

N° 328

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 février 2023

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, portant
amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé,

Par Mme Corinne IMBERT,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, MM. Abdallah Hassani, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, M. Jean-Marie Janssens, Mmes Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 362, 680 et T.A. 65

Sénat : 263 et 329 (2022-2023)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
EXAMEN DES ARTICLES	11
• <i>Article premier</i> Accès direct aux infirmiers en pratique avancée et primo-prescription	11
• <i>Article 1^{er} bis</i> Prise en charge des plaies par les infirmiers	19
• <i>Article 2</i> Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes	21
• <i>Article 2 bis</i> Prescription d'une activité physique adaptée par les masseurs-kinésithérapeutes	26
• <i>Article 3</i> Accès direct aux orthophonistes	28
• <i>Article 3 bis (nouveau)</i> Indemnisation des médecins pour les rendez-vous non honorés	32
• <i>Article 4</i> Élargissement des compétences des assistants dentaires	33
• <i>Article 4 bis</i> Encadrement du nombre d'assistants dentaires et d'assistants médicaux en centre de santé ophtalmologique	36
• <i>Article 4 ter</i> Élargissement à de nouveaux professionnels de la permanence des soins ambulatoires	38
• <i>Article 4 quater</i> Valorisation de l'engagement territorial des médecins	42
• <i>Article 4 quinquies</i> Simplification de la procédure de mise à jour des protocoles de coopération nationaux	45
• <i>Article 4 sexies</i> Modification des niveaux de formation des préparateurs en pharmacie	47
• <i>Article 4 septies</i> Extension des compétences des pédicures-podologues	50
• <i>Article 4 octies</i> Élargissement de l'autorisation reconnue aux opticiens-lunetiers d'adapter une prescription	53
• <i>Article 4 nonies</i> Adaptation des prescriptions d'orthèses plantaires dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance	55
• <i>Article 4 decies</i> Assistants de régulation médicale	57
• <i>Article 4 undecies</i> Extension du renouvellement de traitements chroniques par le pharmacien	60
• <i>Article 4 duodecies</i> Demande de rapport sur la consultation des spécialistes sans adressage	62
• <i>Article 4 terdecies</i> Expérimentation d'une compétence des pharmaciens biologistes pour réaliser des prélèvements cervico-vaginaux	63
• <i>Article 5 (suppression maintenue)</i> Gage financier	65
EXAMEN EN COMMISSION.....	67
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)	95
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	97
LA LOI EN CONSTRUCTION	103

L'ESSENTIEL

La présente proposition de loi porte un **ensemble composite** de dispositions autorisant l'accès direct à certaines professions de santé, étendant leurs compétences ou modifiant leur statut.

Malgré un calendrier d'examen manifestement inadapté, **la commission a adopté la proposition de loi.**

*

* *

Initialement composée de cinq articles, dont trois concernent l'accès direct à des auxiliaires médicaux, **la proposition de loi a fortement enflé à l'Assemblée nationale pour atteindre dix-huit articles.** La rapporteure regrette que le Gouvernement ait introduit, sans étude d'impact ni cohérence d'ensemble, de nombreuses dispositions nouvelles alors que la proposition de loi initiale suscitait déjà, dans le débat public et au sein des professions de santé, d'âpres discussions.

À de fortes attentes de la part des professions paramédicales répondent les inquiétudes des médecins. À cet égard, le **calendrier d'examen de ce texte apparaît particulièrement inapproprié** : tandis que les négociations de la prochaine convention médicale battent leur plein, cette proposition de loi a contribué à en détériorer encore le climat.

I. L'ACCÈS DIRECT AUX INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE, AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, AUX ORTHOPHONISTES

A. AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ DE LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE

Pour améliorer l'attractivité de la pratique avancée infirmière, l'**article 1^{er}** de la proposition de loi autorise l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA), lorsqu'ils exercent à l'hôpital, en établissement médico-social ou, en ville, au sein d'une structure d'exercice coordonné. Il permet également aux IPA de primo-prescrire des produits ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire. Enfin et s'inspirant de modèles étrangers, il introduit dans les textes une distinction, nouvelle, entre IPA « spécialisés » et « praticiens ».

Autorisée par le législateur en 2016 et ouverte par décret en 2018, la pratique avancée infirmière n'a connu jusque-là qu'un **développement limité** : la France ne comptait qu'environ 1 700 IPA à l'été 2022. Aussi la rapporteure a-t-elle souligné que ces dispositions ne résoudraient rien, à court terme, aux difficultés d'accès aux soins. Bénéficiant d'une formation de deux ans supplémentaires et d'une expertise dans l'un des cinq domaines d'intervention aujourd'hui reconnus, les IPA apportent pourtant un appui précieux aux équipes de soins dans la prise en charge globale des patients.

Dans l'objectif d'accompagner le déploiement de la pratique avancée, dont elle avait soutenu la création, la commission a toutefois adopté cet article. Afin de préserver le **rôle pivot du médecin** dans la coordination des soins et le suivi des patients, et pour **garantir la qualité des prises en charge**, la commission a adopté un amendement de sa rapporteure réservant l'accès direct aux structures d'exercice coordonné les plus intégrées, partageant une patientèle commune.

Enfin, la commission a choisi de **supprimer les dispositions distinguant IPA spécialisés et praticiens**, inadaptées, et a ouvert la voie à une reconnaissance des infirmiers spécialisés comme auxiliaires médicaux en pratique avancée en aménageant les conditions attachées au diplôme.

B. AUTORISER L'ACCÈS DIRECT AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET ORTHOPHONISTES

Les **articles 2 et 3** autorisent les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes à exercer sans prescription médicale préalable, dans les mêmes conditions que les IPA. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le nombre de séances sans diagnostic médical préalable ainsi autorisées est limité à dix. Enfin, et pour garantir la prise en charge des patients dont les besoins sont les plus importants, l'Assemblée nationale a adopté une disposition prévoyant que le masseur-kinésithérapeute prend en charge en priorité les patients atteints d'une affection de longue durée.

Si la commission a favorablement accueilli ces dispositions, elle a toutefois limité, sur proposition de sa rapporteure et en cohérence avec sa position sur la pratique avancée infirmière, **l'accès direct à ces deux professions dans les seules structures d'exercice coordonné les plus intégrées**, partageant une patientèle commune : maisons de santé, centres de santé et équipes de soins primaires et spécialisés. Elle a par ailleurs supprimé les dispositions relatives à la priorité donnée aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) dans les soins de masso-kinésithérapie, peu opérationnelles, pour laisser aux partenaires conventionnels le soin d'orienter l'activité des masseurs-kinésithérapeutes vers les priorités de santé publique.

II. ÉTENDRE LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

A. UNE MESURE ATTENDUE : PERMETTRE À DES ASSISTANTS DENTAIRES DE NIVEAU II D'EXERCER DE NOUVELLES COMPÉTENCES

Dans sa version initiale, l'article 4 permettait aux assistants dentaires d'exercer en pratique avancée afin de réaliser de nouvelles missions. La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale est revenue sur ces dispositions mais a maintenu **une extension de compétences à des assistants dentaires dits de niveau II.**

Les missions des assistants dentaires dans le domaine des soins sont aujourd'hui circonscrites à l'assistance du praticien. Sous la responsabilité et le contrôle effectif du chirurgien-dentiste, **les assistants dentaires de niveau II pourraient contribuer directement aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins postchirurgicaux.** L'article 4 ne crée donc pas un nouveau professionnel mais distingue deux paliers au sein de la profession d'assistant dentaire, créant ainsi une perspective d'évolution de carrière.

La rapporteure souscrit au choix de maintenir les nouvelles compétences au sein de la même profession. Toutefois, sur sa proposition, la commission a adopté un amendement **conditionnant l'exercice des nouvelles compétences à l'obtention du certificat de qualification professionnelle approprié.** La commission a ainsi clarifié l'intention de l'article qui est de ne confier les nouvelles missions qu'aux seuls assistants dentaires de niveau II munis de la formation nécessaire. Il ressort des auditions menées par la rapporteure que cet article fait consensus parmi les acteurs et que la formation adéquate fait l'objet de discussions depuis quelques années.

L'**article 4 bis** complète la création des assistants dentaires de niveau II par un encadrement que la rapporteure estime bienvenu. Pour éviter toute dérive, l'article limite le nombre d'assistants dentaires de niveau II, dans une structure, au nombre de chirurgiens-dentistes.

Afin de renforcer ce contrôle, qui apparaît nécessaire à prévenir toute dérive, la commission a adopté un amendement de la rapporteure précisant que **cette limitation du nombre d'assistants s'applique :**

- **sur chaque site ayant une activité dentaire, et non à l'échelle de la structure ;**

- **au regard du nombre de chirurgiens-dentistes et de médecins stomatologues effectivement présents.**

B. DES ÉVOLUTIONS ÉPARSES DE COMPÉTENCES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

1. De nouvelles compétences confiées à certaines professions paramédicales

Le texte porte de nombreuses dispositions confiant de nouvelles compétences à certaines professions paramédicales, adoptées à l'Assemblée nationale et soutenues par le Gouvernement. Celui-ci autorise :

- les **infirmiers à prendre en charge la prévention et le traitement de plaies** et prescrire, dans ce cadre, des examens complémentaires et des produits de santé ;

- les **masseurs-kinésithérapeutes à prescrire une activité physique adaptée**, non prise en charge par l'assurance maladie ;

- les **pédicures-podologues à prescrire des orthèses plantaires**, ainsi qu'à réaliser la gradation du risque podologique et à prescrire des séances de soins adaptés en cas de diabète ;

- les **orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes orthésistes à adapter**, dans le cadre d'un renouvellement, **les prescriptions médicales** initiales d'orthèses plantaires de moins de trois ans, sauf opposition du médecin ;

- les **opticiens-lunetiers à adapter une prescription médicale de verres correcteurs** ou de lentilles de contact lors de la première délivrance, avec l'accord écrit du praticien prescripteur.

Soucieuse de valoriser les compétences des professionnels de santé et de fluidifier les parcours de soins, la commission a favorablement accueilli ces dispositions. Elle a toutefois souhaité, à l'initiative de sa rapporteure et à chaque fois que cela est apparu nécessaire, **encadrer ces nouvelles compétences pour garantir la sécurité et la qualité des soins** en prévoyant l'intervention d'un décret et, lorsque cela était pertinent, la saisine préalable de la Haute Autorité de santé.

2. Deux mesures relatives aux compétences des pharmaciens d'officine et pharmaciens biologistes

L'**article 4 undecies** permet au pharmacien, lorsqu'une ordonnance médicale est expirée, de dispenser pour une période de trois mois, par délivrance d'un mois, le traitement d'une pathologie chronique. La période globale de prolongement de l'ordonnance était fixée à un mois depuis la LFSS pour 2022.

La rapporteure souscrit au dispositif de cet article qui complète une dérogation légale dont les pharmaciens ne font usage qu'à titre exceptionnel. Un pharmacien n'accéderait pas à la demande d'extension de l'ordonnance à trois reprises dans d'autres circonstances que la force majeure. **La disposition permet d'éviter toute interruption de traitement à l'expiration d'une prescription** alors que le patient est sans médecin traitant. La dispensation du traitement se fait alors sous la condition d'information obligatoire du médecin prescripteur.

Enfin, l'**article 4 terdecies** autorise, à titre expérimental, **les pharmaciens biologistes à pratiquer des prélèvements cervico-vaginaux dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus**. Sur proposition de la rapporteure, la commission a adopté cet article. **Toutefois, la rapporteure considère que la voie de l'autorisation pérenne serait préférable à celle d'une expérimentation dans cinq départements**. En effet, il convient d'accroître les moyens, y compris humains, mis à la disposition de la prévention du cancer du col de l'utérus. Les pharmaciens biologistes pourraient mettre leurs compétences à ce profit.

III. REVOIR L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS

L'**article 4 ter** vise à permettre aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux infirmiers de concourir à la permanence des soins ambulatoires. Si elle souscrit entièrement à cet objectif, la commission a toutefois supprimé, à l'initiative de sa rapporteure, la **notion ambiguë de « responsabilité collective »**, qui inquiétait inutilement les professionnels.

En outre, la commission a choisi de supprimer les dispositions de l'**article 4 quater**, qui introduit la notion d'*« engagement territorial des médecins »* et prévoit que celui-ci est valorisé dans des conditions définies par les conventions médicales. Évidemment favorable à la participation des médecins à la permanence des soins, à la modération tarifaire et à l'exercice coordonné, la commission a toutefois regretté que ces dispositions, sans portée juridique, interfèrent inutilement avec les négociations en cours de la prochaine convention médicale.

Enfin, et pour rendre du temps médical utile aux médecins, la commission a adopté un article additionnel disposant que les partenaires conventionnels peuvent définir les modalités d'**indemnisation des médecins au titre des rendez-vous non honorés**, et les conditions dans lesquelles celle-ci est mise à la charge du patient fautif.

IV. MODIFIER LE STATUT ET LES CONDITIONS D'EXERCICE DE CERTAINES PROFESSIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

L'**article 4 sexies** modifie les conditions de qualification permettant l'exercice des professions de préparateur en pharmacie et pharmacie hospitalière. En application du code de la santé publique, ces deux professions ne sont accessibles qu'aux personnes titulaires du brevet professionnel. Or, un diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST) de préparateur ou technicien en pharmacie a déjà été créé dans une optique de montée en qualification de la profession. **La commission a adopté cet article nécessaire pour permettre aux étudiants déjà engagés dans le DEUST de pouvoir exercer à la fin de leur cursus.**

Enfin, l'**article 4 decies** vise à reconnaître les assistants de régulation médicale (ARM) comme professionnels de santé. **Cette reconnaissance contribuant à améliorer l'attractivité d'une profession concentrant d'importants besoins de recrutement,** la commission a adopté ces dispositions.

Réunie le mercredi 8 février 2022 sous la présidence de Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de Corinne Imbert sur **la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.**

La commission a adopté la proposition de loi modifiée par vingt-deux amendements.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier

Accès direct aux infirmiers en pratique avancée et primo-prescription

Cet article vise à revaloriser la profession d'infirmier en pratique avancée (IPA) en :

- *autorisant l'accès direct aux IPA exerçant en établissement de santé, en établissement ou service médico-social et, en ville, en structure d'exercice coordonné ;*
- *autorisant la primo-prescription de produits et prestations soumis à prescription médicale obligatoire ;*
- *introduisant deux catégories d'IPA, spécialisés et praticiens.*

La commission a adopté cet article avec modifications afin de mieux encadrer l'accès direct et la primo-prescription et de lever les obstacles législatifs à l'accession à la pratique avancée des infirmiers spécialisés. Elle a supprimé la distinction opérée entre IPA spécialisés et IPA praticiens.

I - Le dispositif proposé

A. La pratique avancée infirmière, reconnue récemment en France, rencontre plusieurs obstacles à son développement

1. La reconnaissance récente de la pratique avancée vise à permettre la valorisation des compétences des auxiliaires médicaux

• La reconnaissance de la pratique avancée en France entendait répondre à plusieurs **difficultés structurelles du système de soins identifiées de longue date** :

- la **faiblesse des transferts de compétence** : le rapport Berland de 2003 constatait, déjà, la nécessité de « *redéfinir les missions des médecins avec le souci qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation* », proposant que « *des professions de santé assument des activités qui auraient justifié la seule intervention des médecins il y a 20 ou 30 ans mais, les compétences évoluant, ne la nécessitent plus actuellement* »¹ ;

- pour les professions paramédicales, le **manque de perspectives d'évolution professionnelle dans le soin**, le déficit d'attractivité et la frustration qui pouvaient en découler, notamment pour les jeunes générations ;

¹ Pr Yvon Berland, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, octobre 2003, p. 5.

- les **besoins croissants de prise en charge de proximité** attachés au développement des maladies chroniques et au vieillissement de la population, auxquels il apparaissait particulièrement difficile de répondre dans un contexte de démographie médicale déclinante ;

- enfin et plus largement, le **retard français dans le développement de professions de santé intermédiaires**, bénéficiant d'une formation supérieure à celle, généralement d'une durée d'environ trois ans après le bac, des paramédicaux mais inférieure à celle des médecins : en 2014, la commission des affaires sociales du Sénat publiait un rapport appelant à « *insérer dans la chaîne des professions de santé le maillon manquant que constituent les professions intermédiaires* »¹.

• Par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, le législateur a, en conséquence, introduit dans le code de la santé publique un article L. 4301-1 **autorisant la pratique avancée des professions paramédicales**. Si celle-ci peut en principe, depuis, être ouverte par décret à l'ensemble des auxiliaires médicaux², seul le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée a jusque-là été publié³.

Les dispositions de l'article L. 4301-1 **encadrent l'exercice des auxiliaires** médicaux en pratique avancée, en prévoyant notamment :

- que celui-ci s'effectue, en ambulatoire ou en établissement de santé, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, en assistance d'un médecin spécialiste ou d'un médecin du travail au sein d'un service de prévention et de santé au travail ;

- que les professionnels autorisés à exercer en pratique avancée doivent justifier d'un diplôme de formation universitaire en pratique avancée et d'une durée d'exercice minimale de leur profession.

En contrepartie, **les compétences confiées aux professionnels en pratique avancée sont élargies** : elles incluent non seulement des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, mais également des actes d'évaluation ou de conclusion clinique ou encore des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. La primo-prescription, en revanche, est limitée aux produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire.

¹ Mme Catherine Génisson et M. Alain Milon, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre les professionnels de santé, 28 janvier 2014.

² Soit les professions relevant des titres I^{er} à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens.

³ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

2. Le décret relatif aux IPA, adopté en 2018, encadre strictement leur activité

• Intervenu en juillet 2018, le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée est venu préciser les **conditions d'exercice des IPA**.

Pour être autorisé à exercer en pratique avancée, l'infirmier doit justifier de trois années, au moins, d'exercice en équivalent temps plein de la profession et avoir obtenu, à l'issue d'une formation de deux ans, le **diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (DEIPA)** délivré par une université dans l'une des cinq mentions aujourd'hui autorisées¹.

La formation des infirmiers en pratique avancée

La formation conduisant au DEIPA est structurée en quatre semestres, comprenant des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de deux stages réalisés en établissement de santé ou en ambulatoire² :

- les deux premiers semestres correspondent à un tronc commun et comprend un stage de deux mois ;

- les troisième et quatrième semestres sont spécialisés : centrés sur le domaine d'intervention choisi par l'étudiant, ils déterminent la « *mention* » inscrite dans le diplôme et comprennent un stage professionnalisant de quatre mois³.

Le DEIPA est ouvert en formation initiale et en formation professionnelle continue⁴ : peuvent accéder à la formation les candidats justifiant, notamment, du diplôme d'État d'infirmier⁵. Il est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des enseignements, des stages et soutenu avec succès le mémoire de fin de formation⁶.

Il peut être acquis par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE)⁷.

¹ Article D. 4301-8 du code de la santé publique.

² Article D. 636-76 du code de l'éducation.

³ Article 10 de l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

⁴ Article D. 636-78 du code de l'éducation.

⁵ Article D. 636-77 du code de l'éducation.

⁶ Article D. 636-81 du code de l'éducation.

⁷ Article D. 636-80 du code de l'éducation.

Aux cinq mentions du diplôme correspondent cinq domaines d'intervention ouverts à la pratique avancée infirmière¹ :

- pathologies chroniques stabilisées², prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ;
- oncologie et hémato-oncologie ;
- maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- psychiatrie et santé mentale ;
- depuis octobre 2021³, urgences.

• Le décret de 2018 a également **précisé les compétences et modalités d'exercice des infirmiers en pratique avancée**, dans le sens d'une stricte limitation de leur autonomie⁴.

Si les IPA sont, ainsi, autorisés à conduire un entretien avec le patient, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique, comme à conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'ils jugent nécessaire, ils ne sont autorisés à prescrire que des médicaments et dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire, et les examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté⁵.

Surtout, et sans que le cadre législatif ne l'impose, le décret **a exclu l'accès direct à un infirmier en pratique avancée**, en limitant le champ d'intervention de ce dernier à la prise en charge « *des patients dont le suivi lui est confié par un médecin* »⁶. L'inspection générale des affaires sociales (Igas) observait, dès 2021, que cette notion avait pour conséquence de soumettre l'activité d'un IPA à sa désignation *intuitu personae* par un médecin, et s'interrogeait sur sa compatibilité avec le principe de libre de choix du professionnel par le patient⁷.

¹ Article R. 4301-2 du code de la santé publique.

² La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par l'arrêté du 18 juillet 2018 : *accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de types 1 et 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.*

³ Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences.

⁴ À ce sujet, voir par exemple Igas, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, novembre 2021, p. 30.

⁵ Article R. 4301-3 du code de la santé publique.

⁶ Article R. 4301-1 du code de la santé publique.

⁷ Igas, *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé*, op. cit. : « La mission souligne que, pour nulle autre profession, le code de la santé publique n'impose en droit la désignation *intuitu personae* d'un professionnel choisi par le médecin, pour que le professionnel en question puisse avoir la possibilité de recevoir un patient qui souhaiterait le consulter. L'orientation vers un médecin spécialiste, comme la prescription de soins paramédicaux, respectent toujours le libre choix du professionnel par le patient. Ce principe, issu du code de déontologie des médecins, est garanti par la loi depuis 2002. Le respect de ce principe est nécessaire à la confiance qui doit fonder toute relation de soins. »

Seuls les IPA de la récente mention « *urgences* » dérogent en partie à cette limitation : ceux-ci sont autorisés, par dérogation et pour les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité listés par arrêté¹, à prendre en charge directement le patient et établir des conclusions cliniques, dès lors qu'un médecin de la structure intervient au cours de la prise en charge².

