



N° 2444

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 février 2026.

## PROPOSITION DE LOI

*visant à lutter contre le morcellement du suivi médical,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

Mme Christelle D'INTORNI, M. Joseph RIVIÈRE, M. Marc CHAVENT,  
Mme Nadine LECHON,

députés.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Depuis plusieurs années, notre système de soins de premier recours, notamment dans les zones rurales et enclavées, est confronté à des tensions croissantes : diminution du nombre de médecins généralistes, difficultés d'accès aux soins du quotidien, augmentation du recours aux urgences et fragmentation du suivi médical. Si le médecin traitant demeure le pilier de la prise en charge coordonnée du patient, son rôle est aujourd'hui fragilisé par la multiplication de structures proposant des consultations ponctuelles, souvent sans rendez-vous, qui ne s'inscrivent pas dans un parcours de soins continu. Ces structures, parfois désignées sous le terme de « maison médicale » sans en assumer la réalité d'organisation collective et de permanence des soins, entretiennent une confusion pour les patients et contribuent à déséquilibrer l'attractivité de la médecine de proximité.

Dans ce contexte, les patients les plus vulnérables sont ceux qui pâtiennent le plus des limites de ce système. Les personnes en perte d'autonomie, les malades chroniques, les personnes âgées isolées ou en situation de décompensation se heurtent à une difficulté croissante à obtenir une visite à domicile. Or, cette visite constitue souvent un acte déterminant en permettant d'évaluer l'environnement, d'éviter des hospitalisations inutiles et de prévenir des aggravations. Pourtant, elle est aujourd'hui faiblement valorisée, chronophage et difficilement soutenable pour les médecins libéraux, ce qui conduit trop fréquemment ces patients vers les services d'urgence, avec des conséquences médicales, humaines et financières importantes.

Parallèlement, les infirmiers en pratique avancée offrent une opportunité majeure pour renforcer l'accès aux soins, en particulier dans les territoires en tension. Toutefois, leur intégration au sein des équipes de soins reste insuffisamment structurée. La coopération entre le médecin traitant et l'infirmier en pratique avancée repose encore trop souvent sur des démarches informelles, alors même qu'une transmission clinique organisée et régulière permettrait d'améliorer la qualité du suivi et de sécuriser les parcours des patients. Le temps consacré à cette coordination n'est aujourd'hui ni reconnu, ni rémunéré, ce qui freine le développement effectif de ces pratiques.

La présente proposition de loi répond à ces enjeux. Tout d'abord, elle clarifie les dénominations des structures de soins : seules les structures

pluriprofessionnelles organisées autour d'un projet de santé partagé, répondant aux exigences de coordination et de permanence des soins, pourront être qualifiées de « maison de santé » ou de « maison médicale ». Les autres structures proposant des soins ambulatoires immédiats seront désignées comme « structures de soins non programmés », afin de garantir une information transparente au patient et de préserver la lisibilité du parcours de soins. Afin de ne pas fragiliser les structures implantées dans des zones sous-dotées, la participation à la permanence des soins ambulatoires pourra être modulée en fonction des capacités réelles du territoire, après validation de l'agence régionale de santé (ARS).

Ensuite, elle crée un acte de visite à domicile spécifiquement destiné aux patients en perte d'autonomie, atteints d'affections de longue durée ou présentant un risque de décompensation. Cet acte, valorisé par la convention médicale, tiendra compte du temps de déplacement, de la durée de l'examen et du rôle clinique essentiel joué par cette visite dans la stabilisation du patient et la prévention des hospitalisations. La possibilité de réaliser une évaluation préalable par un infirmier ou un infirmier en pratique avancée permettra d'organiser plus efficacement le recours au médecin, particulièrement dans les territoires où le temps médical est rare.

Enfin, elle formalise la coopération entre médecins traitants et infirmiers en pratique avancée grâce à l'établissement d'une convention de collaboration et à la reconnaissance d'un acte de transmission clinique. Cette disposition rend possible une coordination effective, structurée et durable, au service de la qualité et de la continuité du suivi des patients. Une valorisation minimale encadrée et des conventions types facilitent la mise en œuvre dans les maisons de santé, tout en réduisant la charge administrative pour les équipes.

