique à ce sujet. Je voudrais voir avec vous, monsieur le ministre, comment leur faire gagner du temps, en résolvant ce type de problèmes.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure.** Puisqu'il s'agit d'un amendement d'appel destiné à M. le ministre, je le laisserai s'exprimer.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Sur le cas spécifique de la prise en charge des plaies, nous proposerons un amendement qui sera discuté ultérieurement. Le Président de la République, lors des vœux qu'il a adressés aux professionnels de santé le 6 janvier dernier, a pris l'engagement de faire évoluer les compétences des infirmières et de s'occuper de leur évolution de carrière. Le ministère de la santé est déjà au travail sur ce thème, en particulier sur la réingénierie de la formation d'infirmier et sur le décret des compétences de la profession d'infirmier. Les travaux formels, avec les différentes parties prenantes, commenceront début février. Je vous invite, si vous le souhaitez, à y participer et je vous tiendrai au

courant de l'évolution de ces travaux. Je vous invite donc à retirer votre amendement ; sinon j'émettrai un avis défavorable.

*(L'amendement n° 265 est retiré.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 1<sup>er</sup>.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	75
Nombre de suffrages exprimés .....	65
Majorité absolue .....	33
Pour l'adoption .....	62
contre .....	3

*(L'article 1<sup>er</sup>, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RE.)*

**Mme la présidente.** La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

## ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**Mme la présidente.** Prochaine séance à neuf heures :

Suite de la discussion de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé ;

Discussion de la proposition de loi visant à ouvrir le tiers financement à l'État, à ses établissements publics et aux collectivités territoriales pour favoriser les travaux de rénovation énergétique.

La séance est levée.

*(La séance est levée le jeudi 19 janvier 2023 à zéro heure dix.)*

*Le directeur des comptes rendus*

Serge Ezra