- Enfin, le décret prévoit l'établissement, entre l'IPA et les médecins de la structure, d'un **protocole d'organisation** précisant notamment les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés, les modalités des échanges d'information avec le médecin et des réunions de concertation pluriprofessionnelles, les conditions de retour du patient vers le médecin³.

3. Le déploiement des IPA apparaît décevant, particulièrement en ville

- Si la pratique avancée infirmière est récente – les premiers IPA ont été diplômés à l'été 2019 –, **son déploiement rapide faisait toutefois figure de priorité** dans les conclusions du Ségur de la santé, qui fixaient pour objectif d'atteindre 3 000 infirmiers en pratique avancée en 2022 et 5 000 en 2024⁴.

Malgré une augmentation progressive de la taille des promotions, qui dépasse désormais 700 élèves diplômés par an, **les effectifs d'IPA demeurent très en deçà des cibles définies** : la France comptait, à l'été 2022, moins de 1 750 IPA diplômés. Selon l'Igas, la cible de 5 000 IPA pourrait n'être atteinte qu'en 2026 ou 2027⁵.

- Le **retard de déploiement apparaît particulièrement important en ville** : moins de 200 IPA y exercent aujourd'hui en libéral. Figurent parmi les principaux facteurs explicatifs mis en avant :

- les difficultés à se constituer une patientèle de taille suffisante, notamment du fait du faible nombre de patients confiés par les médecins ;

- un modèle économique initial, porté par l'avenant 7 à la convention infirmière, inadapté et reposant sur un nombre surestimé de patients.

À cet égard, la signature récente de l'avenant 9 à la même convention, revalorisant à compter de mars 2023 la rémunération des IPA, pourrait contribuer à améliorer l'attractivité de l'exercice libéral.

¹ La liste est fixée par un arrêté du 25 octobre 2021 et comprend notamment : l'exposition à une maladie contagieuse, le vomissement ou la diarrhée sans signe de gravité, le hoquet ou l'hypertension artérielle sans signes fonctionnels. En sont explicitement exclus, par exemple, la douleur abdominale, le malaise, l'arrêt cardio-respiratoire, les convulsions ou les céphalées inhabituelles.

² Article R. 4301-3-1 du code de la santé publique.

³ Article R. 4301-4 du code de la santé publique.

⁴ Mesure n° 6 des conclusions du Ségur de la santé.

⁵ Igas, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, op. cit.

B. La proposition de loi renforce les compétences des IPA, ouvre l'accès direct et restructure la profession

L'article 1^{er} de la proposition de loi entend revaloriser la pratique avancée infirmière, en permettant la primo-prescription de produits de santé et de prestations soumis à prescription médicale obligatoire, en autorisant l'accès direct aux IPA et en distinguant, désormais, IPA « *spécialisés* » et IPA « *praticiens* ».

1. La primo-prescription de produits et prestations soumis à prescription médicale obligatoire

Le 1^o du I modifie l'article L. 4301-1 du code de la santé publique pour prévoir que les compétences des professionnels en pratique avancée pourront désormais comprendre la primo-prescription de produits de santé et prestations soumis à prescription médicale obligatoire, dont la liste est fixée par décret.

En conséquence, le III de l'article 1^{er} abroge l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, qui prévoyait d'expérimenter, pendant trois ans, la faculté pour les IPA de prescrire certains produits et prestations soumis à prescription médicale. Plus d'un an après la promulgation de cette loi, l'expérimentation n'a pas encore commencé et le décret listant les produits concernés n'a pas été publié.

2. L'accès direct aux IPA

Le 2^o du I de l'article 1^{er} insère dans le code de la santé publique un nouvel article L. 4301-2, relatif à la pratique avancée infirmière, qui précise que celle-ci s'exerce dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1.

Surtout, cet article autorise explicitement les IPA à prendre en charge directement les patients, sans prescription médicale préalable, lorsqu'ils exercent au sein d'une structure d'exercice coordonné : maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)¹, centres de santé², équipes de soins primaires (ESP) ou spécialisés (ESS)³, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁴. Un compte rendu des soins réalisés doit, dans ce cas, être systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé (DMP).

Le II de l'article 1^{er} en tire les conséquences en modifiant l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, relatif aux conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les infirmiers, pour prévoir que celles-ci détermineront les conditions de prise en charge des actes réalisés, le cas échéant sans adressage préalable, par les IPA.

¹ Article L. 6323-3 du code de la santé publique.

² Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 1411-11-1 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

3. Les conditions d'exercice et l'organisation de la pratique avancée infirmière

Enfin, l'article L. 4301-2 inséré dans le code de la santé publique par le **2° du I** fixe les conditions d'exercice attachées à la pratique avancée infirmière : celle-ci s'exerce dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1 (inclusion dans une équipe de soins coordonnée par un médecin ou exercice en assistance d'un médecin, domaines d'intervention délimités, nécessité de justifier d'un diplôme de formation universitaire en pratique avancé, etc.).

Il crée, surtout, deux catégories distinctes d'IPA : les IPA spécialisés et les IPA praticiens. Le rapport de la rapporteure de l'Assemblée nationale précise que les IPA spécialisés « *ont vocation à prendre en charge des pathologies complexes dans le cadre d'un domaine de compétence spécifique [...], principalement en établissements de santé* », et pourraient intégrer, à terme, les spécialités infirmières (infirmiers anesthésistes, puériculteurs et de bloc opératoire). Les IPA praticiens, exerçant « *en ville ou l'hôpital* », auraient davantage « *vocation à agir en amont dans le cadre d'un domaine de compétences plus large et transversal* »¹.

Le même article L. 4301-2 précise, enfin, qu'un décret détermine les compétences des IPA, ainsi que les modalités d'accès à la profession qui comprennent notamment la possibilité de bénéficier de dispenses d'enseignements au regard du parcours, des certifications, des titres et des diplômes obtenus.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, adoptés par la commission des affaires sociales ou en séance plénière, trois amendements adoptés par l'Assemblée nationale sont venus préciser le dispositif de l'article 1^{er}.

D'abord, un amendement du groupe *La France insoumise* est venu préciser, au **1° du I de l'article 1^{er}**, que les produits et prestations soumis à prescription médicale obligatoire pouvant être prescrits par les IPA seraient définis en décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Des amendements identiques du Gouvernement, de la rapporteure et de plusieurs députés ont par ailleurs étendu l'accès direct aux IPA exerçant en établissement de santé et dans les établissements et services médico-sociaux.

¹ Rapport de Mme Stéphanie Rist n° 680 de la XVI^e législature, relatif à la présente proposition de loi, p. 17.

Enfin deux amendements identiques de la rapporteure et de Frédéric Valletoux sont venus préciser que l'accès direct n'est ouvert aux IPA membres d'une CPTS que lorsque les modalités de prise en charge et de coordination sont inscrites dans le projet de santé de celle-ci.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission a regretté la **méthode particulièrement erratique** consistant à soutenir la généralisation de dispositifs pour lesquels des expérimentations ont été votées ces dernières années, sans même attendre leur lancement ni disposer, en conséquence, du retour d'expérience attendu. Si l'urgence de renforcer l'attractivité de la pratique avancée infirmière et de valoriser les compétences acquises par les professionnels, mise en avant par les soutiens du texte, est réelle, elle doit toutefois conduire à s'interroger sur les délais de lancement, par le Gouvernement, des expérimentations qui devaient y contribuer.

La commission a également déploré le **calendrier d'examen imposé par le Gouvernement, particulièrement inadéquat** face à des dispositions touchant au partage des compétences entre professions de santé et s'avérant, de manière habituelle, sensibles en leur sein. Elle a, en particulier, regretté que l'examen du texte ait lieu concomitamment aux négociations de la prochaine convention médicale, et contribuent largement à en détériorer le climat.

Attachée au développement de la pratique avancée, qu'elle avait soutenue dès 2014¹ tant pour valoriser les compétences des auxiliaires médicaux que pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients, la commission a **accueilli favorablement les dispositions du présent article relatives à l'autorisation de l'accès direct et de la primo-prescription**. Elle souhaite que ces mesures favorisent le déploiement des IPA, notamment en ville. À cet égard, la commission d'enquête sénatoriale relative à la situation de l'hôpital avait, dans cet objectif, préconisé de réévaluer « *les conditions de coordination avec le médecin, d'accès et de prescription* »².

¹ Mme Catherine Génisson et M. Alain Milon, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre les professionnels de santé précité.

² Rapport n° 587 (2021-2022) de Mme Catherine Deroche, fait au nom de la commission d'enquête « La situation de l'hôpital et le système de santé en France », déposé le 29 mars 2022.

La commission a toutefois jugé nécessaire de mieux encadrer les dispositions du présent article, afin de préserver le rôle de coordination du médecin et la sécurité des soins. À l'initiative de la rapporteure, elle a en conséquence adopté deux amendements visant à :

- réserver l'accès direct aux IPA, en ambulatoire, aux structures d'exercice coordonné les plus intégrées et garantissant un niveau de coordination suffisant (**amendement COM-48**) ;

- prévoir la saisine de l'Académie de médecine et de la Haute Autorité de santé préalablement à toute autorisation, par décret en Conseil d'État, de prescrire des produits et prestations soumis à prescription médicale obligatoire (**amendement COM-45**).

S'agissant de l'organisation de la pratique avancée infirmière, la commission a adopté deux amendements visant à supprimer les dispositions introduisant une distinction entre deux catégories d'IPA, spécialisés et praticiens, rejetée par les organisations d'IPA elles-mêmes (**amendement COM-47**), et à lever les obstacles législatifs à l'intégration, à terme, des infirmiers spécialisés à la pratique avancée (**amendement COM-46**).

Enfin, la commission a adopté un **amendement COM-49** de coordination visant à abroger l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, qui prévoyait une expérimentation de l'accès direct aux IPA manifestation abandonnée.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 1^{er} bis

Prise en charge des plaies par les infirmiers

Cet article propose d'étendre les compétences des infirmiers en matière de prévention et de traitement de plaies, notamment à la prescription d'examens complémentaires et de produits de santé.

La commission a adopté cet article avec modification pour mieux encadrer les prescriptions prévues, en les réservant, en ville, aux infirmiers exerçant dans les structures d'exercice coordonné les plus intégrées et en prévoyant que la liste des examens complémentaires et produits de santé autorisés est définie par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé.

I - Le dispositif proposé

L'**article 1^{er} bis**, issu d'un amendement du Gouvernement adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, complète l'article L. 4311-1 du code de la santé publique relatif à la profession d'infirmier pour l'autoriser à prendre en charge « *la prévention et le traitement de plaies comprenant la prescription d'examens complémentaires et de produits de santé* ».

Il renvoie la définition des modalités de prise en charge à un décret en Conseil d'État et celle de la liste des prescriptions ouvertes à un arrêté.

L'article précise, enfin, que :

- les résultats des interventions de l'infirmier sont reportés dans le DMP, la transmission de ces informations au médecin étant réalisée par des moyens de communication sécurisés ;

- ces compétences peuvent être exercées par les infirmiers exerçant au sein d'une équipe de soins en établissement de santé, en établissement médico-social ou en hôpital des armées, ou au sein d'une MSP¹, d'un centre de santé², en équipe de soins primaires (ESP) ou spécialisés (ESS)³ ou au sein, enfin, d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)⁴, à la condition pour cette dernière que les modalités de prise en charge et de coordination soient définies dans le projet de santé.

II - La position de la commission

Les infirmières disposent déjà de compétences étendues en matière de surveillance et de traitement des plaies. Figurent, par exemple, parmi les actes que l'infirmier accomplit dans le cadre de son rôle propre, soit sans prescription médicale préalable, la réalisation et la surveillance de pansements non médicamenteux et de bandages⁵.

Un protocole de coopération national relatif à l'évaluation et au suivi de plaies complexes par un infirmier expert existe par ailleurs, confiant à des infirmiers ayant suivi une formation spécifique des compétences supplémentaires pouvant tenir à la prescription d'examen complémentaires nécessaires au diagnostic et au pronostic de cicatrisation⁶.

Interrogée par la rapporteure sur les modalités envisagées d'application de ce dispositif, la direction générale de l'offre de soins a indiqué que celui-ci visait à permettre « à l'infirmier qui aura bénéficié d'une formation dédiée aux plaies et à la cicatrisation (dont le contenu et la durée seront mentionnés dans le décret), dans le cadre d'un exercice coordonné » de prévenir des facteurs de risque et de rechercher le traitement adéquat.

¹ Article L. 6323-3 du code de la santé publique.

² Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 1411-11-1 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

⁵ Article R. 4311-5 du code de la santé publique.

⁶ Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Évaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémédecine ».

Ainsi éclairée, la commission a favorablement reçu ces dispositions, susceptibles de valoriser les compétences infirmières, de simplifier le parcours du patient et de libérer du temps médical. Elle a, en revanche et à l'initiative de sa rapporteure, souhaité mieux encadrer le dispositif en :

- prévoyant que la Haute Autorité de santé devrait rendre un avis sur la liste des prescriptions envisagées (**amendement COM-50**) ;

- supprimant la CPTS de la liste des structures d'exercice coordonné autorisant, en ville, l'exercice de ces compétences pour réserver ces dernières aux structures les plus intégrées, au sein desquelles les professionnels de santé coopèrent le plus étroitement et partagent, souvent, une patientèle commune (**amendement COM-51**).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2

Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes

Cet article propose d'autoriser l'exercice des masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale préalable.

La commission a adopté cet article modifié afin de mieux encadrer l'accès direct et de laisser aux partenaires conventionnels le soin de veiller à ce que l'activité des kinésithérapeutes demeure cohérente avec les priorités de santé publique.

I - Le dispositif proposé

A. Les masseurs-kinésithérapeutes : une profession dite « prescrite »

1. Le renforcement progressif des compétences et de la formation des masseurs-kinésithérapeutes

Exerçant des actes de prévention, de diagnostic kinésithérapique et de traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles¹, les masseurs-kinésithérapeutes ont vu leurs compétences et leur formation progressivement enrichies ces dernières années.

• Les **prescriptions et les actes ouverts aux masseurs-kinésithérapeutes** ont, en effet, été progressivement élargis.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016, notamment, leur a permis :

- de prescrire non plus seulement des dispositifs médicaux mais, plus généralement, des « *produits de santé* » définis ;

¹ Article L. 432181 du code de la santé publique.

- « en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin », d'accomplir des actes de premier soin dont ils doivent rendre compte au médecin dès leur intervention ;

- d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie de moins d'un an¹.

Récemment, dans le cadre de l'épidémie de covid-19, les masseurs-kinésithérapeutes ont été autorisés à effectuer, comme les infirmiers, des examens de dépistage virologique ou sérologique².

• La formation des masseurs-kinésithérapeutes a également été profondément réformée en 2015³. Sa durée a été allongée à cinq ans. Si elle demeure dispensée dans des instituts de formation en masso-kinésithérapie, publics ou privés, elle a toutefois été progressivement universitarisée et l'obtention du diplôme d'État donne désormais accès au grade de master.

Le contenu de la formation en masso-kinésithérapie

Outre une première année universitaire permettant la préparation des épreuves de sélection, la formation dispensée par les instituts comprend⁴ :

- un premier cycle de deux ans apportant les enseignements scientifiques, méthodologiques et professionnels fondamentaux nécessaires à la compréhension des problèmes de santé et des situations cliniques rencontrées en kinésithérapie ;

- un second cycle de deux ans également, organisant le développement des compétences diagnostiques et d'intervention kinésithérapique dans tous les champs d'exercice de la profession.

La formation, d'une durée de 6 670 heures, comprend 1 470 heures de formation à la pratique masso-kinésithérapique.

L'inspection générale des affaires sociales (Igas) observe que « la réingénierie de la formation achevée fin 2015 et l'universitarisation des études constituent des évolutions importantes pour la profession et peuvent légitimer un nouveau positionnement dans l'offre de soins »⁵.

2. Malgré ces évolutions, une autonomie limitée

• Si l'article L. 4321-1 du code de la santé publique dispose que « le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie [...] », il précise toutefois que, « lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale [...] ».

¹ Ces dispositions sont codifiées à l'article L. 4321-1 du code de la santé publique.

² Article 1^{er} du décret n° 2020-1514 du 3 décembre 2020.

³ Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

⁴ Article D. 4321-16 du code de l'éducation.

⁵ Igas, Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie, février 2022.

Les décrets de compétence précisent le champ des **actes réalisés sur prescription médicale**, qui s'étend du bilan kinésithérapique¹ à l'ensemble des traitements de rééducation². Certains d'entre eux ne sont, en outre, autorisés qu'à la condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : c'est le cas des élongations vertébrales par tractions mécaniques, de la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent ou de la rééducation respiratoire³.

• Le masseur-kinésithérapeute relève du **parcours de soins coordonnés**⁴ introduit par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie⁵ : la prise en charge des consultations non prescrites par le médecin traitant est réduite.

B. La proposition de loi vise à autoriser l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes

L'article 2 de la proposition de loi vise à permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de prendre en charge les patients sans prescription médicale préalable.

Le **I de l'article 2** du texte déposé insérait, à l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, un nouvel alinéa permettant l'accès sans prescription médicale préalable aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant au sein d'une structure d'exercice coordonné : maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)⁶, centres de santé⁷, équipes de soins primaires (ESP) ou spécialisés (ESS)⁸, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁹. Il précisait qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés étaient adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé (DMP).

Le **II de l'article 2** modifiait, en conséquence, l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, relatif aux conventions régissant les rapports entre l'Assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes, pour prévoir que celles-ci détermineraient les conditions de prise en charge des actes effectués sans prescription médicale préalable.

Enfin, le **III** abroge l'article 73 de la LFSS pour 2022, qui prévoyait l'expérimentation d'un tel accès direct pour une durée de trois ans, dans six départements.

¹ Article R. 4321-2 du code de la santé publique.

² Article R. 4321-5 du code de la santé publique.

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴ Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁶ Article L. 6323-3 du code de la santé publique.

⁷ Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

⁸ Article L. 1411-11-1 du code de la santé publique.

⁹ Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements précisant et encadrant l'accès direct, en prévoyant notamment :

- que celui-ci s'exerce « *dans la limite de cinq séances dans le cas où le patient n'a pas eu de diagnostic médical préalable* » ;

- qu'à défaut de transmission du bilan initial et du compte rendu au médecin traitant et de versement au DMP, les actes réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont mis à sa charge ;

- que le bilan initial et le compte rendu sont également transmis au patient.

À l'initiative de sa rapporteure, la commission a également adopté un amendement prévoyant que les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus de prendre prioritairement en charge les patients atteints d'une affection de longue durée.

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté en séance plénière des amendements :

- étendant l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant en établissement de santé ou dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

- portant le nombre de séances maximal accessibles sans diagnostic médical préalable à dix ;

- précisant que l'accès direct n'est ouvert aux masseurs-kinésithérapeutes membres d'une CPTS que lorsque les modalités de prise en charge et de coordination sont inscrites dans le projet de santé de la structure.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission, qui avait soutenu l'expérimentation d'un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, regrette que celle-ci, plus d'un an plus tard, n'ait pu être mise en œuvre. Elle juge ce retard d'autant plus regrettable qu'une mission de l'Igas avait, dès février 2022, émis de nombreuses recommandations relatives au champ et aux modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation¹.

¹ Igas, Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie, op. cit.

Jugeant que cette mesure peut contribuer à libérer du temps médical pour les médecins prescripteurs et à faciliter l'accès aux masseurs-kinésithérapeutes pour les patients, la commission a accueilli favorablement ces dispositions.

- À l'initiative de sa rapporteure, la commission a toutefois souhaité mieux encadrer l'accès direct en le réservant, en ville, aux structures d'exercice coordonné les plus intégrées : centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles et équipes de soins primaires et spécialisés. Elle a, en effet, jugé que l'hétérogénéité des CPTS ne permettait pas de garantir l'existence en leur sein d'une coordination suffisamment importante entre professionnels de santé partageant une patientèle commune. En conséquence, elle a adopté l'**amendement COM-53** de la rapporteure supprimant les CPTS des structures d'exercice coordonné donnant droit à l'accès direct.

- Dans l'objectif de garantir la sécurité des soins, et de réduire le risque de diagnostic tardif, la commission a par ailleurs adopté un **amendement COM-54** ramenant à cinq le nombre maximal de séances en l'absence de diagnostic médical préalable.

- Enfin, la commission partage l'objectif poursuivi par l'Assemblée nationale de réduire le risque d'éviction, du fait de l'accès direct, des patients adressés par les médecins ou, plus largement, des patients présentant le plus grand besoin de prise en charge, faute de temps disponible pour les masseurs-kinésithérapeutes. Elle a toutefois jugé difficilement applicables les dispositions du texte transmis prévoyant que le masseur-kinésithérapeute doit prendre en charge en priorité les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

À l'initiative de la rapporteure et afin de permettre une définition plus précise des besoins devant être pris en charge comme des modalités d'incitation ou de contrainte associées, la commission a adopté un **amendement COM-55** laissant aux partenaires conventionnels le soin de déterminer les mesures appropriées pour favoriser la prise en charge des patients atteints d'une ALD et, plus largement, l'orientation de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes vers les priorités de santé publique.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 bis
**Prescription d'une activité physique adaptée
par les masseurs-kinésithérapeutes**

Cet article propose d'autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire une activité physique adaptée, non prise en charge par l'assurance maladie.