En renforçant la cohérence du parcours de soins, en revalorisant la médecine de suivi et en soutenant la coopération pluridisciplinaire, cette proposition de loi vise à redonner sa force à la médecine de proximité. Elle répond à un objectif essentiel : garantir que chaque patient, notamment le plus vulnérable, puisse bénéficier d'un accompagnement médical accessible, continu et humain, au cœur de ce qui fonde notre conception de la solidarité en santé. Elle veille également à adapter ces avancées aux réalités des territoires ruraux, afin que l'équité d'accès aux soins ne soit jamais une variable géographique.

**L'article 1<sup>er</sup>** clarifie l'usage des appellations des structures de soins afin de distinguer les « maisons de santé » des « structures de soins non programmés » et de garantir une information transparente aux patients, tout

en prévoyant une modulation territoriale de l'obligation de participation à la permanence des soins dans les zones sous-dotées. **L'article 2** crée un acte spécifique de visite à domicile pour les patients fragiles, avec une valorisation adaptée tenant compte du temps de déplacement, de l'examen clinique et, le cas échéant, de l'évaluation préalable réalisée au domicile par un infirmier ou un infirmier en pratique avancée. **L'article 3** instaure une convention de collaboration entre le médecin traitant et l'infirmier en pratique avancée, accompagnée d'un acte de transmission clinique rémunéré, garantissant une coordination structurée et la continuité du suivi des patients, en particulier dans les territoires en tension. **L'article 4** prévoit que les modalités de mise en œuvre des mesures de cette loi soient adaptées aux réalités des territoires, notamment ceux les plus touchés par la désertification médicale.

## PROPOSITION DE LOI

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

- ① Le chapitre III *bis* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6323-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6323-3-1.* – Seules les structures répondant aux critères définis à l'article L. 6323-3 et participant à la permanence des soins ambulatoires régulée au sens de l'article L. 6314-1 et suivants du même code peuvent se prévaloir des appellations de maison de santé ou de maison médicale.
- ③ « Les autres structures ne répondant pas à ces critères sont désignées comme des structures de soin non programmé.
- ④ « L'utilisation d'une appellation contraire au présent article constitue une pratique commerciale de nature à induire en erreur au sens de l'article L. 121-2 du code de la consommation.
- ⑤ « Lorsque la participation à la permanence des soins ambulatoires ne peut matériellement être assurée du fait de la démographie médicale du territoire, l'agence régionale de santé peut, sur justification de la structure, reconnaître l'appellation de maison de santé.
- ⑥ « Les critères d'appréciation tenant compte des caractéristiques du territoire sont fixés par décret. »

### Article 2

- ① La section 2 du chapitre préliminaire du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 160-12-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 160-12-1.* – Il est créé un acte spécifique de visite médicale à domicile destiné aux patients présentant une perte d'autonomie, une affection de longue durée rendant le déplacement difficile, ou une situation de décompensation nécessitant une évaluation clinique au domicile.
- ③ « Cet acte fait l'objet d'une valorisation particulière définie par convention, tenant compte du temps de déplacement, de la durée de l'examen et des spécificités du suivi à domicile.

- ④ « Lorsque la situation clinique le permet, une évaluation préalable au domicile peut être réalisée par un infirmier ou un infirmier en pratique avancée, dans un cadre organisationnel défini. Cette évaluation ne se substitue pas à la visite médicale lorsque celle-ci est jugée nécessaire. Les modalités d'éligibilité des patients, les conditions de prescription et les modalités de réalisation de cet acte et de l'évaluation préalable sont précisées par décret. »

### **Article 3**

- ① Le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4301-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4301-3.* – Lorsqu'un infirmier relevant du titre I du présent livre intervient dans le suivi d'un patient ayant déclaré un médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, une convention de collaboration est établie entre le médecin traitant et l'infirmier en pratique avancée.
- ③ « Cette convention organise la coordination du suivi du patient, notamment la transmission des informations cliniques pertinentes.
- ④ « La transmission d'information entre l'infirmier en pratique avancée et le médecin traitant fait l'objet d'un acte spécifique reconnu. Une valorisation minimale de cet acte est définie au niveau national par convention. Un modèle de convention, destiné à faciliter la mise en œuvre par les structures pluriprofessionnelles, est établi par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ⑤ « Un décret précise les modalités d'application du présent article. »

### **Article 4**

Les dispositions de la présente loi tiennent compte des caractéristiques démographiques et géographiques des territoires. Les modalités d'adaptation spécifiques aux zones sous-dotées sont définies par décret, notamment pour la participation à la permanence des soins ambulatoires, la réalisation des visites à domicile et la coordination pluriprofessionnelle.

## **Article 5**

La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.