La commission a adopté cet article avec modification, pour encadrer la prescription par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie de médecine.

I - Le dispositif proposé

A. La prescription d'une activité physique adaptée par les médecins

• La loi de modernisation de notre système de santé a **autorisé, en 2016, la prescription par le médecin traitant d'une activité physique adaptée (APA)** à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD)¹.

Un décret de la même année précise que la dispensation d'une APA a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière, afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à l'ALD dont elle est atteinte².

Le médecin traitant peut prescrire une APA dispensée par un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychomotricien, ou des professionnels disposant d'un diplôme autorisant l'enseignement du sport³. Le professionnel dispensant l'APA transmet périodiquement un compte rendu au médecin prescripteur comme au patient, et peut formuler des propositions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents à celle-ci⁴.

• La **Haute Autorité de santé a émis des recommandations de bonnes pratiques**⁵, rappelant notamment :

- que l'APA doit être **précédée d'une évaluation médicale minimale**, comprenant un interrogatoire sur l'histoire médicale et les habitudes de vie et une évaluation du risque cardio-vasculaire ;

- que, notamment lorsque des facteurs de risque apparaissent, une consultation médicale d'activité physique peut permettre un examen physique complet et une évaluation des différentes composantes de la condition physique du patient.

¹ Article L. 1172-1 du code de la santé publique.

² Article D. 1172-1 du code de la santé publique.

³ Article D. 1172-2 du code de la santé publique

⁴ Article D. 1172-5 du code de la santé publique.

⁵ *Recommandations relatives à la prescription d'activité physique adaptée validée par le Collège de la HAS le 13 juillet 2022.*

La HAS distingue quatre conditions cumulatives justifiant la prescription d'un programme d'APA¹ :

- le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques ;

- il n'a pas déjà un niveau d'activité physique régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS ;

- il ne peut pas augmenter son niveau d'activité physique en autonomie, de façon adaptée et de façon sécuritaire ;

- il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable.

• Si la primo-prescription d'une activité physique adaptée demeure réservée au médecin, la loi visant à démocratiser le sport en France de 2022² a toutefois permis, à l'initiative du Sénat, aux **masseurs-kinésithérapeutes d'adapter les prescriptions médicales** initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions prévues par décret et sauf indication contraire du médecin³.

B. L'article 2 vise à étendre la prescription d'APA aux masseurs-kinésithérapeutes

La proposition de loi permet aux masseurs-kinésithérapeutes de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

L'**article 2 bis**, issu d'un amendement du député Karl Olive adopté en séance publique, modifie les articles L. 1172-1 et L. 4321-1 du code de la santé publique pour permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de prescrire une activité physique adaptée aux personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre de leur parcours de soins.

Le **II de l'article** précise que l'activité physique adaptée ainsi prescrite n'est pas prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

¹ Ibid.

² Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France.

³ Article L. 4321-1 du code de la santé publique.

II - La position de la commission

La rapporteure souscrit pleinement à l'objectif d'améliorer l'accompagnement des patients d'une maladie chronique, par la prescription d'une activité physique adaptée dans une logique de parcours « *de santé* » et non seulement « *de soins* ». Elle a favorablement reçu ces dispositions, susceptibles de valoriser les compétences des masseurs-kinésithérapeutes en matière d'activité physique, de faciliter l'accès au dispositif pour les patients et, peut-être, de libérer du temps médical.

En revanche, la rapporteure s'est interrogée sur les **modalités d'encadrement de ces nouvelles compétences**. Elle souligne qu'aujourd'hui, la prescription d'une activité physique adaptée par le médecin suppose une évaluation préalable de l'état de santé du patient et, notamment, de son risque cardio-vasculaire. La faculté jusque-là reconnue aux masseurs-kinésithérapeutes de renouveler ou adapter une prescription initiale ne revenait pas sur la nécessité d'un diagnostic médical préalable.

En conséquence, sur proposition de la rapporteure, la commission a adopté un **amendement COM-56** visant à mieux encadrer le dispositif en prévoyant qu'un décret fixera les conditions de prescription, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3

Accès direct aux orthophonistes

Cet article propose d'autoriser l'exercice des orthophonistes sans prescription médicale préalable.

La commission a adopté cet article avec modification afin de mieux encadrer l'accès direct.

I - Le dispositif proposé

A. La prise en charge par un orthophoniste demeure soumise à prescription médicale préalable

1. Des compétences et une formation progressivement renforcées

L'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le **bilan orthophonique** et le traitement des **troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions**, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales¹.

¹ Article L. 4341-1 du code de la santé publique.

- La profession est accessible aux personnes titulaires d'un **certificat de capacité d'orthophoniste**¹. La formation a été portée, en 2013², à cinq ans et donne accès au grade de master.

Le contenu de la formation d'orthophoniste

Le certificat d'orthophoniste est délivré par les universités habilitées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé³.

La formation, accessible notamment aux candidats justifiant du baccalauréat⁴, dure cinq ans et comprend deux cycles :

- un premier cycle, d'une durée de trois ans, permettant notamment l'acquisition d'un socle de connaissances en sciences de la vie, sciences physiques, sciences humaines et sociales, de connaissances en santé publique, en pathologie et en physiopathologie ;

- un deuxième cycle d'une durée de deux ans, centré notamment sur l'apprentissage du raisonnement clinique et de l'intervention thérapeutique, une formation à la démarche scientifique et l'acquisition de connaissances scientifiques et techniques approfondies⁵.

Les enseignements comprennent une formation aux gestes et soins d'urgence⁶.

- Des **compétences étendues** ont été confiées aux orthophonistes ces dernières années, qui ont accru leur autonomie et modéré le rôle du médecin prescripteur.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016⁷ a ainsi autorisé les orthophonistes :

- à accomplir, en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale ;

- à prescrire, sauf indication contraire du médecin, certains dispositifs médicaux définis.

¹ Article L. 4341-3 du code de la santé publique.

² Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste.

³ Article D. 636-18-1 du code de l'éducation.

⁴ Article D. 636-18-2 du code de la santé publique.

⁵ Article D. 636-20-1 du code de l'éducation.

⁶ Article D. 636-21 du code de l'éducation.

⁷ Ces dispositions sont codifiées à l'article L. 4341-1 du code de la santé publique.

En 2021, le législateur a par ailleurs reconnu aux orthophonistes la capacité d'adapter, sauf indication contraire du médecin et dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an¹.

2. Malgré ces évolutions, une prise en charge soumise à prescription médicale

- Si l'article L. 4341-1 du code de la santé publique dispose que « *l'orthophoniste exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité [...]* », il précise toutefois que « *l'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale* ».

Le décret de compétence précise que « *dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins* »², lequel pourra comprendre l'ensemble des actes de rééducation ou d'apprentissage que l'orthophoniste est autorisé à accomplir³ : rééducation des fonctions du langage, des troubles de l'articulation, de la parole, des troubles du langage écrit, de la dyslexie, etc.

- L'orthophoniste relève, en outre, du **parcours de soins coordonnés**⁴ introduit par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie⁵ : la prise en charge des consultations non prescrites par le médecin traitant est réduite.

B. La proposition de loi vise à permettre l'accès direct à l'orthophoniste lorsqu'il exerce au sein d'une équipe coordonnée

Le **I de l'article 3** ouvre l'accès direct, sans prescription médicale préalable, aux orthophonistes exerçant au sein d'une structure d'exercice coordonné : maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)⁶, centres de santé⁷, équipes de soins primaires (ESP) ou spécialisés (ESS)⁸, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁹. Il précise qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé (DMP).

En conséquence, le **II** abroge l'article 74 de la LFSS pour 2022, qui prévoyait l'expérimentation d'un tel accès direct pour une durée de trois ans et dans six départements.

¹ Article 14 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

² Article R. 4341-2 du code de la santé publique.

³ Article R. 4341-3 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁶ Article L. 6323-3 du code de la santé publique.

⁷ Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

⁸ Article L. 1411-11-1 du code de la santé publique.

⁹ Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Trois amendements ont été adoptés par la commission des affaires sociales pour prévoir :

- qu'à défaut de transmission par l'orthophoniste du bilan initial et du compte rendu, les actes réalisés sont mis à sa charge ;

- que ces documents sont transmis non seulement au médecin traitant mais également au patient ;

- que la convention régissant les rapports entre l'Assurance maladie et les orthophonistes définit les conditions d'application des présentes dispositions.

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a par ailleurs adopté en séance publique deux amendements étendant l'accès direct aux orthophonistes exerçant en établissement de santé ou dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et précisant que l'accès direct n'est ouvert aux orthophonistes membres d'une CPTS que lorsque les modalités de prise en charge et de coordination sont inscrites dans le projet de santé de la structure.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission, qui avait soutenu l'expérimentation d'un accès direct aux orthophonistes lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, regrette que celle-ci n'ait pas été mise en œuvre plus d'un an après l'entrée en vigueur de la loi. Interrogée par la rapporteure, la Fédération nationale des orthophonistes a indiqué que les discussions avec le ministère n'avaient pas permis d'établir des modalités satisfaisantes d'expérimentation.

Malgré ces difficultés apparentes, la commission a accueilli favorablement ces dispositions, dans la mesure où elles pourraient contribuer à libérer du temps médical et faciliter l'accès des patients aux soins orthophoniques. Elle observe que les orthophonistes disposent déjà d'une grande autonomie dans la conduite du diagnostic orthophonique et l'établissement du plan de soins.

Afin d'encadrer ces dispositions et en cohérence avec l'objet affiché du texte de promouvoir l'exercice coordonné, la commission a adopté un **amendement COM-57** réservant l'accès direct aux structures les plus intégrées, en supprimant les dispositions faisant de l'appartenance à une CPTS une condition suffisante. La commission a ainsi entendu privilégier les structures les plus intégrées, dans lesquelles les professionnels de santé sont le mieux susceptibles de travailler en coordination étroite et de partager une patientèle commune.

Les obligations d'information du médecin faites aux orthophonistes étant, d'après les personnes auditionnées, largement respectées aujourd'hui, la commission a par ailleurs adopté **trois amendements identiques COM-5, COM-13 et COM-23** visant à supprimer les dispositions prévoyant de mettre à la charge de l'orthophoniste les actes réalisés en accès direct sans information du médecin. Reprenant l'ambition affichée de la proposition de loi, elle invite sur ce point à faire confiance aux professionnels de santé.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3 bis (nouveau)

Indemnisation des médecins pour les rendez-vous non honorés

Cet article propose de mettre en place une indemnisation du médecin à la charge du patient défaillant en cas de rendez-vous médical non honoré. Les conditions et les modalités de ce dispositif devront être déterminées dans le cadre de la convention médicale.

La commission a adopté cet article additionnel.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, inséré en commission des affaires sociales par deux **amendements identiques COM-52 et COM-40**, respectivement de la rapporteure et de la rapporteure générale Élisabeth Doineau, modifie l'article L. 162-5 du code de la santé publique afin de prévoir que la convention médicale détermine les modalités et les conditions d'indemnisation du médecin au titre d'un rendez-vous non honoré par le patient. La convention devra aussi déterminer les conditions dans lesquelles les sommes versées sont mises à la charge de ce dernier.

II - La position de la commission

Selon les syndicats de médecins, entendus en audition, les rendez-vous médicaux non honorés atteindraient le nombre de 28 millions par an. La Cnam, sans pouvoir établir un chiffre précis, recommande la plus grande prudence sur ces données et évoque un taux d'annulation de rendez-vous qui pourrait s'établir entre 3 et 4 %.

Quelle que soit la proportion exacte de consultations et examens perdus, **réduire le nombre de rendez-vous annulés au dernier moment ou auxquels les patients ne se présentent pas, sans raison légitime, permettrait de redonner du temps médical utile aux médecins.** C'est la raison pour laquelle la rapporteure a souhaité porter le présent article.

Le dispositif qui serait mis en place en application du présent article pourrait prendre la forme d'un recouvrement de la somme correspondant à l'indemnité du médecin par la caisse d'assurance maladie sur des remboursements ultérieurs versés au patient au titre d'autres prestations. Cette pénalisation du patient fautif aurait ainsi un effet dissuasif et responsabilisant.

La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 4

Élargissement des compétences des assistants dentaires

Cet article propose d'étendre les compétences des assistants dentaires à des actes de contribution aux soins dentaires.

La commission a adopté cet article avec modification.

I - Le dispositif proposé

A. À droit constant, les compétences légales des assistants dentaires ne permettent pas leur contribution directe aux soins.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹ a reconnu aux assistants dentaires un statut législatif en introduisant un chapitre qui leur est consacré dans le code de la santé publique².

L'article L. 4393-8 du code de la santé publique définit les deux missions des assistants dentaires, à savoir : **assister le chirurgien-dentiste ou le médecin intervenant en chirurgie dentaire dans son activité professionnelle et contribuer aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire**. L'assistant dentaire exerce ces compétences sous la responsabilité et le contrôle effectif du chirurgien-dentiste ou du médecin.

Cette distinction légale entre **assistance** et **contribution** se reflète dans les textes d'application ; ces derniers discernent des degrés d'autonomie différents dans l'exercice des tâches selon qu'elles participent ou non des soins. L'article R. 4393-8 du code de la santé publique se borne à préciser l'« *assistance du chirurgien-dentiste ou du médecin [...] dans la réalisation des gestes avant, pendant et après les soins* » aux côtés de la gestion administrative, de la préparation du matériel, de l'accueil du patient ou de l'éducation à la santé bucco-dentaire du patient. Le détail des actes qui relèvent de l'assistance dans la réalisation des soins est apporté par le référentiel d'activités et de compétences du métier d'assistant dentaire³.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Chapitre III bis du titre IX du livre III de la quatrième partie.

³ Fixé par l'arrêté du 8 juin 2018.

Celui-ci ne mentionne aucune participation directe à un soin de la part des assistants dentaires, exception faite de la « *mise en œuvre des gestes de premier secours* ».

B. Le texte déposé souhaite créer des assistants en médecine bucco-dentaire dans le cadre de la pratique avancée

Le présent article propose d'insérer un article L. 4301-3 au sein du code de la santé publique permettant aux **assistants dentaires d'exercer en tant qu'assistants en médecine bucco-dentaire dans le cadre de la pratique avancée**. L'article laisserait à un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire, le soin de déterminer les nouvelles compétences qu'ils peuvent dès lors exercer, ainsi que les modalités d'accès à cette profession.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale : adjoindre de nouvelles compétences

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de rédaction globale du présent article déposé par la rapporteure Stéphanie Rist. Le dispositif proposé revient sur l'inscription de ces assistants dentaires aux compétences élargies - ou assistants dentaires de niveau II selon l'exposé des motifs de l'amendement - dans le cadre de la pratique avancée. La rapporteure indique ainsi avoir « *réexaminé cette proposition à la lumière de ses auditions et du travail d'expertise juridique réalisé, [et] constat[é] qu'un tel rattachement n'[était] pas pertinent* »¹.

Dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale, le présent article entend adjoindre aux compétences des assistants dentaires celles de **contribuer « aux actes d'imagerie à visée diagnostique, prophylactiques et orthodontiques et à des soins post-chirurgicaux »**. Ces compétences seront exercées sous le même régime défini à l'article L. 4393-8 du code de la santé publique, c'est-à-dire sous la responsabilité et le contrôle effectif du chirurgien-dentiste ou du médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire.

Il reviendra au décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire, lequel est déjà prévu par l'article L. 4393-8 mentionné, de détailler les actes pouvant être confiés à l'assistant dentaire.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Rapport du 11 janvier 2023 fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, par Mme Stéphanie Rist.

III - La position de la commission

Les dispositions législatives et réglementaires en vigueur circonviennent l'assistant dentaire dans un rôle d'assistantat. Ainsi que le souligne l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, « *les textes actuels ne lui permettent pas de contribuer directement à la réalisation du soin au contraire des activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire (pour lesquels l'assistant dentaire est reconnu comme un contributeur à part entière)* ».

La rapporteure relève que tant le syndicat Les Chirurgiens-dentistes de France (CDF), la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), ainsi que l'ordre national, entendus en audition, se trouvent satisfaits du présent article. Les chirurgiens-dentistes souhaitent en effet pouvoir **confier à leurs assistants dentaires des actes participant des soins mais ne présentant pas de difficulté particulière afin de libérer du temps médical**. Sur le fondement du présent article, les chirurgiens-dentistes pourraient ainsi déléguer des actes tels que retirer des sutures, réaliser des détartrages, accomplir des actes d'imagerie à visée diagnostique ou enlever des bagues dentaires. L'intention du présent article apparaît ainsi comme consensuelle.

Selon l'ordre des chirurgiens-dentistes, la formation nécessaire pour acquérir de telles compétences pourrait se dérouler sur deux ans, dans le cadre d'une formation continue. La commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la branche des cabinets dentaires libéraux et le ministère de la santé et de la prévention travaillent à la maquette de cette formation diplômante.

La rapporteure souscrit à l'objectif du présent article qui permettra de libérer du temps du chirurgien-dentiste pour des prises en charge complexes ou non programmées. L'article est accompagné en outre d'un article 4 *bis* apportant un garde-fou bienvenu (voir *infra*) contre d'éventuelles dérives.

Bien que la rapporteure soit favorable à ce que les nouvelles compétences ne soient pas exercées dans le cadre de la pratique avancée, elle s'interroge toutefois sur la rédaction proposée du présent article qui se borne à compléter les missions des assistants dentaires énumérées par la loi. Si l'ordre appelle de ses vœux une prompte parution des textes d'application « *afin de bien distinguer juridiquement ce qui relève du niveau I de l'assistantat et du (nouveau) niveau II* », cette imprécision dans la loi n'est pas satisfaisante.

Afin de mettre en cohérence le dispositif proposé avec l'intention véritable de l'article, à savoir, réserver les nouvelles compétences aux seuls assistants dentaires de niveau II, la rapporteure a présenté un **amendement COM-58**, que la commission a adopté, conditionnant l'accomplissement des nouvelles missions à une formation spécifique dont le contenu et les modalités de validation seront définis par voie réglementaire.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4 bis

**Encadrement du nombre d'assistants dentaires
et d'assistants médicaux en centre de santé ophtalmologique**

Cet article propose d'encadrer, au sein de la même structure, le nombre d'assistants dentaires contribuant aux nouveaux actes prévus à l'article 4, ainsi que le nombre d'assistants médicaux dans les centres de santé ayant une activité ophtalmologique.

La commission a adopté cet article avec modification.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article, inséré en commission à l'Assemblée nationale par un amendement de la rapporteure, propose d'introduire deux ratios d'encadrement distincts.

- Le 1° ajoute un nouvel article L. 4393-18 au sein du code de la santé publique qui prévoirait **un ratio de un pour un entre le nombre d'assistants dentaires et celui de chirurgiens-dentistes ou de médecins exerçant dans la même structure.**

En séance publique, deux amendements de la rapporteure ont précisé le dispositif. La limitation du nombre d'assistants dentaires ne s'applique désormais qu'aux seuls assistants dentaires de niveau II exerçant les nouvelles compétences prévues à l'article 4.

- D'autre part, le 2° modifie l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique afin de prévoir un ratio de un pour un, dans les centres de santé ayant une activité ophtalmologique ou leur antenne, entre le nombre d'assistants médicaux¹ embauchés et celui de médecins embauchés.

Un amendement adopté en séance publique par l'Assemblée nationale supprime la référence aux embauches pour retenir que, **dans les centres de santé, le nombre d'assistants médicaux ne peut excéder le nombre de médecins.**

¹ Les assistants médicaux ont été reconnus par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique.

III - La position de la commission : un encadrement bienvenu de l'arrivée attendue des assistants dentaires

- La rapporteure accueille favorablement l'encadrement proposé au présent article. Ainsi que le note la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL) dans sa contribution écrite à destination de la rapporteure, la limitation à un assistant dentaire qualifié de niveau II par praticien « *semble un garde-fou au développement "d'usine à détartrage"* ». Il convient d'éviter les centres de santé dentaires ou les cabinets libéraux peu scrupuleux, qui par une multitude d'assistants dentaires de niveau II, réussiraient à **réduire à son minimum le temps d'activité des chirurgiens-dentistes au détriment de la qualité des soins.**

Un **encadrement du nombre d'assistants dentaires de niveau II** est essentiel pour que ces derniers travaillent sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste conformément au cadre prévu à l'article L. 4393-8 (voir *supra*). La rapporteure a souhaité préciser l'application du ratio introduit par le présent article afin de renforcer son efficacité. La rédaction proposée pourrait être insuffisante pour interdire la situation dans laquelle un chirurgien-dentiste a sous son contrôle effectif plusieurs assistants dentaires de niveau II. La commission a ainsi adopté l'**amendement COM-59** qui :

- applique le ratio à un même site d'exercice de l'art dentaire et non à l'ensemble de la structure ;
- spécifie que les médecins concernés sont ceux qui exercent dans le champ de la chirurgie dentaire ;
- précise que le nombre de praticiens comptabilisés sont ceux effectivement présents.

- **La rapporteure souscrit à l'objectif de la disposition limitant le nombre d'assistants médicaux dans les centres de santé ayant une activité ophtalmologique et leur antenne.** Certains centres de santé peuvent construire un modèle économique reposant sur une présence excessive d'assistants médicaux au regard du nombre de praticiens, laquelle peut conduire à une dégradation de la qualité des soins.

La rapporteure constate toutefois que ce dispositif a été introduit à l'Assemblée nationale à la suite des débats sur la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé déposé par la présidente Fadila Khattabi. Considérant que cette disposition trouve davantage sa place dans ce texte, qui est simultanément examiné au Sénat, la rapporteure a déposé un **amendement COM-60** de suppression de ces dispositions, adopté par la commission.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4 ter

**Élargissement à de nouveaux professionnels
de la permanence des soins ambulatoires**

Cet article vise à introduire une notion de responsabilité collective des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des infirmiers dans la permanence des soins. Il étend également la permanence des soins ambulatoires (PDSA) à l'ensemble de ces professions.

La commission a adopté cet article avec modification pour supprimer le principe de responsabilité collective.

I - Le dispositif proposé

A. Les dispositifs permettant d'assurer la permanence des soins, en ambulatoire ou en établissement de santé

• Aux termes de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, la mission de service public de **permanence des soins ambulatoires (PDSA)** est assurée, en collaboration avec les hôpitaux, par les médecins libéraux, conventionnés ou non, et les médecins salariés en centre de santé. Elle est également ouverte aux médecins des armées comme à tout médecin, même retraité, ayant conservé une pratique clinique¹.

Elle a pour objet de **répondre aux besoins de soins non programmés** correspondant à des urgences non vitales et ne nécessitant pas de prise en charge en service d'urgence hospitalier, durant les heures de fermeture de cabinet :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié et les vendredi et samedi suivant un jour férié².

Longtemps assurée par un tour de garde des médecins libéraux fondé sur une obligation déontologique, la PDSA est depuis 2022 organisée localement par les agences régionales de santé (ARS) **sur la base du volontariat**³. Des réquisitions préfectorales sont toutefois possibles. Les régions sont divisées en territoires de permanence dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS. Dans chacun d'entre eux, les médecins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois⁴.

¹ Article R. 6315-1 du code de la santé publique.

² Ibid.

³ Articles L. 1435-5 et R. 6315-4 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 6315-2 du code de la santé publique.

L'accès au médecin de la PDSA fait l'objet d'une **régulation médicale téléphonique préalable** : par le 15, le numéro national de permanence des soins (116 117) ou un numéro spécifique mis en place par une association de permanence des soins¹. Le médecin régulateur peut prescrire des médicaments² ou décider de l'envoi d'une ambulance lorsque la prise en charge hospitalière apparaît plus appropriée.

- Une **permanence des soins dentaires**, assurée par les chirurgiens-dentistes libéraux, collaborateurs et salariés des centres de santé, est également organisée dans chaque département les dimanches et jours fériés³. Ces derniers y participent en application d'une obligation déontologique⁴. Comme pour les médecins, la permanence donne lieu à l'établissement, dans chaque secteur, d'un tableau de garde établi pour une durée minimale de trois mois par le conseil départemental de l'ordre⁵.

- Enfin, la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)⁶ vise à permettre l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients, au sein d'un service hospitalier, postérieurement à sa prise en charge en urgence ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Elle est organisée localement par l'ARS, dont le directeur général arrête dans le cadre du schéma régional de santé un volet dédié à la PDSES évaluant les besoins de la population et fixant des objectifs, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation⁷.

B. La proposition de loi vise à étendre la permanence des soins ambulatoires aux sages-femmes et aux infirmiers

Le présent article, issu d'un amendement gouvernemental et de plusieurs amendements identiques, vise à introduire un principe de responsabilité collective des professionnels et établissements de santé à la permanence des soins et à étendre la PDSA aux sages-femmes et aux infirmiers diplômés d'État (IDE).

¹ Article R. 6315-3 du code de la santé publique.

² Article R. 6315-5 du code de la santé publique.

³ Article R. 6315-7 du code de la santé publique.

⁴ L'article R. 4127-245 du code de la santé publique dispose qu'« il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire. »

⁵ Article R. 6315-9 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 6111-1-3 du code de la santé publique.

⁷ Article R. 6111-41 du code de la santé publique.

Le 1° de l'article rétablit un article L. 1110-4-1 dans le code de la santé publique, pour prévoir que les établissements de santé, les établissements titulaires d'une autorisation de création, conversion et regroupement des activités de soins ou d'installation d'équipements matériels lourds, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les IDE sont **responsables collectivement de la PDES et de la PDSA**.

Le 2° modifie l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, relatif à l'organisation de la PDSA par les ARS. Celui-ci prévoira désormais que les modalités de la PDSA sont élaborées en association non plus seulement avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, mais également avec les ordres des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des infirmiers.

Le 3° modifie l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique pour prévoir que les établissements titulaires d'une autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds en application de l'article L. 6122-1 du même code peuvent être appelés, comme les établissements de santé, à assurer la PDES.

Enfin, le 4° complète l'article L. 6314-1 du code de la santé publique pour prévoir que les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et IDE ont vocation à concourir à la mission de service public de PDSA. Un décret fixe les modalités d'application de ce nouvel alinéa et notamment les modalités de rémunération des professionnels de santé concernés.

II - La position de la commission

Les dispositions du présent article avaient déjà été soumises à la commission lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. La commission, jugeant qu'elles ne trouvaient pas leur place dans un texte financier et que les conditions d'examen ne permettaient pas un débat serein sur des mesures pourtant structurantes, avait supprimé ces dispositions. Rétablies dans la suite de la navette parlementaire, celles-ci ont *in fine* été déclarées contraires à la Constitution par le Conseil constitutionnel, du fait qu'elles n'entraient pas dans le périmètre des lois de financement¹.

La commission est **favorable à une extension de la PDSA**, susceptible de contribuer à désengorger les services d'urgence hospitaliers et à améliorer la prise en charge en ville des soins non programmés. À cet égard, elle souhaite que l'ouverture de la PDSA aux infirmiers et aux sages-femmes permette à ces professionnels de santé, dans le respect de leurs champs de compétences, de contribuer à la prise en charge coordonnée des patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

¹ Décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022.

Interrogée à ce sujet, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a indiqué que le modèle économique, pour les sages-femmes, était en cours de définition (forfait astreinte, valorisation des actes...).

Les infirmiers, eux, peuvent déjà être sollicités à la demande du service d'aide médicale urgente (Samu) pour se rendre au domicile du patient appelant, y évaluer la situation, réaliser un acte infirmier ou dispenser de simples conseils. La Cnam indique, toutefois, que la participation à ces dispositifs, mis en place l'été dernier en réponse à l'embolie des services d'urgence hospitaliers, est demeurée faible : elle dénombre 550 infirmiers libéraux participants¹.

La commission souligne que l'incitation financière associée constituera un élément important dans l'attractivité du dispositif.

En revanche, la commission a regretté que ces dispositions soient, à nouveau et avec le soutien du Gouvernement, ajoutées au texte par voie d'amendement sans étude d'impact ni précision sur leur portée. Cette méthode favorise l'émergence d'inquiétudes au sein des professionnels de santé. La rapporteure souligne ainsi, à l'issue de ses auditions, que les dispositions du présent article introduisant dans le code de la santé publique un principe de « responsabilité collective » des professionnels de santé à la permanence des soins sont particulièrement mal comprises. Les médecins craignent que celles-ci remettent en cause le principe du volontariat, et l'ensemble des professionnels s'interrogent sur les conditions dans lesquelles cette « *responsabilité* » peut être engagée.

La commission a, en conséquence, adopté un **amendement COM-61** de sa rapporteure visant à supprimer du présent article les dispositions consacrant ce nouveau principe. Elle a en revanche conservé les autres dispositions visant, notamment, à étendre le champ de la PDSA en permettant aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers d'y participer.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ À titre de comparaison, la France comptait en 2022 plus de 120 000 infirmiers libéraux.

Article 4 quater

Valorisation de l'engagement territorial des médecins

Cet article propose d'inscrire dans le périmètre des conventions médicales la valorisation de l'engagement territorial des médecins en faveur de l'accès aux soins de proximité, de l'accès aux soins non programmés, de l'accès financier aux soins et des actions de santé en faveur de la population du territoire.

La commission a supprimé cet article, jugeant que les partenaires conventionnels étaient déjà libres de négocier une telle valorisation.

I - Le dispositif proposé

A. Le périmètre des conventions médicales régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux

- Les **conventions médicales** sont conclues par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) avec les syndicats représentatifs des médecins généralistes et spécialistes, pour une durée maximale de cinq ans¹. L'échéance de la convention médicale de 2016 ayant été reportée au 31 mars 2023 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021², des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention avec les médecins libéraux doivent par aboutir au premier trimestre 2023.

Les conventions conclues, une fois approuvées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale³, acquièrent les effets « *qui s'attachent aux dispositions réglementaires* »⁴ : elles s'imposent aux autorités administratives, aux tiers comme à l'ensemble des professionnels concernés, tant qu'ils n'ont pas fait connaître aux caisses primaires d'assurance maladie leur souhait de ne pas être régis par ces dispositions⁵.

- À l'origine concentré sur les questions relatives à la tarification des honoraires dus aux médecins, **le contenu des négociations conventionnelles s'est considérablement élargi**. Il inclut notamment, désormais :

- les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de **valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité**⁶ ;

¹ Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

² Article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

³ Article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

⁴ Conseil d'État, section, 9 octobre 1981, Syndicat des médecins de la Haute-Loire, n° 20026.

⁵ Article L. 162-15 du CSS.

⁶ 8° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions médicales.

- le cas échéant, **la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés**, pouvant porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels¹ ;

- les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur **participation à un cadre d'exercice coordonné**² ;

- depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023³, les conditions de **participation à la couverture des besoins de santé dans les zones sous-denses**⁴ et les conditions à remplir par les professionnels pour être conventionnés, relatives à leur formation, leur expérience et aux zones d'exercice⁵.

B. La proposition de loi vise à inclure dans ce périmètre la valorisation de l'engagement territorial des médecins

L'**article 4 quater**, issu d'un amendement de Stéphanie Rist et d'un amendement gouvernemental identique, adoptés en séance publique par l'Assemblée nationale, insère un nouvel article L. 4011-2-1 au sein du code de la santé publique, qui définit la notion d'« *engagement territorial des médecins* ». Ce dernier vise à « *assurer l'accès aux soins de proximité, l'accès aux soins non programmés, l'accès financier aux soins et les actions de santé en faveur de la population du territoire* ».

Au regard de cette définition comme de l'objet des amendements adoptés, semblent notamment participer de l'engagement territorial l'implication du médecin dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou dans le service d'accès aux soins (SAS), la modération tarifaire pour les médecins spécialistes de secteur 2, la participation à une structure d'exercice coordonné.

Le **II de l'article** complète l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions médicales pour prévoir que celles-ci déterminent les modalités de valorisation de l'engagement territorial des médecins. Il précise que celles-ci peuvent « *reposer notamment sur des rémunérations forfaitaires et des tarifs spécifiques de consultation* ».

¹ 22° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions médicales.

² 7° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale relatif au périmètre commun aux conventions professionnelles conclues avec l'assurance maladie.

³ Article 35 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

⁴ 9° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ 8° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission

La commission a accueilli ces dispositions avec une **grande circonspection**. Si elle souscrit évidemment à l'objectif de valoriser l'engagement des médecins en faveur de l'accès des patients aux soins non programmés, de la modération tarifaire et de la permanence des soins, elle s'interroge toutefois sur le calendrier d'examen et la portée de ces dispositions.

Elle observe, d'abord, que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a déjà modifié les dispositions du code de la sécurité sociale définissant le périmètre des conventions médicales et **regrette que le Gouvernement n'ait pas, à cette occasion, intégré une mesure présentée moins de six mois plus tard comme indispensable**.

Elle observe, au surplus, que les présentes dispositions ont suscité la colère de plusieurs syndicats de médecins, jugeant que celles-ci **interféraient avec les négociations de la prochaine convention médicale**. La Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) a d'ailleurs confirmé, lors de son audition, négocier avec les syndicats un « *contrat d'engagement territorial* » valorisant notamment le niveau de file active, le niveau de patientèle médecin traitant, l'emploi d'un assistant médical, l'exercice ou la réalisation de consultations avancées en zone particulièrement sous-dotée, la participation au SAS et à la PDSA, la participation aux missions d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), d'une équipe de soins primaires ou spécialisés.

La commission **s'interroge, enfin, sur la portée juridique de ces dispositions** et l'utilité d'un recours à la loi, dans la mesure où les conventions médicales peuvent d'ores et déjà prévoir les tarifs des honoraires, comme les rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels, la rémunération versée en contrepartie d'engagements individualisés. Elle observe que la négociation du contrat envisagé a commencé avant même l'examen de ces dispositions à l'Assemblée nationale et au Sénat.

En conséquence, jugeant que ces dispositions aggravaient inutilement le climat conflictuel de négociation de la prochaine convention médicale, la commission a adopté un amendement de sa rapporteure **COM-62** supprimant l'article 4 *quater* du texte transmis. Elle souligne toutefois être favorable à la rémunération de l'engagement des médecins en faveur de l'accès aux soins.

La commission a supprimé cet article.

Article 4 quinquies
**Simplification de la procédure de mise à jour
des protocoles de coopération nationaux**

Cet article vise à simplifier la procédure de mise à jour des protocoles de coopération nationaux.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les protocoles de coopération : un outil de partage de compétences à la main des professionnels

• Créés par la loi dite « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST) de 2009¹, les protocoles de coopération permettent à des professionnels de santé travaillant en équipe de s'engager, à leur initiative, dans une **démarche de coopération** pouvant impliquer des transferts d'activités ou d'actes de soins et de prévention, ou une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès des patients².

Les protocoles de coopération peuvent poursuivre plusieurs objectifs :

- autoriser les expérimentations dérogeant aux périmètres réglementaires de compétence des professions de santé et, possiblement, préparer leur généralisation ;

- sécuriser juridiquement, sans modification des décrets d'actes ou de compétence, les glissements de tâche observés sur le terrain.

• La conclusion de protocoles de coopération a été **encouragée ces dernières années**, et les **procédures simplifiées**. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019 a, notamment, distingué protocoles nationaux et protocoles locaux.

Les **protocoles nationaux** sont portés par le Comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI), qui émet des appels nationaux à manifestation d'intérêt pour inviter les professionnels de santé volontaires à participer à leur rédaction. Le protocole est, lorsqu'il est établi, autorisé sur l'ensemble du territoire national par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Les structures souhaitant le mettre en œuvre sont libres de le faire sur simple déclaration à l'agence régionale de santé (ARS)³.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Article L. 4011-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 4011-3 du code de la santé publique.

Les **protocoles locaux**, d'abord réservés aux établissements de santé et groupements hospitaliers de territoire¹, ont été étendus par la loi dite « *Rist* » d'avril 2021² au secteur médico-social³, aux équipes de soins primaires et spécialisés et aux communautés professionnelles territoriales de santé⁴ (CPTS). Ces protocoles ne sont valables, après déclaration au directeur général de l'ARS⁵, que dans les établissements, équipes ou CPTS qui en sont à l'initiative. Sur proposition du CNCI, ils peuvent toutefois être étendus à l'ensemble du territoire national par arrêté pris après avis de la HAS⁶.

B. La simplification de la mise à jour des protocoles nationaux portée par la proposition de loi

L'**article 4 quinquies** de la proposition de loi, issu d'un amendement gouvernemental et d'un amendement identique du groupe *Renaissance* adoptés par l'Assemblée nationale, vise à simplifier l'adaptation des protocoles nationaux.

Il modifie, pour cela, l'article L. 4011-3 du code de la santé publique relatif aux protocoles de coopération nationaux pour prévoir que le CNCI pourra, après consultation des conseils nationaux professionnels concernés et avis de la HAS, **adapter les protocoles autorisés** pour :

- les actualiser en fonction de l'évolution des recommandations de bonnes pratiques ;
- en modifier le périmètre d'exercice ;
- ou pour ajuster les modalités selon lesquelles les professionnels de santé sont autorisés à les mettre en œuvre.

Les protocoles ainsi adaptés devront à nouveau être autorisés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II - La position de la commission

Favorable au partage de compétences et à la coopération de professionnels travaillant en équipe, susceptibles de libérer du temps médical, la commission avait soutenu la refonte du cadre juridique des protocoles lors de l'examen de la loi de 2019.

Elle observe également avec satisfaction que les conseils nationaux professionnels, qu'elle avait souhaité associer aux travaux du CNCI, seront consultés préalablement à toute adaptation de protocole national.

¹ Article L. 4011-4 du code de la santé publique.

² Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

³ Article L. 4011-4-2 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 4011-4-1 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 4011-4-4 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 4011-4-6 du code de la santé publique.

Ces dispositions, susceptibles de faciliter l'adaptation des protocoles nationaux en dispensant le CNCI d'émettre un nouvel appel national à manifestation d'intérêt, garantissent la souplesse et l'adaptabilité du dispositif. Elles ont, en conséquence, été favorablement accueillies par la commission.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 4 sexies

Modification des niveaux de formation des préparateurs en pharmacie

Cet article propose de modifier les conditions permettant d'exercer les professions de préparateur en pharmacie ou de préparateur en pharmacie hospitalière.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : modifier les niveaux de formation et de qualification pour exercer en tant que préparateur en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière

A. La loi ne reconnaît la qualité de préparateur en pharmacie et en pharmacie hospitalière qu'aux détenteurs d'un brevet professionnel

1. Les conditions légales d'accès à ces professions

• Aux termes de l'article L. 4241-4 du code de la santé publique, **la qualité de préparateur en pharmacie n'est reconnue qu'à la personne titulaire d'un brevet professionnel**. Issu d'un décret du 10 septembre 1997¹, l'article D. 4241-3 du code de la santé publique prévoit les conditions de délivrance de ce diplôme. Pour se porter candidat à l'obtention du brevet professionnel de préparateur en pharmacie, les personnes doivent justifier de deux années d'activité professionnelle exercée dans une pharmacie, à temps plein ou à temps partiel, et d'une formation - apprentissage ou formation continue - d'une durée de huit cents heures.

L'article L. 4241-5 prévoit une commission comprenant des représentants de l'État, des pharmaciens et des préparateurs en pharmacie, qui est chargée de rendre un avis sur les textes réglementaires déterminant les conditions de délivrance du brevet professionnel.

L'article L. 4241-6 permet d'accéder à la qualité de préparateur sur autorisation du ministre de la santé après avis de la commission mentionnée ci-dessus.

¹ Décret n° 97-836.

- Aux termes de l'article L. 4241-13 du code de la santé publique, seuls les **titulaires du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière** peuvent avoir la qualité de préparateur en pharmacie hospitalière dans les établissements publics de santé ou au sein du service de santé des armées.

Un arrêté du 2 août 2006¹ prévoit que la **formation couronnée par le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière n'est accessible qu'aux seuls titulaires du brevet professionnel de préparateur en pharmacie**. La formation se déroule par la voie de la formation initiale, de l'apprentissage, de la formation professionnelle continue ou de la validation des acquis de l'expérience. La formation comprend 1 360 heures d'enseignement.

2. La montée en qualification des métiers de préparateurs en pharmacie

Ainsi que l'expose le Gouvernement à l'appui de l'amendement qui est devenu le présent article *« la réingénierie du diplôme de préparateur en pharmacie a été validée. Cela nécessite de procéder à la refonte du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière dont la reconnaissance en catégorie statutaire A depuis janvier 2022 requiert un niveau licence »*.

Les préparateurs en pharmacie hospitalière sont recrutés sur concours dans les établissements parmi les titulaires de ce diplôme. Depuis 2022, ils ont en effet été intégrés à la catégorie A de la fonction publique hospitalière conformément aux accords du Ségur².

Depuis 2021, un **diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST) de préparateur ou technicien en pharmacie** a été créé et permet de poursuivre par une licence professionnelle, laquelle, selon le Gouvernement, est en cours d'expérimentation³. En parallèle, la voie d'accès à la profession par le brevet professionnel a été refermée⁴.

B. Le présent article entend lever le verrou législatif et modifier le niveau de qualification pour l'exercice de la profession de préparateur en pharmacie

Le présent article, ajouté par un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale en séance publique, prévoit **de modifier les conditions permettant de se prévaloir de la qualité de préparateur en pharmacie et de préparateur en pharmacie hospitalière**.

¹ Arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière remplaçant l'arrêté du 26 avril 2001 portant création du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière et fixant ses conditions de formation et ses modalités de délivrance.

² Décret n° 2020-1174 du 25 septembre 2020 modifié par le décret n° 2022-625 du 22 avril 2022.

³ Dans le cadre du décret n° 2020-553 du 11 mai 2020.

⁴ Arrêté du 17 octobre 2022 portant abrogation de la spécialité « préparateur en pharmacie » du brevet professionnel.

- Le 1° propose une nouvelle rédaction des articles L. 4241-4 à L. 4241-6 du code de la santé publique. La qualité de préparateur en pharmacie est ouverte aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre délivré à la suite d'une formation, définis par voie réglementaire.

La nouvelle rédaction proposée de l'article L. 4241-5 renvoie à un décret le soin de fixer les conditions de délivrance de ces nouvelles qualifications. Ce décret n'est donc plus pris après avis de la commission dont la composition est moins détaillée par le dispositif proposé à l'article L. 4241-6 que ne l'est le droit existant. Cette commission reste chargée de se prononcer sur les autorisations individuelles d'exercer avant la décision du ministre.

- Le 2° du présent article **élargit l'accès à la qualité de préparateur en pharmacie hospitalière** aux titulaires de tout diplôme, certificat ou titre, nécessaires à l'exercice de la profession et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

II - La position de la commission

La rapporteure note que cet article supprime la mention expresse à un brevet professionnel pour se prévaloir de la qualité de préparateur en pharmacie. Le dispositif permettra ainsi, dans un premier temps, **d'autoriser la coexistence de plusieurs niveaux de diplôme** afin de permettre la montée en compétence du métier de préparateur en pharmacie.

L'entrée en vigueur de cet article doit, selon le Gouvernement, permettre aux **3 000 étudiants futurs diplômés du DEUST en juin 2023** d'exercer en tant que préparateurs. Eu égard à l'urgence de la situation, que le Gouvernement a lui-même provoquée, et qui pourrait être préjudiciable à ces diplômés qui souhaitent devenir professionnels de santé, **la rapporteure accueille favorablement cet article.**

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 4 septies

Extension des compétences des pédicures-podologues

Cet article propose de modifier les compétences des pédicures-podologues afin qu'ils puissent prescrire des orthèses plantaires, ainsi que prescrire des séances de soins adaptés et procéder à la gradation du risque podologique en cas de diabète.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'activité professionnelle des pédicures-podologues

L'article L. 4322-1 du code de la santé publique détermine les compétences des pédicures-podologues. Cet article prévoit leur monopole pour « *traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention chirurgicale* », à partir d'un diagnostic de pédicurie-podologie qu'ils établissent. Le deuxième alinéa de cet article dispose qu'ils peuvent « *confectionner et appliquer les semelles destinées à prévenir ou à soulager les affections épidermiques* ».

1. La reconnaissance partielle d'un pouvoir de prescription d'orthèses plantaires

Sur le fondement légal de l'article L. 4322-1, les pédicures-podologues ont ainsi compétence, en vertu de l'article R. 4322-1 du code de la santé publique, pour « *prescrire, sans prescription médicale préalable, des orthèses plantaires visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied* » ainsi que la DGOS le note.

La LFSS pour 2009¹ a permis aux pédicures-podologues de **renouveler des prescriptions médicales d'orthèses plantaires de moins de trois ans en les adaptant², quelle que soit la finalité thérapeutique de cette prescription**. L'article D. 4322-1-1 du code de la santé publique prévoit que ce renouvellement peut être exclu par le médecin par mention expresse dans l'ordonnance initiale. Le professionnel doit informer le médecin prescripteur ou, le cas échéant, un autre médecin désigné par le patient.

En dépit de ce pouvoir légal de renouvellement et d'adaptation de la prescription, la prise en charge par l'assurance maladie de cet acte ne fut effective que depuis la publication du décret du 12 août 2019³. L'ordre des pédicures-podologues, entendu en audition par la rapporteure, a ainsi regretté ce retard qui a vidé de son intérêt cette reconnaissance introduite en 2019. Selon l'ordre, cette absence de prise en charge « *induisait un retour systématique chez le médecin pour que le patient puisse s'assurer d'une prise en charge* ».

¹ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

² Article L. 4322-1 du code de la santé publique.

³ Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie.

2. Les compétences des pédicures-podologues dans la prise en charge du risque podologique en cas de diabète

Le risque podologique chez les patients diabétiques est classé selon quatre grades de 0 à 3.

Classification du risque podologique telle que recommandée par la HAS

Grade	Définition	Professionnels : fréquence de suivi
0	Absence de neuropathie sensitive	Dépistage du risque podologique (au moins une fois par an) Médecin généraliste, et/ou podologue et/ou diabétologue
1	Neuropathie sensitive isolée	Médecin généraliste (à chaque consultation) Diabétologue Podologue (tous les 6 mois et plus selon avis médical, ce nombre pouvant être adapté pour les patients en situation de handicap et pour la personne âgée) Infirmier
2	Neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou à une déformation du pied	Médecin généraliste (à chaque consultation) Diabétologue Podologue (tous les 3 mois pour les soins instrumentaux et tous les 6 mois pour soins orthétiques) Infirmier Médecine physique et réadaptation
3	Antécédent d'ulcération du pied évoluant depuis plus de 4 semaines et/ou d'amputation des membres inférieurs (voire une partie d'un orteil)	Mêmes professionnels et fréquence de suivi que pour le grade 2 + Centre spécialisé/centre de cicatrisation (bilan annuel) Soins instrumentaux podologiques (au moins tous les 2 mois) Soins orthétiques

Source : HAS, « Pour le médecin de premier recours : évaluation du risque podologique et traitement podologique pour un patient diabétique », Fiche outil n° 11, 26 novembre 2020

La Haute Autorité de santé recommande un dépistage annuel du risque podologique chez le patient diabétique¹. Lors de ce dépistage, le médecin réalise une gradation du risque selon le tableau ci-dessus. En cas de risque de grades 2 et 3, des séances de soins de prévention des lésions des pieds par le pédicure-podologue sont prescrites.

Toutefois, **la prise en charge par l'assurance maladie des séances de prévention du pied en cas de diabète n'est assurée, dans le cadre du forfait POD, que pour un risque de grade 2 ou 3 précisé par une prescription préalable du médecin**². La convention nationale des pédicures-podologues stipule que le pédicure-podologue doit effectuer un bilan diagnostic podologique préalable comprenant la gradation du pied.

Depuis mai 2021³, la convention prévoit la possibilité de facturer la séance initiale du forfait POD lorsque le patient, après le bilan diagnostic du pédicure-podologue, n'est finalement pas reconnu comme éligible aux séances du forfait prévention.

B. Le dispositif proposé

• Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par deux amendements identiques du Gouvernement et de la députée Annie Vidal, modifie l'article L. 4322-1 du code de la santé publique afin d'autoriser les pédicures-podologues à :

- au 1^o, **prescrire des orthèses plantaires**, sauf en cas d'avis contraire du médecin traitant ;

- au 2^o, à procéder à la **gradation du risque podologique en cas de diabète** ;

- à prescrire des **séances de soins adaptés aux patients diabétiques**.

Un compte rendu est alors adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé.

II - La position de la commission

• S'agissant des orthèses plantaires, dans le prolongement de la compétence accordée en 2009, le présent article propose d'étendre le pouvoir de prescription des pédicures-podologues. La prise en charge tardive des prescriptions renouvelées par des pédicures-podologues, et le manque de recul qui en résulte, obèrent la possibilité d'évaluer l'incidence de cette évolution législative. La Cnam note toutefois ne pas avoir « *constaté de mesure inflationniste en ce domaine* ».

¹ HAS, « Pour le médecin de premier recours : évaluation du risque podologique et traitement podologique pour un patient diabétique », Fiche outil n° 11, 26 novembre 2020.

² Arrêté du 24 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les pédicures-podologues libéraux et les caisses d'assurance maladie.

³ L'avenant n° 4 à la convention nationale des pédicures-podologues publié au JO du 31 décembre 2020) et décision Uncam du 4 mars 2021 (parue au JO le 12 mai 2021).

L'ordre des pédicures-podologue indique, quant à lui, que « *le bilan est favorable : cette mesure permet de simplifier et fluidifier le parcours du patient et confère ainsi au pédicure-podologue une reconnaissance de son expertise et de sa compétence prescriptive. Le lien avec le médecin initialement prescripteur est systématique et passe par la transmission du compte rendu de consultation* ». **La rapporteure partage cette analyse et souscrit à l'extension proposée au 1° du présent article.**

• S'agissant de la prise en charge du risque podologique chez le patient diabétique, la rapporteure constate que la Cnam, dans son rapport *Charges et produits de 2017*, notait un retard de prise en charge. Selon l'ordre des pédicures-podologues, **le bilan podologique médical du patient diabétique n'est pas toujours réalisé ou correctement évalué** – il présenterait souvent une gradation minorée – et « *n'est pas exploité ou réalisé à la hauteur des enjeux en matière de prévention des plaies et de morbidité liée à cette pathologie chronique* ».

Il est certain que les conditions de prise en charge des séances de prévention rend nécessaire le « *ré-adressage redondant du pédicure-podologue vers le médecin traitant* », selon les termes de l'ordre, lorsque la gradation ne correspond pas à la situation clinique. Les compétences de gradation directe du risque podologique et de prescription de séances de soins pourront donc simplifier le parcours du patient, accentuer la prévention et éviter les retards de diagnostic. Elles pourraient également contribuer à rendre du temps médical aux médecins.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 4 octies

Élargissement de l'autorisation reconnue aux opticiens-lunetiers d'adapter une prescription

Cet article entend permettre aux opticiens-lunetiers d'adapter une prescription médicale de verres correcteurs ou de lentilles de contact lors de la première délivrance de ces dispositifs médicaux, avec l'accord écrit du praticien prescripteur.

La commission a adopté cet article avec modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

Aux termes de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, les opticiens-lunetiers sont habilités à adapter, dans le cadre d'un renouvellement, **les prescriptions initiales de verres correcteurs ou de lentilles de contact en cours de validité**, sauf opposition du médecin.

Cette possibilité, s'agissant des lunettes, a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 tandis que la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a étendu cette compétence dans le cadre de lentilles¹.

Cette adaptation s'accompagne toutefois de certaines conditions déterminées par décret en vertu de l'article L. 4362-11. **Elle n'est possible qu'après réalisation d'un examen de la réfraction par l'opticien-lunetier et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance².** En outre, ce décret prévoit les délais suivant la prescription dans lesquels cette adaptation dans le cadre d'un renouvellement peut s'effectuer.

B. Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré, en séance publique à l'Assemblée nationale, par deux amendements identiques du député Frédéric Valletoux et du Gouvernement. Il vise à modifier l'article L. 4362-10 du code de la santé publique afin d'autoriser les opticiens-lunetiers à adapter la prescription de verres correcteurs ou de lentilles, **en cas de première délivrance des prothèses**, avec l'accord du prescripteur. Un sous-amendement de la rapporteure Stéphanie Rist a précisé que cet accord ne pouvait être qu'écrit.

III - La position de la commission

La rapporteure soutient l'adoption de cet article qui apporte une souplesse lors de la primo-délivrance des verres correcteurs et lentilles de contact qui existe déjà dans le cadre d'un renouvellement. Selon la DGOS, environ 12 % des lunettes sont renouvelées et le cas échéant, adaptées, chez l'opticien-lunetier qui détient donc une « *compétence de principe, déjà acquise par les professionnels et appliquée de longue date* ».

L'adaptation dans le cadre de la primo-délivrance doit toutefois se faire sous les mêmes conditions d'encadrement que lors d'un renouvellement de prescription. Sur proposition de sa rapporteure, la commission a adopté un **amendement COM-63** qui précise, par coordination avec l'article L. 4362-11 du code de la santé publique, que les conditions des adaptations doivent être déterminées par décret.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 et loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

² Articles D. 4362-11-1 et D. 4362-12-1 du code de la santé publique.

Article 4 nonies

**Adaptation des prescriptions d'orthèses plantaires
dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance**

Cet article propose d'autoriser les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les orthopédistes-orthésistes à adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires de moins de trois ans, sauf opposition du médecin.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

• Aux termes de l'article L. 4364-1 du code de la santé publique, les prothésistes et orthésistes, dont font partie **les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les orthopédistes-orthésistes, réalisent, sur prescription médicale, l'appareillage nécessaire aux personnes handicapées.**

L'article 17 de l'arrêté du 1^{er} février 2011 dispose que le professionnel de l'appareillage « exécute la prescription médicale. Il n'effectue de modification qui s'avérerait médicalement ou techniquement nécessaire au cours de sa fabrication, sur la conception de l'appareil par rapport à la prescription initiale, qu'après avoir obtenu l'accord du médecin prescripteur »¹.

Compétences des professionnels de l'appareillage

Au sens du code de la santé publique, l'appareillage « recouvre la conception, la prise de mesure avec moulage éventuel, la fabrication, l'essayage, la délivrance de l'appareil, le contrôle de sa tolérance et de son efficacité fonctionnelle immédiate, le suivi de l'appareillage, de son adaptation et ses réparations ».

Aux termes de l'article D. 4364-2 du CSP, **l'orthoprothésiste** « procède à l'appareillage orthopédique externe sur mesure avec prise d'empreinte ou moulage d'une personne malade ou handicapée [...] ». L'arrêté du 1^{er} février 2011 prévoit qu'ils « sont seuls autorisés à concevoir, fabriquer, adapter, délivrer et réparer les dispositifs médicaux sur mesure destinés au maintien, à la correction ou au remplacement » des membres inférieurs, supérieurs, du tronc et du cou au moyen d'orthèses ou de prothèses.

Aux termes de l'article D. 4364-3, le **podo-orthésiste** « procède à l'appareillage orthopédique sur mesure du pied, par chaussure orthopédique sur mesure et sur moulage, par appareil podojambier sur moulage pour chaussures de série ou orthopédiques, d'une personne malade ou handicapée ».

Enfin, l'article D. 4364-3 dispose que **l'orthopédiste-orthésiste** « procède à l'appareillage des personnes malades ou atteintes d'un handicap par appareillage orthétique ou orthopédique réalisé sur mesure ou par appareillage orthétique ou orthopédique de série ».

¹ Arrêté du 1^{er} février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées.

Les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les orthopédistes-orthésistes ne disposent pas, en l'état du droit, de la compétence de renouvellement de la prescription médicale, à la différence des pédicures-podologues (voir *supra*).

Le Conseil d'État a eu l'occasion de juger, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité soulevée par le Syndicat national de l'orthopédie française, que cette différence de traitement n'était pas inconstitutionnelle car, étant notamment « *fondée sur une différence de situation tenant à la formation et à l'étendue des compétences respectives de ces professionnels* »¹.

B. Le dispositif proposé

• Le présent article, adopté en séance publique à l'Assemblée nationale, issu d'un amendement du Gouvernement, autorise les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les orthopédistes-orthésistes à adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires de moins de trois ans, sauf opposition du médecin.

III - La position de la commission

Répondant à plusieurs questions écrites de sénateurs, le Gouvernement indiquait, en avril 2022, mener « *une réflexion sur l'ouverture aux orthopédistes-orthésistes du droit à renouvellement des prescriptions, de la même manière que les pédicures-podologues* »².

La rapporteure accueille favorablement ces dispositions qui doivent permettre de simplifier et de fluidifier le parcours de soins du patient. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) note, en réponse au questionnaire adressé par la rapporteure, que cette mesure permettra de « *désencombrer les cabinets médicaux avec des rendez-vous visant uniquement à réaliser un renouvellement de prescription et de prendre en compte les compétences des professionnels de l'appareillage* ».

La rapporteure relève que cet article résulte d'une demande ancienne des professionnels de santé concernés. Le Syndicat national de l'orthopédie française contestait, par contentieux, l'extension de compétences permise aux pédicures-podologues par la LFSS pour 2009³ en ce que cette dernière n'accordait pas le même droit aux orthopédistes-orthésistes.

La commission a adopté cet article sans modification.

¹ Conseil d'État, 1^{ère} - 4^{ème} chambres réunies, Syndicat national de l'orthopédie française, décision du 23 septembre 2020, n° 438690, Inédit.

² Réponse du ministère des solidarités et de la santé publiée dans le JO Sénat du 28 avril 2022.

³ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

Article 4 decies
Assistants de régulation médicale

Cet article vise à reconnaître les assistants de régulation médicale comme profession de santé en les intégrant à la quatrième partie du code de la santé publique.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les assistants de régulation médicale : une profession essentielle à l'orientation et la régulation

1. Un statut et une formation progressivement renforcés

• Les assistants de régulation médicale (ARM) sont chargés, au sein des services d'aide médicale urgente (Samu-centres 15) ou des services d'accès aux soins (SAS), de **participer à l'acte de régulation médicale sous la responsabilité du médecin régulateur**, en accueillant, écoutant et analysant chaque appel pour procéder à sa hiérarchisation.

Depuis 2011, les assistants de régulation médicale sont fonctionnaires de catégorie B de la fonction publique hospitalière et relèvent du **corps des assistants médico-administratifs**¹. Si ce dernier est en principe accessible, par voie de concours externe, aux candidats titulaires d'un baccalauréat, une formation diplômante au métier d'ARM a toutefois été mise en place, et la détention du diplôme est désormais nécessaire pour se présenter au concours dans sa branche « *assistance de régulation médicale* »².

• Le **diplôme d'ARM a été créé par décret en juillet 2019**³. Il est délivré par des centres de formation des assistants de régulation médicale (CFARM), agréés par le ministère de la santé pour une durée de cinq ans⁴. La formation doit permettre l'acquisition de quatre blocs de compétences nécessaires à l'exercice de la profession⁵ :

- traitement d'un appel dans les centres de réception et de régulation des appels installés dans les Samu ;

- mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande sur décision médicale ;

¹ Décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière.

² Décret n° 2020-1279 du 20 octobre 2020.

³ Décret n° 2019-747 du 19 juillet 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale.

⁴ Article 9 du décret n° 2019-747 précité.

⁵ Article 2 du décret n° 2019-747 précité.

- traitement des informations associées à la régulation, à la qualité, à la sécurité et à la vie du service ;

- appui à la gestion des moyens lors de la mise en œuvre des dispositifs prévisionnels de secours, en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle.

La formation dure une année scolaire et comporte 1 470 heures d'enseignement. Elle comprend des stages de découverte et des stages métier contribuant à l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des missions de l'ARM¹.

2. Des besoins de recrutement importants

- La mise en place progressive des SAS et la hausse du nombre d'appels induisent d'**importants besoins de recrutement**, mis en évidence par la mission flash pour les soins urgents et non programmés de l'été 2022.

Soulignant que 10 % des postes d'ARM étaient vacants, celle-ci recommandait, notamment, de « *faciliter le recrutement d'ARM* » en repoussant de décembre 2023 à décembre 2025 la date à laquelle tous les ARM devaient être certifiés suite à la mise en place du diplôme².

- D'après l'inspection générale des affaires sociales (Igas), en 2022, la France comptait 2 427 équivalents temps plein d'ARM exerçant au sein des Samu, et le ministère estimait à 400 ARM au moins le besoin supplémentaire pour répondre à l'augmentation des appels et permettre la généralisation des SAS³.

B. La proposition de loi vise à reconnaître les assistants de régulation médicale comme profession de santé

L'**article 4 *decies*** vise à reconnaître les assistants de régulation médicale comme profession de santé, en l'intégrant au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique réunissant auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

Ainsi, le **1° de l'article** modifie l'intitulé du livre III, pour y intégrer les ARM et le **a) du 2°** modifie dans le même sens l'intitulé du titre IX réunissant les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers et les assistants dentaires.

¹ Article 4 du décret n° 2019-747 précité.

² Mission flash sur les urgences et soins non programmés, juin 2022, recommandation n° 2.

³ Igas, Évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022, septembre 2022.

Le **b) du 2°** ajoute au sein de ce titre un chapitre III *ter* relatif aux assistants de régulation médicale, comprenant sept nouveaux articles prévoyant classiquement :

- que la profession peut être exercée par les titulaires du diplôme d'ARM ;

- les compétences de la profession : recevoir les appels, sous la responsabilité d'un médecin régulateur, dans un SAS ou un Samu, contribuer à leur traitement optimal et apporter un appui à la gestion des moyens et au suivi des appels et interventions ;

- les conditions dans lesquelles les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) peut être autorisé individuellement à exercer la profession en France ;

- les conditions dans lesquelles l'ARM peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré ;

- les conditions dans lesquelles un ARM ressortissant d'un État membre de l'UE ou d'un autre État partie à l'EEE peut exécuter en France des actes professionnels de manière temporaire ou occasionnelle ;

- que les ARM doivent posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France ;

- qu'un décret en Conseil d'État précise les dispositions relatives à l'autorisation d'exercice ou aux prestations occasionnelles de service des ressortissants d'un État membre de l'UE ou d'un autre État partie à l'EEE.

Le **3° de l'article 4 *decies*** insère au sein du chapitre IV, relatif aux dispositions pénales, un nouvel article L. 4394-5 prévoyant que l'usage sans droit de la qualité d'ARM ou d'un diplôme, certificat ou autre titre légalement requis pour l'exercice de la profession est puni comme le délit d'usurpation.

Enfin, le **II de l'article** prévoit que les dispositions insérées réservant l'exercice de la profession aux titulaires du diplôme d'ARM n'entreront en vigueur que le 1^{er} janvier 2026.

II - La position de la commission

La reconnaissance comme profession de santé est très attendue des ARM et susceptible de favoriser l'attractivité de la profession, pour laquelle les besoins de recrutement sont importants. La généralisation des SAS, souhaitée par le Gouvernement, devrait encore alimenter ces besoins. Enfin, les dispositions encadrant la profession sont identiques à celles encadrant classiquement les professions paramédicales. Dans ces conditions, la rapporteure a invité la commission à adopter cet article.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 4 undecies

Extension du renouvellement de traitements chroniques par le pharmacien

Cet article permet au pharmacien, dans le cas d'une ordonnance expirée, de renouveler exceptionnellement un traitement chronique pour une période globale étendue à trois mois.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'état du droit

• L'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹, permet aux pharmaciens, à titre exceptionnel, et sous réserve d'en informer le médecin prescripteur, de dispenser à des patients atteints d'une pathologie chronique les médicaments nécessaires à la continuité de leur traitement, après l'expiration de leur l'ordonnance. Jusqu'en 2022, cette dispensation prévue par la loi était limitée à **une seule boîte de médicaments par ligne d'ordonnance**.

Par dérogation, durant la crise sanitaire de la covid-19 et le premier confinement, le pouvoir réglementaire a permis aux pharmaciens d'officine de dispenser des médicaments nécessaires à un traitement chronique pour une période d'un mois².

L'article 78 de la LFSS pour 2022³, à l'initiative du Sénat, a pérennisé cet assouplissement **en remplaçant par une dispensation maximale d'un mois de traitement la limite tenant à la délivrance d'une seule boîte par ligne d'ordonnance**. L'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique a également été modifié pour inclure les dispositifs médicaux dans ce renouvellement de traitement chronique.

¹ Article 64 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, inséré à l'initiative d'un amendement sénatorial au PLFSS.

² Article 6 de l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 et article 4 de l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

B. Le dispositif proposé : une extension des dispositions adoptées récemment

• Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement, propose d'étendre la possibilité donnée au pharmacien de dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue par une ordonnance expirée, le traitement d'une pathologie chronique.

Le 1° du I propose d'autoriser le renouvellement d'une ordonnance expirée pour **une durée totale maximale de trois mois, toujours par délivrance d'un mois.**

Le 2° du I précise que l'information au médecin prescripteur doit se faire selon des **moyens de communication sécurisés.**

En conséquence, le II modifie l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale afin de prévoir la prise en charge par l'assurance maladie du traitement ainsi dispensé par les pharmaciens.

II - La position de la commission

La rapporteure souscrit au dispositif du présent article qui vise à éviter les interruptions de traitement d'un patient. Ce dispositif, qui demeure à titre exceptionnel, pourrait être utile dans des cas de force majeure. À titre illustratif, les situations dans lesquelles un patient ayant déménagé n'est en mesure ni de demander une nouvelle ordonnance à son médecin traitant ni de pouvoir trouver un nouveau médecin traitant peuvent se prolonger au-delà d'un mois.

En outre, les conditions tenant à l'information obligatoire du médecin prescripteur par messagerie sécurisée et à un maintien de chaque délivrance pour un mois de traitement au maximum, sont suffisamment encadrées.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 4 duodecies

Demande de rapport sur la consultation des spécialistes sans adressage

Cet article vise à demander un rapport au Gouvernement sur la pertinence de supprimer l'adressage préalable du médecin traitant pour consulter un autre médecin afin de bénéficier du taux plein de prise en charge par l'assurance maladie.

La commission a supprimé cet article.

I - Depuis 2004, un adressage du médecin traitant vers les autres médecins conditionne le niveau de prise en charge par l'assurance maladie

A. La coordination du parcours de soins résultant de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

La loi du 13 août 2004¹ a remplacé le dispositif existant de médecin référent² par une coordination du parcours de soins autour du médecin traitant. L'article 7 fait obligation à tout patient de déclarer à sa caisse d'assurance maladie un médecin traitant qu'il choisit avec l'accord du praticien³. Ce médecin peut être autant un généraliste qu'un spécialiste.

Pour inciter au respect d'un parcours de soins coordonné autour de ce médecin désigné, **le ticket modérateur payé par l'assuré social⁴ est majoré lorsque ce dernier ne déclare pas de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant.**

Deux finalités ont guidé la mise en place de cet adressage par le médecin traitant. D'une part, il s'agissait de favoriser le suivi et la coordination des soins par un même praticien ainsi que le mentionne l'exposé des motifs de la loi de 2004. D'autre part, cet adressage participe à **la maîtrise médicalisée des dépenses de santé**. L'incitation à la responsabilisation du patient passe par une pénalisation à travers une moindre prise en charge par l'assurance maladie.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

² Ce dispositif mis en place par la convention des médecins généralistes du 4 décembre 1998 prévoyait que l'assuré social pouvait opter pour un médecin généraliste référent. Il bénéficiait alors du tiers payant contre l'engagement de ne pas consulter d'autre généraliste en dehors de circonstances exceptionnelles.

³ Codifié à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

B. Le dispositif propose : une demande de rapport sur la pertinence de cet adressage

Le présent article, inséré par un amendement du député Joël Aviragnet (Socialistes - Nupes), demande la remise d'un rapport au Parlement sur le mécanisme de conditionnement de la prise en charge par l'assurance maladie d'une consultation d'un médecin spécialiste à un adressage préalable par un médecin généraliste, mis en place par la loi du 16 août 2004. L'article doit certainement être entendu comme visant l'adressage par le médecin traitant tel qu'il a été exposé ci-dessus.

III - La position de la commission

Sur proposition de la rapporteure (**amendement COM-64**), la commission a supprimé cet article conformément à sa doctrine sur les demandes de rapport au Gouvernement mais également en raison de **son attachement à la coordination du parcours de soins autour du médecin traitant**. Bien que peu normatif, cet article serait loin de témoigner sa confiance aux médecins traitants comme les syndicats de médecins ont pu le noter lors des auditions menées par la rapporteure.

La commission a supprimé cet article.

Article 4 terdecies

Expérimentation d'une compétence des pharmaciens biologistes pour réaliser des prélèvements cervico-vaginaux

Cet article propose d'autoriser, à titre expérimental, les pharmaciens biologistes à pratiquer des prélèvements cervico-vaginaux dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

La commission a adopté cet article avec modification.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : permettre aux pharmaciens de réaliser des prélèvements cervico-vaginaux

• L'exercice illégal de la médecine ne s'applique pas aux pharmaciens biologistes pour la réalisation des examens de biologie médicale¹. L'article L. 6211-1 du code de la santé publique définit « *un examen de biologie médicale [comme] un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic [...] hormis les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, exécutés par des médecins spécialistes dans ce domaine* ».

¹ En application du dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique.

Les frottis du col de l'utérus pour le dépistage du cancer sont référencés comme examen de cytologie pathologique au sein de la nomenclature de biologie médicale (NABM)¹. Il résulte de ces dispositions que **les prélèvements cervico-vaginaux ne peuvent être réalisés par des pharmaciens biologistes**, comme l'a confirmé la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

• Le présent amendement a été inséré par un amendement de la députée Prisca Thévenot (Renaissance), dont la recevabilité financière a été couverte par le Gouvernement. Il propose d'autoriser, à titre expérimental, **les pharmaciens biologistes à pratiquer des prélèvements cervico-vaginaux dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus**. Cette expérimentation pourrait être conduite dans cinq départements pour deux ans et demi et serait clôturée par une évaluation sous la forme d'un rapport remis au Parlement.

III - La position de la commission

Aux termes de l'article L. 6213-1, **la qualité de biologiste médical est reconnue aux docteurs en médecine ou en pharmacie détenant un diplôme d'études spécialisées en biologie médicale (DESBM)**. Ce DES est donc ouvert indifféremment aux étudiants en médecine ou en pharmacie et les enseignements suivis lors de ce cursus de quatre ans sont identiques pour les médecins et les pharmaciens².

Dans les laboratoires de biologie médicale, les pharmaciens biologistes peuvent réaliser, au même titre que les médecins, tous les examens de biologie médicale y compris des prélèvements vaginaux.

La rapporteure note qu'en dehors des médecins, d'autres professionnels de santé peuvent réaliser des frottis cervico-vaginaux. Outre la sage-femme dans le cadre du suivi gynécologique, la compétence a été étendue aux infirmiers des centres de santé dans le cadre de protocoles de coopération avec un médecin³.

Les pharmaciens biologistes détiennent des compétences qui pourraient également être mises à profit pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le maillage en laboratoires de biologie médicale et le nombre de pharmaciens biologistes, qui constituent la majorité des biologistes médicaux, pourraient contribuer à atteindre les objectifs de santé publique fixés dans le cadre du plan cancer 2014-2019, à savoir diminuer l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % en 10 ans et couvrir 80 % de la population ciblée par le programme de dépistage organisé.

¹ Code 0013 – désignation : examen cytopathologique de frottis du col de l'utérus pour dépistage individuel.

² Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

³ Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé ».

Pour toutes ces raisons, la rapporteure soutient cet article et s'interroge sur le bien-fondé de maintenir le dispositif sous une forme expérimentale. La commission a adopté un **amendement rédactionnel COM-65** de la rapporteure.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5 (suppression maintenue)
Gage financier

Cet article gage les conséquences financières de l'adoption de la présente proposition de loi.

La commission a maintenu la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

L'**article 5** gage au **I** l'incidence de la proposition de loi sur les finances de la sécurité sociale et, au **II**, sur l'État, par majoration à due concurrence de l'accise sur les tabacs.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Un amendement gouvernemental visant à supprimer l'article 5 de la proposition de loi a été adopté en séance publique par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

La commission a maintenu la suppression de cet article.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 8 février 2023, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport de Mme Corinne Imbert, rapporteure, sur la proposition de loi n° 263 (2022-2023) portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous passons à l'examen de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cette proposition de loi a été déposée en octobre dernier par la députée Stéphanie Rist, et adoptée par l'Assemblée nationale le 19 janvier. Affichant l'ambition d'améliorer l'accès aux soins par la confiance entre professionnels de santé, le texte a au contraire opposé ces dernières semaines les professions entre elles et suscité d'importantes inquiétudes. Très attendu des professions paramédicales dont il valorise les compétences, il suscite, à l'inverse, la colère des syndicats de médecins, qui jugent que certaines de ses dispositions désorganisent le parcours de soins, présentent un risque de dégradation de la qualité des prises en charge et, *in fine*, de perte de chances pour les patients.

Dans ce contexte tendu, le Gouvernement a jugé bon d'inscrire cette proposition de loi à l'ordre du jour des travaux du Sénat dès le 14 février prochain, laissant à la commission moins de deux semaines pour examiner un texte sensible, largement amendé en séance publique à l'Assemblée nationale. Le Gouvernement profite d'un véhicule législatif d'initiative parlementaire pour insérer diverses dispositions sans étude d'impact, sans cohérence d'ensemble ni vision à long terme. L'examen intervient, de surcroît, concomitamment aux négociations de la prochaine convention médicale et contribue à en aggraver l'âpreté. Le moment aurait-il pu être plus mal choisi ? Il est difficile de l'imaginer.

Un mot enfin de la seconde ambition : l'amélioration de l'accès aux soins. Ne nous berçons pas de chimères, ce texte oppose à un problème structurel des réponses parcellaires et ne permettra pas de résoudre les graves difficultés auxquelles certains de nos concitoyens sont confrontés. La démographie des médecins ne va pas s'améliorer de sitôt, les professionnels de santé mettront plusieurs années avant de s'approprier de telles innovations et les patients pourront se sentir désorientés.

Malgré ces vents contraires, il nous faut bien examiner ce texte afin de faire entendre la voix de notre commission. Je vous proposerai une approche équilibrée, consistant à adopter les mesures de ce texte les mieux à même de fluidifier le parcours du patient et de valoriser les compétences des professionnels de santé, tout en l'amendant chaque fois que cela apparaît nécessaire pour garantir la sécurité des soins comme pour conserver le rôle central du médecin dans la coordination et le suivi des patients. C'est sur cet équilibre que se construit la confiance entre les professionnels de santé. Mais celle-ci ne se décrète pas par la loi, elle se construit dans le temps.

Le premier volet de ce texte, sans doute le plus conflictuel, concerne l'accès direct à trois professions paramédicales exerçant aujourd'hui sur prescription dans le cadre du parcours de soins : les infirmiers en pratique avancée (IPA), les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.

L'article 1^{er} entend revaloriser la profession d'IPA en l'autorisant, d'abord, à prendre en charge les patients sans adressage préalable d'un médecin, à l'hôpital, en établissement médico-social ou en ville, lorsque l'IPA exerce en structure d'exercice coordonné. Il assortit cette autorisation de conditions permettant d'assurer l'information du médecin traitant. Enfin, il autorise la primo-prescription par les IPA de produits et prestations soumis à prescription médicale obligatoire.

Bénéficiant d'une formation de deux ans supplémentaires et d'une expertise dans l'un des cinq domaines d'intervention aujourd'hui reconnus, les IPA apportent, à l'hôpital comme en ville, un appui précieux aux équipes de soins que les auditions ont permis de confirmer. Autorisée en 2018, la profession n'a connu jusque-là qu'un développement limité : la France ne comptait l'été dernier qu'environ 1 700 IPA et moins de 200 d'entre eux exerçaient en libéral. Le nombre insuffisant de patients confiés par les médecins constitue l'un des obstacles au développement de la profession les plus fréquemment mis en avant.

Si contrairement à l'ambition affichée, ces dispositions ne résoudront donc pas, à court terme, les difficultés d'accès aux soins dans nos territoires, elles contribueront toutefois à renforcer l'attractivité et la reconnaissance de la profession comme à faciliter les prises en charge. C'est pourquoi je vous proposerai de les adopter, tout en veillant à ce que l'accès direct s'exerce en étroite coordination avec les autres professionnels de santé et avec le médecin en le réservant, en ville, aux structures les plus intégrées qui partagent une patientèle commune. La primo prescription de produits et prestations à prescription médicale obligatoire ne pourra, elle, être autorisée qu'après avis de l'Académie nationale de médecine et de la Haute Autorité de santé (HAS).

L'article 1^{er} vise également à restructurer la profession en créant deux catégories d'IPA, spécialisés et praticiens. Ces dispositions n'étant pas adaptées au modèle français de pratique avancée infirmière tel qu'il s'est développé ces dernières années, et les organisations d'IPA elles-mêmes y étant opposées, je vous proposerai de les supprimer.

Les articles 2 et 3 visent à permettre également aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes d'exercer sans prescription médicale préalable, dans les mêmes conditions que pour les IPA. Là encore, je vous proposerai de mieux encadrer l'accès direct envisagé, en le réservant en ville aux structures les plus intégrées. Dans le même objectif et pour répondre aux inquiétudes exprimées par les médecins, je vous soumettrai également un amendement proposant de réduire le nombre maximal de séances de masso-kinésithérapie accessibles sans diagnostic médical préalable, porté à dix en séance publique à l'Assemblée nationale : il me semble préférable de le ramener à cinq.

Un second volet de la proposition de loi vise à étendre les compétences des professionnels de santé.

Ainsi, l'article 1^{er bis} autorise les infirmiers à prendre en charge la prévention et le traitement de plaies, y compris par la prescription d'examens complémentaires et de produits de santé définis, et l'article 2 *bis* autorise les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire une activité physique adaptée. Je vous proposerai de mieux encadrer ces dispositions, notamment en prévoyant que la HAS rende un avis sur le périmètre et les conditions des prescriptions envisagées.

L'article 4 entend confier de nouvelles compétences à des assistants dentaires dits de niveau II. Leurs missions, actuellement circonscrites à de la pure assistance du praticien, seraient étendues à une contribution active aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins post-chirurgicaux. Sous la responsabilité et le contrôle effectif du chirurgien-dentiste, l'assistant dentaire pourrait ainsi réaliser du détartrage, enlever des points de suture sans difficulté... L'article 4 ne crée donc pas un nouveau professionnel, mais distingue deux paliers au sein de la profession d'assistant dentaire, créant ainsi une perspective d'évolution de carrière pour ce métier.

Les compétences au cœur de l'article devront être acquises à l'issue d'une formation spécifique dont la maquette est discutée par la branche professionnelle et le ministère. Afin de bien préciser que seuls les assistants dentaires de niveau II pourront réaliser les nouvelles missions, je vous proposerai de conditionner l'exercice de ces activités à l'obtention du certificat de qualification professionnelle appropriée.

L'article 4 *bis* complète le dispositif par un encadrement bienvenu. Afin d'éviter toute dérive, il vise à limiter le nombre d'assistants dentaires de niveau II, dans une structure, au nombre de chirurgiens-dentistes. Certains centres de santé dentaire, peu scrupuleux, pourraient être tentés d'utiliser le biais de ces assistants dentaires pour réduire encore le nombre de praticiens exerçant effectivement dans les centres. Afin de renforcer ce contrôle, je proposerai un amendement pour que cette limitation s'applique sur un site d'exercice et non à l'échelle de la structure, et au regard du nombre de chirurgiens-dentistes effectivement présents.

D'autres articles élargissent les compétences reconnues à certains professionnels de santé sans modification en profondeur des professions.

Les pédicures-podologues se voient ainsi reconnaître par l'article 4 *septies* le pouvoir de prescription d'orthèses plantaires, de gradation du risque podologique et de prescription des séances de soins adaptés en cas de diabète. Ces compétences permettront de fluidifier le parcours de soins des patients et d'éviter les retards de prise en charge du risque podologique pour les patients diabétiques, que la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) avait, par exemple, constatés dans un rapport de 2017. Je vous proposerai donc d'adopter cet article.

L'article 4 *octies* permet aux opticiens-lunetiers d'adapter une prescription médicale de verres correcteurs ou de lentilles de contact lors de la première délivrance de ces dispositifs médicaux, avec l'accord écrit du praticien prescripteur. Je vous proposerai d'adopter l'article amendé afin de prévoir que les conditions d'adaptation sont précisées par décret. Tel est le cas pour les adaptations de prescription qu'ils peuvent déjà réaliser dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance.

Enfin, l'article 4 *terdecies* autorise, à titre expérimental, les pharmaciens biologistes à pratiquer des prélèvements cervico-vaginaux pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Je vous proposerai de soutenir cet article, avec le regret qu'il ne s'agisse là que d'une expérimentation. Les biologistes médicaux, qu'ils soient pharmaciens ou médecins, détiennent, en effet, des niveaux de qualification équivalents. Lever cette différence de traitement dans leurs compétences me paraît être souhaitable afin de renforcer les efforts dans la prévention de ce cancer.

Une troisième partie de la proposition de loi concerne l'organisation du parcours de soins.

L'article 4 *ter* vise à permettre aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux infirmiers de concourir à la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Je vous proposerai d'adopter cet article, susceptible d'améliorer l'accès aux soins non programmés pendant les heures de fermeture de cabinet, après suppression des dispositions proclamant un principe de responsabilité collective. Cette notion ambiguë, dont le ministère a peine à nous expliquer la portée, suscite l'inquiétude des professionnels.

L'article 4 *quater* définit la notion d'engagement territorial des médecins et prévoit que celui-ci est valorisé dans des conditions définies par les conventions médicales. Ces dispositions apparaissent dénuées de portée dans la mesure où les partenaires conventionnels sont d'ores et déjà en mesure de rémunérer la participation des médecins à la permanence des soins, la modération tarifaire des spécialistes de secteur 2 ou l'exercice coordonné. Elles interfèrent inutilement avec les négociations en cours. Aussi, je vous soumettrai un amendement visant à les supprimer.

En revanche, et pour rendre du temps médical utile aux médecins, je vous proposerai, avec Élisabeth Doineau, un amendement visant à lutter contre les rendez-vous médicaux non honorés. Notre dispositif propose de confier à la convention médicale le soin de déterminer une indemnisation du médecin à qui un patient fait faux bond sans raison légitime. Cette indemnisation serait mise à la charge du patient responsable afin de responsabiliser les assurés sociaux. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pourra, par exemple, déduire la somme des remboursements ultérieurs versés au patient.

Je vous proposerai également d'adopter l'article 4 *quinquies*, visant à faciliter la mise à jour des protocoles de coopération nationaux par le comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux, après consultation des conseils nationaux professionnels concernés et avis de la HAS.

Enfin, deux articles concernent le statut de certaines professions et leurs conditions d'exercice.

L'article 4 *sexies* modifie les conditions de qualification permettant l'exercice des professions de préparateur en pharmacie et pharmacie hospitalière. Ces professions ne sont accessibles, en droit, qu'à la personne titulaire du brevet professionnel. Or, un diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (Deust) de préparateur ou technicien en pharmacie a déjà été créé dans une optique de montée en qualification de la profession. Je vous invite à voter cet article dont l'adoption est nécessaire pour permettre aux étudiants déjà engagés dans le Deust de pouvoir exercer à la fin de leur cursus.

De même, je vous proposerai d'adopter l'article 4 *decies*, qui vise à reconnaître les assistants de régulation médicale (ARM) comme professionnels de santé et devrait contribuer à améliorer l'attractivité d'une profession concentrant d'importants besoins de recrutement.

Je vous propose donc d'aborder ce texte de manière pragmatique. Il convient de retenir les mesures qui apportent des améliorations attendues sur le terrain par les professionnels de santé, mais de mieux encadrer, en revanche, les dispositions qui risquent de désorganiser inutilement le système de santé. Ainsi amendée, je vous invite à adopter la proposition de loi.

Il me revient enfin de vous proposer un périmètre pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution. Je considère qu'il comprend des dispositions relatives aux pratiques avancées des auxiliaires médicaux, aux conditions d'exercice des professions de santé, aux compétences des professionnels de santé, et aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

En revanche, j'estime que n'auraient aucun lien, même indirect avec le texte déposé, des amendements relatifs aux régimes sociaux et fiscaux s'appliquant aux professionnels de santé, ainsi qu'à l'organisation de l'hôpital et aux statuts des structures d'exercice.

Il en est ainsi décidé.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous avons demandé le report de l'examen du texte au Sénat, car le débat est hystérisé ; le Gouvernement nous l'a refusé. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2023 comprend un article sur l'expérimentation de l'accès direct aux IPA. On lance une expérimentation en décembre pour la pérenniser en janvier !

On nous fait également revenir ici sur des questions abordées il y a quelques mois seulement, lors des débats relatifs au PLFSS. L'article 35 de la LFSS prévoit déjà qu'une négociation conventionnelle s'attache à répondre aux besoins d'organisation des soins sur le territoire.

Dans ce contexte particulier, nous avons trouvé un bon équilibre par rapport aux demandes des professionnels de santé, notamment quant au risque de désorganisation locale du système de soins. Au lieu de permettre l'accès direct aux professions paramédicales au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), nous préférons le limiter aux structures les plus intégrées : maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, équipes de soins. Nous avons répondu à de nombreuses interrogations.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Je salue le travail de la rapporteure, réalisé dans un temps contraint. Elle a rencontré de nombreux professionnels, qui nous ont éclairés sur leur ressenti sur cette proposition de loi, partie d'une bonne intention, mais qui intervient dans un contexte de démographie médicale déclinante.

Cette proposition de loi a été adoptée à une très large majorité à l'Assemblée nationale. Elle nous est imposée au moment où se déroulent les négociations conventionnelles avec les médecins. Même si ce texte n'est pas le seul sujet de discordance – il y a aussi la revalorisation des consultations –, il a été un détonateur. Je me suis longuement interrogée sur l'opportunité de l'examiner au moment des négociations entre la Cnam et les médecins, alors que celles-ci redéfinissent pour cinq ans leurs conditions d'exercice et de rémunération.

La médecine de ville supporte de moins en moins bien le contexte actuel, avec la permanence des soins, l'installation en zone sous-dense, les mesures coercitives... Tout est organisé pour décourager les médecins, les futurs médecins et les vocations en médecine générale. Toutes ces propositions de loi accentuent le climat délétère pour la médecine de ville. Une pause s'impose.

Nous avons deux attentes : améliorer l'accès aux soins, dégradé sur de nombreux territoires, et valoriser les compétences des professionnels de santé paramédicaux. J'avais déposé des amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) en ce sens. La deuxième attente répond-elle à la première ? Lorsqu'on manque de médecins sur un territoire, on manque aussi souvent d'infirmières, de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes... Il aurait été plus judicieux d'appeler la proposition de loi autrement.

L'année dernière, le Comité de liaison des institutions ordinaires (Clio) a mobilisé les ordres professionnels et a appelé à approfondir l'interprofessionnalité. Il a proposé deux axes complémentaires : avec un médecin traitant, développer les partages d'actes et d'activité en équipes de soins primaires dans chaque territoire ; sans médecin traitant, confier aux autres professionnels de santé l'orientation du patient dans le système de santé en assurant une première prise en charge. Nous avons salué cette avancée presque inattendue, montrant une vraie concertation entre les professionnels de santé.

Dans le cadre des PLFSS, j'ai proposé de valoriser les compétences des sages-femmes, des IPA et des professions paramédicales. Cette reconnaissance doit leur être accordée, en insistant sur la pluridisciplinarité, la coordination des soins, l'appartenance à une équipe de soins primaires. La confiance ne s'improvise pas, mais se construit autour des responsabilités de chacun.

J'ai souvent plaidé la cause des orthophonistes. Tous les conseils départementaux font réaliser un bilan de santé des enfants en moyenne section de maternelle. En cas de problèmes orthophoniques, le médecin de protection maternelle et infantile (PMI) renvoie au médecin traitant pour obtenir une ordonnance. Ne peut-on pas faire sauter cette visite, pour réduire le nombre de consultations ? De même pour un adulte : les difficultés sont souvent déjà identifiées lors d'examens médicaux en cas d'accident ou de maladies dégénératives. Fluidifions et simplifions la prescription pour se rendre chez l'orthophoniste, de même que chez d'autres professions.

J'ai déposé avec Mme Imbert un amendement sur les consultations non honorées. Selon les médecins, cela correspondrait à 4 000 équivalents temps plein (ETP). Il est important de responsabiliser les patients. Il est inacceptable que certains patients prennent plusieurs rendez-vous et n'en honorent pas une partie sans s'excuser.

M. Bernard Jomier. – Mon intervention vaudra explication sur les amendements. Je remercie la rapporteure qui s’est attelée à une mission impossible : déminer un champ de mines, en respectant les uns et les autres. Ne nous y trompons pas, c’est un texte gouvernemental : le Gouvernement déclare la priorité sur une proposition de loi de la rapporteure générale de l’Assemblée nationale, qui a une filiation avec le premier texte de Stéphanie Rist déposé lors de la législature précédente. Le Gouvernement, depuis 2017, procède dans un irrespect total des corps intermédiaires, et encourage à légiférer sur un sujet particulièrement sensible alors que des négociations sont en cours. En conséquence, l’ensemble des organisations professionnelles, quelle que soit leur sensibilité, ont quitté la table. Les négociations conventionnelles s’arrêteront, règlementairement, en avril : il suffisait de reporter de deux à trois mois ce texte, que le Sénat l’examine en mai, pour que nous puissions délibérer dans des conditions acceptables. Le Gouvernement a refusé, malgré la demande de la présidente de la commission...

Mme Catherine Deroche, présidente. – ... et du président du Sénat !

M. Bernard Jomier. – Le Gouvernement s’entête donc à semer le désordre dans un irrespect total des organisations et de la vie conventionnelle. C’est un grave problème. Au lieu de vouloir résoudre les difficultés, il monte les professions les unes contre les autres, faisant l’inverse de notre travail ; je remercie tous les sénateurs d’avoir adopté la loi sur le ratio patients-soignants à l’hôpital. Toutes les professions hospitalières, qui n’étaient initialement pas toutes favorables au texte, ont fini par le soutenir grâce aux débats.

Il y a deux façons de faire de la politique : rassembler autour de la résolution d’un problème, ou diviser. Le Gouvernement a fait le choix irresponsable de diviser alors que la pénurie de médecins appelle à une meilleure utilisation des compétences de chacun. On ne gère pas la pénurie par la désorganisation, au contraire !

Nous ne voulons pas nous poser en défenseur des uns ou des autres, mais nous défendons la meilleure qualité de soins pour notre population. Cela passe par une utilisation optimisée des compétences.

Nous suivrons trois principes sur ce texte : d’abord, le respect d’un haut niveau de compétences du professionnel auquel on confie une mission de santé. Sans un tel niveau, nous n’accepterons pas que de nouvelles missions leur soient confiées. Or ce texte fait quasiment l’impasse sur la formation, alors que c’est un sujet essentiel. Ensuite, nous sommes favorables au partage des tâches. Enfin, nous voulons maintenir les parcours de soins. Ces trois principes sont indissociables.

Il faut se rappeler l'historique de la construction de notre système de santé. Il y a une filiation entre les propositions de loi Rist 1 et 2. Lors des débats de la loi Rist 1, Olivier Véran voulait recréer une profession intermédiaire d'officiers de santé. Ils ont été créés lors de la Révolution française, dans une volonté progressiste. Il y avait alors une pénurie de médecins. Mais cela a finalement créé un système à deux vitesses. On y a renoncé, car cela a encouragé des sortes de charlatanisme, faute de bien contrôler localement. Ensuite, cela risque de créer une distinction entre la ville, qui concentrerait les médecins, et la campagne avec des officiers de santé. Nous avons déjà soulevé ce risque pour la téléconsultation : certains auraient le droit de voir un médecin, tandis que d'autres seraient contraints de voir tel ou tel professionnel de santé derrière un écran. Malgré la pénurie, on ne peut inscrire ce type d'évolution dans l'organisation de notre système de soins. À l'époque, Olivier Véran avait reculé en raison de la forte contestation des professionnels de santé.

Nous ne nous opposerons pas à l'article 1^{er}, mais ce dernier évoque des IPA spécialisés ou des praticiens pour lesquels il n'y a aucune définition nulle part. Nous souscrivons à la proposition de la rapporteure d'écarter le concept d'IPA praticien. L'alinéa 5 sur la détermination des compétences et de la formation proposées est insuffisant. Des premiers modèles d'IPA existent, comme les infirmières Asalée. Auparavant, il y avait des infirmières en psychiatrie, très utiles, mais la formation a été arrêtée... Nous sommes favorables au développement des IPA à condition qu'ils aient droit à une formation à la hauteur de leurs missions.

À l'article 2, nous ne comprenons pas ce référentiel de dix séances : est-il déterminé au doigt mouillé, ou fait-il référence à des référentiels de qualité de prise en charge ? Il existe des référentiels, par exemple pour la prise en charge d'une entorse de cheville par un masseur-kinésithérapeute, mais qui ne sont ni de cinq ni de dix... Si le législateur envoie le message qu'en cas de mal de dos, on a le droit à dix séances alors que cela n'a aucune utilité, la demande de séances risque d'exploser.

À l'article 2 *bis*, la loi donne des responsabilités de prescription d'actes en précisant qu'ils ne sont pas remboursés. Cela crée un système à deux vitesses : pour un même acte, si celui-ci est prescrit par un médecin, il est peut être remboursé sous certaines conditions, mais il ne l'est pas s'il est prescrit par un masseur-kinésithérapeute. Ce système est injuste. Nous affaiblissons le périmètre de la sécurité sociale. Nous ne mettons pas le doigt dans ce dispositif. S'il est prescrit et donc médicalement utile, l'acte doit être remboursé. Mais nous ne pouvons pas supprimer cette absence de remboursement par amendement, l'article 40 de la Constitution nous l'interdisant. Je vois bien l'intérêt du Gouvernement...

Les orthophonistes ont un haut niveau de compétence. Ils effectuent des diagnostics, font le traitement, et s'inscrivent dans le parcours de soins en transmettant les informations au médecin traitant. Il n'y a aucune raison de ne pas leur accorder l'accès direct. L'article 3, qui le limite à certains types de structures, est injuste ; mais supprimer les restrictions est irrecevable.

Aux articles 4 *ter* et 4 *quater*, nous refusons que les soignants aient une responsabilité collective. Ce principe est flou juridiquement. Par contre, nous sommes favorables à une responsabilité individuelle qu'il faut organiser plus finement que la précédente obligation qui a été abrogée. Les CPTS, les ordres départementaux et les agences régionales de santé (ARS) doivent mettre en place un dispositif. L'ensemble des professionnels doivent, dans le cadre de leur mission, participer à la PDSA.

Nous ne sommes pas favorables à l'article 4 *duodecies* qui est une demande de rapport extrêmement provocante envers les médecins traitants.

Mme Laurence Cohen. - Je remercie la rapporteure de son important travail, sérieux, son souci de la mesure dans un contexte miné. Je suis de plus en plus dubitative, voire en colère, contre la politique du Gouvernement de ne pas prendre à bras-le-corps les problèmes de notre système de santé, qui est malade. Au lieu d'engager une réforme globale, il pense régler les soucis en téléguidant des propositions de loi qui complexifient, voire qui aggravent le problème. Ce n'est pas la première proposition de loi concernée. Parlementaires, nous ne pouvons nous dérober et sommes obligés de l'examiner et de l'améliorer. Nous ne pouvons continuer ainsi.

Je vois une analogie avec notre commission d'enquête sur la pénurie de médicaments. Pour le Gouvernement, c'est la course à l'échalote, avec des déclarations quotidiennes pour prétendre que le problème sera réglé dans trois mois... Il est irresponsable et manque d'anticipation.

Nous soutenons les IPA. Le groupe CRCE était favorable à l'expérimentation de l'accès direct. Les professionnels se sont engagés, notamment les orthophonistes. Le Sénat a déjà voté un amendement proposant cet accès direct. Pourquoi différencier les orthophonistes, dont le haut niveau de compétence est reconnu, selon leur lieu d'exercice ? C'est incompréhensible. J'aurais aimé que la rapporteure dépose un amendement pour y remédier.

Pourquoi le législateur imposerait-il un nombre de séances remboursées ou donnant lieu à accès direct ? C'est une ingérence dans le professionnalisme de chaque profession. On marche sur la tête...

S'agissant de l'article 4, un travail a été réalisé par les assistants dentaires et les dentistes, pour créer une formation particulière. Il y a une demande pointue soutenue par les dentistes. Répondons-y.

Je ne comprends pas l'amendement de la rapporteure sur le dédommagement des médecins voyant leurs rendez-vous non honorés. Ce problème concerne aussi les orthophonistes, les kinésithérapeutes... Pourquoi, une nouvelle fois, les médecins sont-ils au-dessus des paramédicaux ? C'est discriminatoire, et je ne soutiendrai pas cette proposition pour cette raison, sauf si on l'étend à tous les professionnels.

M. Philippe Mouiller. – Je remercie Corinne Imbert pour son travail. À mesure que l'examen du texte approche, les tensions montent de plus en plus fort. Ce ne sont pas les meilleures conditions pour travailler.

Comme Bernard Jomier, je critique la méthode employée. Certains sujets ont été traités lors de l'examen du PLFSS, renvoyés sur des conventions ou sur ce texte. Il y a un problème de pilotage. Je m'inquiète de la vision du Gouvernement sur la réorganisation du système de santé et sur la prise en charge, ainsi que de sa méthode. Il n'écoute pas les acteurs et renvoie au Parlement la responsabilité de régler des situations qui débordent le simple enjeu législatif. Il manque une vision globale.

Je ne comprends pas l'irrecevabilité au titre de l'article 40 de nos amendements sur les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) : nous ne prévoyons pas de dépenses supplémentaires puisque le périmètre et la formation sont les mêmes. Dans le PLFSS, nous avons voté il y a deux ans le statut, la revalorisation et la reconnaissance des IADE. Cette proposition de loi constitue donc un recul. Ces pratiques sont réalisées quotidiennement sans être reconnues. Les négociations avec le Gouvernement patinent ; il passe de promesse en promesse, de texte en texte, et nous n'arrivons pas à les accompagner. Nous revenons en arrière dans les négociations.

Cette proposition de loi oppose les médecins aux autres professionnels de santé, et interroge beaucoup les élus ruraux sur le fait d'avoir des pratiques différentes selon les territoires.

La responsabilité, qu'elle soit individuelle ou collective, est un sujet fondamental. Qui est responsable de quoi ? Il faudrait étudier ce sujet plus en détail et notamment avec les assureurs.

J'entends la proposition sur les rendez-vous non honorés qui répond à un besoin, mais quelle capacité avons-nous à le faire ? Comment savoir quelles sont les raisons de l'annulation ?

Mme Florence Lassarade. – Nous nous battons sur les IPA, mais leur nombre est marginal. Je serais ravie que nous ayons des IPA partout. Nous nous battons pour une chimère. Depuis plus d'un mandat, on ne forme pas plus d'infirmiers, de puéricultrices ou de médecins. Je ne comprends pas le sens de cette loi.

Le problème des rendez-vous non honorés a toujours existé. À l'hôpital, le médecin s'ennuie durant ce temps ; en libéral, cela permettait de recevoir plus de patients en urgence, mais ce n'est plus possible avec Doctolib. Par quel moyen déterminer les rendez-vous non honorés ? Certains affabulateurs ne risquent-ils pas de déclarer des rendez-vous non honorés et de frauder ?

Revaloriser la consultation de 1,5 euro comme la Cnam le propose dans les négociations conventionnelles est une provocation, selon les nombreux médecins qui m'écrivent. Je suis tentée de ne pas voter ce texte malgré le travail remarquable de la rapporteure, car c'est une insulte à toutes les professions médicales.

Pour désengorger les listes d'attente des orthophonistes, il faudrait supprimer les méthodes globale et semi-globale, qui ont fait des dégâts pendant des dizaines d'années. Les pédiatres craignent cependant l'accès direct chez l'orthophoniste sans examen de l'enfant par un médecin.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je remercie la rapporteure de son travail pragmatique. Je partage la position de beaucoup sur l'approche fractionnée de l'accès aux soins que prévoit cette proposition de loi. Le Gouvernement n'aurait-il pas de vision ? À lui de répondre. Le Conseil national de la refondation s'est saisi du sujet, notamment localement. De nombreuses réunions devraient aboutir à des propositions qui pourraient nourrir une loi santé et une refondation du système de santé. Le procès d'intention est injuste.

Ce texte part d'une bonne intention, déjà affirmée dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Roselyne Bachelot, dans ses mémoires, regrette d'être passée à côté de l'accès partagé aux soins par des professionnels de santé. Certes, il y a eu de nombreux débats. Mme Bachelot est pharmacienne... Les médecins ont contesté son approche.

Je regrette que depuis le temps que le sujet est porté dans les PLFSS, et qu'on a déploré le manque de médecins, on n'ait pas assez pris en compte les autres professionnels, qui se sont beaucoup développés : le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a doublé en dix ans, il en est de même pour le nombre d'infirmiers. Mettons à contribution tous ces professionnels compétents dans leur domaine. Doit-il y avoir une prescription médicale à chaque fois ?

Quand y a-t-il un diagnostic préalable lorsque vous allez chez le kinésithérapeute ? En général, le médecin vous demande combien de séances vous voulez... Il ne donne aucune recommandation sur la méthode de soins. Qu'apporte le médecin dans ce cas ?

M. Daniel Chasseing. – Je félicite la rapporteure qui a apporté des modifications importantes à ce texte par un travail constructif et pragmatique.

Supprimer la distinction entre IPA spécialisé et IPA praticien est de bon sens.

Un mal de dos ne doit pas inciter systématiquement à donner une ordonnance de kinésithérapie, car il peut parfois être nécessaire de réaliser un bilan préalable. Je suis favorable à ramener l'accès direct au masseur-kinésithérapeute sous un plafond de cinq séances.

Les médecins ne sont pas bien formés à l'orthophonie, j'approuve la proposition d'accès direct aux orthophonistes.

Je ne suis pas favorable à la prescription par les IPA ni à la responsabilité collective. Si le médecin délègue une responsabilité à l'IPA, il doit être responsable avec lui.

Je suis d'accord avec les réformes concernant les assistants dentaires, les pédicures-podologues et les opticiens-lunetiers. Les pharmaciens sont très présents et sont favorables à un accès direct aux soins. J'ai déposé un amendement pour qu'ils puissent réaliser un examen cytobactériologique des urines, le transférer au médecin, traiter la cystite et qu'ils soient remboursés.

Les IPA sont précieux pour les médecins et le patient, à condition qu'ils effectuent un travail pour lequel ils ont été formés : répondre aux besoins de prise en charge des patients présentant des maladies chroniques, en collaboration avec le médecin qui aura du temps médical libéré. La proposition de loi octroyant l'accès direct perd de son sens, car l'IPA pourra adresser à un médecin spécialiste sans passer par le médecin traitant. Certes, l'IPA bénéficie de deux ans de formation complémentaire, mais la formation d'infirmier n'est pas conçue pour réaliser un diagnostic, qui doit être réservé au médecin.

Selon le texte, l'IPA devrait en référer au médecin, mais lequel ? Il faut renforcer les IPA, mais pour libérer du temps médical afin que les médecins voient davantage de patients.

Il faut une organisation optimale avec une délégation de l'IPA, par exemple avec un secrétariat commun. Et si l'IPA a un souci ou a besoin d'une prescription supplémentaire, il pourrait faire appel au médecin qui se trouve à côté ou débriefer avec lui. Cela sécurise le patient et l'IPA. Le médecin n'est pas au-dessus des paramédicaux, qui sont indispensables. Nous devons travailler ensemble pour que le travail soit efficace. Le médecin a un rôle central de coordination, mais chacun son rôle au même niveau d'utilité.

Mme Véronique Guillotin. – Bravo pour ce travail compliqué. Va-t-on continuer à trouver des palliatifs pour résoudre un problème d'accès aux soins ? La rapporteure a essayé de trouver un consensus. Je m'inquiète du contexte. Ne veut-on pas tout simplement arrêter ce système de médecins généralistes, pour les remplacer par des médecins intermédiaires réalisant uniquement du filtrage ? Je comprends que les médecins généralistes aient des perspectives compliquées. On vient de leur dire qu'il leur faut dix ans de formation pour aider les territoires ruraux, avant de proposer des IPA praticiens... Je souscris à la suppression de ces IPA praticiens.

Dans mon hôpital, deux médecins étrangers prescrivaient systématiquement des consultations pour des spécialistes au moindre petit problème. Elles ne réalisaient ni diagnostic ni prescription, et embolisaient les spécialistes. En fait, leur formation était inférieure à la formation française. Est-ce l'orientation que nous souhaitons ? À mon sens, ce n'est pas la bonne solution. Je suis favorable aux IPA, mais je suis inquiète de l'accès direct. Si la loi est votée ainsi, peut-être concernera-t-il des CPTS, qui rassemblent parfois 2 000 professionnels de santé dont on ne peut pas dire qu'ils se côtoient...

Redonnons envie aux jeunes de faire de la médecine de ville. Or tous les messages envoyés, notamment au travers des propositions de loi coercitives, vont dans le sens du désamour de la médecine générale.

Oui, il faut enlever les IPA praticiens, prévoir des IPA dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, en espérant que le texte restera ainsi...

Mme Catherine Deroche, présidente. – Le Gouvernement serait favorable au fait d'enlever les CPTS...

Mme Véronique Guillotin. – Il faut se réconcilier entre professionnels. Le primo-diagnostic est le plus important. Le médecin qui connaît son patient peut différencier un simple mal de dos d'une métastase. C'est trop facile de déterminer dix séances, puis cinq... Cela me met en colère.

Il faut faire quelque chose pour résoudre le problème des rendez-vous non honorés.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Merci pour ce travail. Je suis très en colère. Je sais que Corinne Imbert a rencontré de nombreux IADE. Nous avons voté, contre l'avis du ministre, leur reconnaissance dans le titre préliminaire. Mais aujourd'hui encore, nous serons victimes de l'article 40 de la Constitution. Que peut-on faire pour les reconnaître ?

Mme Raymonde Poncet Monge. – Peut-on contester le fait qu'il y ait un impact financier ?

Mme Catherine Deroche, présidente. – Sur les 66 amendements déposés sur ce texte, 17 ont été déclarés irrecevables en application de l'article 40 de la Constitution.

En application de la jurisprudence du Conseil constitutionnel sur la LFSS pour 2022, les amendements relatifs aux compétences des professionnels sont considérés comme ayant une incidence sur les comptes sociaux et peuvent, à ce titre, figurer dans le PLFSS. Conséquence malheureuse, lorsqu'ils ne sont pas déposés par le Gouvernement, ils sont irrecevables au titre de l'article 40.

J'ai attiré l'attention du Conseil constitutionnel sur cette difficulté, notamment dans la perspective de l'examen de la proposition de loi Rist. Le Conseil a confirmé sa jurisprudence dans sa décision sur la LFSS 2023. Je suis donc forcée d'en tirer les conséquences.

J'ai évoqué hier avec le ministre François Braun cette proposition de loi ainsi que les sujets des IADE, des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode) et des infirmières puéricultrices. Je lui ai proposé de déposer un amendement gouvernemental, que nous voterions. On pourrait les déclarer en pratique avancée, en fonction de la formation.

Je l'ai toujours dit : pour exercer une tâche, il faut avoir été formé pour être compétent, et en assumer la responsabilité. Chacun connaît ses limites, et donc sa responsabilité individuelle.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Merci de votre bienveillance et de vos propos chaleureux. À titre personnel, je considère le médecin généraliste, qui réalise le diagnostic, comme la pierre angulaire de notre système de santé.

Il existe des difficultés en matière d'accès aux soins. J'espère que nous pourrions apporter quelques améliorations, cela va avec le sens des responsabilités de chacun des professionnels concernés.

J'ai relevé dans le code les conditions d'exercice de la pratique avancée par un décret en Conseil d'État après avis de l'Académie de médecine, de la HAS et des représentants des professions concernées. Cela permettra d'assurer la sécurité des patients. Chacun son métier au regard de sa formation.

La coordination s'exerce lorsque les professionnels se connaissent au degré le plus petit : équipe de soins primaires ou spécialisés, maisons de santé pluriprofessionnelles, où l'on se croise et où l'on a une patientèle commune, et éventuellement les centres de santé. Les CPTS ne sont pas des organisations de soins, mais regroupent parfois un très grand nombre de professionnels qui ne se connaissent même pas : ce n'est pas le bon niveau de coordination.

Cette proposition de loi a des effets pervers sur l'attractivité des généralistes. Il y a quelques années, on avait réussi à rendre plus attractive la médecine générale. Ne décourageons pas les futurs médecins. Former davantage les paramédicaux et reconnaître cette formation s'entend également.

Les prescriptions d'activité physique adaptée par les médecins ne sont pas remboursées, sauf dans certaines conditions spécifiques.

J'ai été limitée par l'article 40 pour généraliser le dispositif aux orthophonistes. Nous avons préféré traiter de manière équitable les professions concernées pour ne pas ajouter de tensions. Je comprends qu'il puisse y avoir des tensions à l'échelle nationale entre les différentes organisations professionnelles. Les tensions au niveau local sont heureusement plus rares, mais très dommageables.

Lors de l'examen de différents PLFSS, nous avons voté diverses expérimentations comme l'accès direct aux IPA et aux orthophonistes. Le Gouvernement est incohérent : dans la LFSS de 2022, il a prévu une expérimentation pour les IPA de prescription de produits à prescription médicale obligatoire ; dans la LFSS de 2023, c'est l'accès direct. Non seulement les expérimentations ne sont pas lancées, mais elles sont effacées par cette proposition de loi, ce qui crée une incompréhension.

Les articles sur les assistants dentaires sont consensuels, nous les récrivons pour mieux les préciser.

Nous renvoyons le sujet des rendez-vous non honorés aux négociations de la convention médicale. Nous aurions pu intégrer d'autres professions, mais seuls les médecins nous avaient interpellés sur le sujet. Nous pouvons étudier ce point.

Je propose un amendement donnant la possibilité au Gouvernement de reconnaître les IADE comme pratique avancée. Je souhaite préserver le rôle central du médecin en matière de coordination et de suivi de l'équipe de soins. La suppression de toute référence aux CPTS me semble pertinente. La proposition de loi prévoit également l'information obligatoire des médecins traitants.

Je partage l'analyse de Véronique Guillotin et ses craintes. À nous d'être vigilants. On ne peut pas avoir de médecine à deux, voire à trois vitesses si vous rajoutez le secteur 2.

Lors de l'audition, les IPA nous ont répondu, comme les médecins, qu'ils ne seraient prêts à venir à la campagne qu'en fonction des incitations financières même lorsqu'il y a un autre médecin, une pharmacie, un kinésithérapeute, une ou plusieurs infirmières... Ou bien ils proposent qu'un des infirmiers de la commune devienne IPA - sauf que cela nécessite que l'infirmier arrête de travailler deux ans, sans revenu, pour se former, et la formation est chère...

Cette proposition de loi n'aura pas les résultats qu'elle veut nous faire croire, et fera des déçus. Elle a créé beaucoup de tensions, ce qui est regrettable.

Mme Catherine Deroche, présidente. – C'est comme les orthoptistes qui ne vont pas s'installer s'il n'y a pas un ophtalmologiste à proximité...

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Mme Chantal Deseyne. – Cette proposition de loi est un leurre et ne répond pas au manque de médecins sur le territoire. Je suis attachée au diagnostic réalisé par un médecin. En tant que patient, iriez-vous voir un médecin, un IPA ou un masseur-kinésithérapeute ? Personnellement, j'irais consulter un médecin... Je suis en colère contre cette proposition de loi. Les IPA ne pourront exercer que dans le cadre d'un exercice coordonné de la médecine, mais comment faire lorsqu'il n'y a plus de médecin ? Les IPA ne vont pas prendre la relève ! Et comme il faut transmettre des informations entre professionnels de santé, cela revient à réduire le temps médical. Je ne suis pas médecin, je défends un bon système de santé pour le patient.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à l'amendement de suppression [COM-14](#).

L'amendement COM-14 n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-45](#) prévoit que les compétences des professionnels en pratique avancée sont prévues par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie de médecine, de la HAS et des représentants des professionnels concernés.

L'amendement COM-45 est adopté. En conséquence, les amendements [COM-37 rectifié](#) et [COM-43](#) deviennent sans objet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques [COM-46](#), [COM-66](#) et [COM-26 rectifié](#) visent à permettre l'accès à la pratique avancée des auxiliaires médicaux disposant d'un diplôme non universitaire équivalent. Au Gouvernement de s'en saisir.

Les amendements identiques COM-46, COM-66 et COM-26 rectifié sont adoptés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-47](#) vise à supprimer la distinction entre IPA spécialisés et IPA praticiens, et les éléments sur la validation des acquis de l'expérience.

L'amendement COM-47 est adopté. En conséquence, l'amendement [COM-29](#) devient sans objet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-48](#) supprime les CPTS parmi les structures autorisant l'accès direct, afin de s'assurer que les IPA exercent leur activité en lien étroit avec les médecins.

L'amendement COM-48 est adopté. En conséquence, l'amendement [COM-30](#) devient sans objet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-31](#) supprime la notion d'acte effectué « sans adressage du médecin » que le texte ajoute à l'article relatif aux conventions infirmières conclues avec l'assurance maladie.

L'accès direct permettra aux IPA de réaliser certains actes sans adressage préalable. Il faut donc prévoir que la convention fixe les tarifs associés. Avis défavorable.

L'amendement COM-31 n'est pas adopté.

L'amendement de coordination [COM-49](#) est adopté.

L'article 1^{er} est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 1^{er}bis (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-38 rectifié](#) prévoit que des examens complémentaires en matière de traitement des plaies ne pourront être prescrits par les infirmiers qu'après avis du médecin traitant. Je vous propose plutôt d'encadrer cette mesure en prévoyant qu'elle ne s'applique que dans les structures les plus intégrées, à l'exception des CPTS, et après avis de la HAS sur la liste des prescriptions autorisées. Avis défavorable.

L'amendement COM-38 rectifié n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-50](#) prévoit la saisine de la HAS sur la liste des prescriptions autorisées, notamment pour des examens complémentaires et des produits de santé dans le cadre de la prise en charge des plaies.

L'amendement COM-50 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-51](#) supprime les CPTS des structures autorisant la prise en charge et la prescription.

L'amendement COM-51 est adopté.

L'article 1^{er} bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-15](#) vise à supprimer l'article 2 autorisant l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes. Avis défavorable.

L'amendement COM-15 n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-53](#) vise à supprimer les CPTS des structures autorisant l'accès direct.

L'amendement COM-53 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-54](#) ramène le nombre maximal de séances de masso-kinésithérapie autorisées en accès direct, en l'absence de diagnostic médical préalable, à cinq.

L'amendement COM-54 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-55](#) supprime la disposition prévoyant que les masseurs-kinésithérapeutes prennent en charge « en priorité » les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), peu opérationnelle ni cohérente. Il confie aux partenaires conventionnels le soin de définir les mesures, notamment incitatives, propres à orienter l'activité des masseurs-kinésithérapeutes vers les priorités de santé publique et la prise en charge des patients souffrant d'une ALD.

L'amendement COM-55 est adopté.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 bis (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-56](#) prévoit l'encadrement des prescriptions d'activité physique adaptée par un masseur-kinésithérapeute par un décret pris après avis de la HAS et de l'Académie de médecine.

L'amendement COM-56 est adopté.

L'article 2 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 3

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-57](#) supprime les CPTS des structures autorisant l'accès direct.

L'amendement COM-57 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques [COM-5](#), [COM-13](#) et [COM-23](#) suppriment les dispositions prévoyant qu'en l'absence de transmission au médecin traitant et de versement au dossier médical partagé (DMP) du bilan initial et du compte rendu des soins, les actes réalisés en accès direct par les orthophonistes sont mis à leur charge. Avis favorable.

Les amendements identiques COM-5, COM-13 et COM-23 sont adoptés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques [COM-2](#), [COM-10](#) et [COM-21](#) précisent que l'obligation de verser le bilan initial et le compte rendu des soins dans le DMP ne s'applique que lorsque celui-ci est ouvert pour le patient considéré. Il ne pourrait pas être reproché à un orthophoniste de ne pas avoir alimenté un DMP qui n'existe pas. J'estime donc que ces amendements sont satisfaits. Avis défavorable.

Les amendements identiques COM-2, COM-10 et COM-21 ne sont pas adoptés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques [COM-3](#), [COM-20](#) et [COM-11](#) suppriment les dispositions, ajoutées en séance publique à l'Assemblée nationale, prévoyant que l'appartenance à une CPTS n'autorise l'accès direct que dans le cas où le projet de santé prévoit les modalités de prise en charge et de coordination. Je vous propose plutôt de supprimer la CPTS comme structure ouvrant droit à l'accès direct. Avis défavorable.

Les amendements identiques COM-3, COM-20 et COM-11 ne sont pas adoptés.

L'article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 3

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques [COM-52](#) et [COM-40](#) tendent à indemniser les médecins au titre des rendez-vous non honorés. Nous renvoyons cela à la négociation conventionnelle.

Les amendements identiques COM-52 et COM-40 sont adoptés et deviennent article additionnel.

Article 4

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-58](#) prévoit une condition de formation spécifique pour l'exercice des compétences élargies des assistants dentaires. Il s'agit de clarifier les dispositions proposées à la lumière de l'intention de l'article.

L'amendement COM-58 est adopté.

L'article 4 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 4 bis (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-19](#) vise à supprimer l'article 4 bis, lequel prévoit deux dispositions. D'une part, l'article encadre le nombre d'assistants médicaux présents dans les centres de santé ayant une activité ophtalmologique. Je vous proposerai moi-même une suppression de ces dispositions pour d'autres raisons que celles invoquées par l'objet : elles n'ont pas leur place dans ce texte. D'autre part, l'article cherche à limiter le nombre d'assistants dentaires de niveau II, ce que je pense nécessaire. Cet encadrement préviendra les dérives dans lesquelles les patients seraient, s'ils étaient confiés à une multitude d'assistants dentaires au détriment du temps passé effectivement avec le chirurgien-dentiste. Avis défavorable.

L'amendement COM-19 n'est pas adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-59](#) précise les modalités d'encadrement du nombre d'assistants dentaires de niveau II.

L'amendement COM-59 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-60](#) supprime la disposition encadrant le nombre d'assistants médicaux en centre de santé ophtalmologique, qui relève plutôt de la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, dont Jean Sol est rapporteur.

L'amendement COM-60 est adopté.

L'article 4 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 4 ter (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-61](#) supprime les dispositions relatives à la responsabilité collective des professionnels pour la permanence des soins. Cette notion de responsabilité collective n'emporte pas rétablissement de l'obligation de garde et inquiète inutilement les professionnels de santé.

L'amendement COM-61 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-39 rectifié](#) précise que les infirmiers, pouvant désormais participer à la PDSA et régis par le principe de responsabilité collective des professionnelles à assurer la permanence des soins, le font sous délégation d'un médecin. Avis défavorable.

L'amendement COM-39 rectifié n'est pas adopté.

L'article 4 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 4 quater (nouveau)

L'amendement de suppression [COM-62](#) est adopté.

L'article 4 quater est supprimé.

Après l'article 4 quater (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-1](#) limite la responsabilité d'un associé d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires à la hauteur des parts du capital social détenu par cet associé. Il ne concerne pas les conditions d'exercice ni les compétences des professionnels de santé et n'a donc pas de lien avec le périmètre du texte déposé. C'est pourquoi je vous propose de le considérer comme irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution.

Mme Catherine Deroche, présidente. – C'est pourtant un véritable problème, que nous n'arrivons jamais à caser dans une loi : cela ne relève ni du PLFSS ni d'une telle proposition de loi sur les compétences des professionnels de santé. Il faudrait interroger le ministre lors de la séance publique.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Nous avons voulu déposer un amendement au PLFSS, mais cela ne convenait pas. Comment soutenir ces structures qui font face à un problème juridique ?

L'amendement COM-1 est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-16 rectifié](#), qui assouplit le régime d'autorisation du transfert ou du regroupement d'une officine dans une commune de moins de 2 500 habitants, ne concerne ni les conditions d'exercice ni les compétences des professionnels de santé et n'a donc pas de lien avec le périmètre du texte déposé. Je vous propose donc de le considérer comme irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Cet amendement sur les communes de montagne, qui soulève cependant de réels problèmes, n'a pas sa place dans ce texte.

L'amendement COM-16 rectifié est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 4 quinquies (nouveau)

L'article 4 quinquies est adopté sans modification.

Article 4 sexies (nouveau)

L'article 4 sexies est adopté sans modification.

Article 4 septies (nouveau)

L'article 4 septies est adopté sans modification.

Article 4 octies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement de coordination [COM-63](#) précise que les conditions de l'adaptation des prescriptions initiales de verres et de lentilles par les opticiens-lunetiers doivent être déterminées par décret. C'est déjà le cas lors d'un renouvellement de prescription.

L'amendement COM-63 est adopté.

L'article 4 octies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 4 nonies (nouveau)

L'article 4 nonies est adopté sans modification.

Article 4 decies (nouveau)

L'article 4 decies est adopté sans modification.

Article 4 undecies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement [COM-36](#) vise à supprimer l'article 4 *undecies* qui permet au pharmacien, lorsqu'une ordonnance médicale est expirée, de dispenser, pour trois mois par délivrance d'un mois, le traitement d'une pathologie chronique. Cet article permet, à titre exceptionnel, d'éviter toute interruption de traitement à l'expiration d'une ordonnance ; il prévoit des conditions suffisamment encadrées tenant notamment à l'information obligatoire du médecin prescripteur. Il pourrait s'agir par exemple d'un patient ayant déménagé loin de son médecin traitant, et qui a du mal à en retrouver un nouveau. Faisons confiance aux professionnels. Avis défavorable.

L'amendement COM-36 n'est pas adopté.

L'article 4 undecies est adopté sans modification.

Après l'article 4 undecies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les amendements identiques [COM-27](#) et [COM-32](#) encadrent la profession des prestataires de santé à domicile qui ne sont pas des professionnels de santé. Ils n'ont donc pas de lien avec le périmètre du texte déposé. Je vous propose donc de les considérer comme irrecevables au titre de l'article 45 de la Constitution.

Les amendements identiques COM-27 et COM-32 sont déclarés irrecevables en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 4 duodecies (nouveau)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement [COM-64](#) tend à supprimer l’article 4 *duodecies*, qui prévoit une demande de rapport sur l’opportunité de supprimer l’obligation d’adressage par un médecin généraliste – mais probablement veut-il dire « médecin traitant » – pour bénéficiaire de la prise en charge d’une consultation d’un médecin spécialiste. Cet article est un affront aux médecins.

L’amendement COM-64 est adopté.

L’article 4 duodecies est supprimé.

Article 4 terdecies (nouveau)

L’amendement rédactionnel [COM-65](#) est adopté.

L’article 4 terdecies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5 (Supprimé)

L’article 5 demeure supprimé.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet	Sort de l’amendement
Article 1^{er} Accès direct aux infirmiers en pratique avancée et primo-prescription			
Mme DESEYNE	14	Suppression de l’article	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	45	Définition des primo-prescriptions autorisées par décret en Conseil d’État, pris après avis de l’Académie de médecine, de la HAS et des représentants des professions	Adopté
M. CHASSEING	37 rect.	Suppression de l’accès direct et de la primo-prescription	Satisfait ou sans objet
M. LOUAULT	43	Amendement rédactionnel	Satisfait ou sans objet
Mme IMBERT, rapporteure	46	Ouverture de la pratique avancée à certains auxiliaires médicaux disposant d’un diplôme équivalent	Adopté
Mme Nathalie DELATTRE	66	Ouverture de la pratique avancée à certains auxiliaires médicaux disposant d’un diplôme équivalent	Adopté

M. CANÉVET	26 rect.	Ouverture de la pratique avancée à certains auxiliaires médicaux disposant d'un diplôme équivalent	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	47	Suppression des dispositions relatives à la distinction entre IPA spécialisés et praticiens et à la validation des acquis de l'expérience	Adopté
M. MILON	29	Suppression des dispositions relative à la validation des acquis de l'expérience	Satisfait ou sans objet
Mme IMBERT, rapporteure	48	Suppression des CPTS parmi les structures autorisant l'accès direct	Adopté
M. MILON	30	Suppression de la condition tenant à l'inscription des modalités de coordination dans le projet de santé de la CPTS	Satisfait ou sans objet
M. MILON	31	Suppression de la notion d'acte réalisé sans adressage du médecin	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	49	Amendement de coordination	Adopté
Article 1^{er} bis (nouveau) Prise en charge des plaies par les infirmiers			
M. CHASSEING	38 rect.	Conditionnement de la prescription d'examens complémentaires au recueil de l'avis du médecin traitant	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	50	Saisine de la HAS sur la liste des prescriptions autorisées	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	51	Suppression des CPTS parmi les structures autorisant la prise en charge et la prescription	Adopté
Article 2 Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes			
Mme DESEYNE	15	Suppression de l'article	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	53	Suppression des CPTS parmi les structures autorisant l'accès direct	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	54	Réduction du nombre limite de séances en l'absence de diagnostic médical préalable	Adopté
Mme IMBERT, rapporteure	55	Orientation conventionnelle de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes vers les priorités de santé publique	Adopté
Article 2 bis (nouveau) Prescription d'une activité physique adaptée par les masseurs-kinésithérapeutes			
Mme IMBERT, rapporteure	56	Encadrement des prescriptions par un décret pris après avis de la HAS et de l'Académie de médecine	Adopté

Article 3 Accès direct aux orthophonistes			
Mme IMBERT, rapporteure	57	Suppression des CPTS parmi les structures autorisant l'accès direct	Adopté
M. KERN	5	Suppression de la sanction prévue en cas d'absence de transmission au médecin	Adopté
Mme MULLER-BRONN	13	Suppression de la sanction prévue en cas d'absence de transmission au médecin	Adopté
Mme VERMEILLET	23	Suppression de la sanction prévue en cas d'absence de transmission au médecin	Adopté
M. KERN	2	Limitation de l'obligation de reporter le bilan et le compte rendu dans le DMP aux cas où il est ouvert	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	10	Limitation de l'obligation de reporter le bilan et le compte rendu dans le DMP aux cas où il est ouvert	Rejeté
Mme VERMEILLET	21	Limitation de l'obligation de reporter le bilan et le compte rendu dans le DMP aux cas où il est ouvert	Rejeté
M. KERN	3	Suppression de la condition tenant à l'inscription des modalités de coordination dans le projet de santé de la CPTS	Rejeté
Mme VERMEILLET	20	Suppression de la condition tenant à l'inscription des modalités de coordination dans le projet de santé de la CPTS	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	11	Suppression de la condition tenant à l'inscription des modalités de coordination dans le projet de santé de la CPTS	Rejeté
Article(s) additionnel(s) après l'article 3			
Mme IMBERT, rapporteure	52	Indemnisation des médecins au titre des rendez-vous non honorés	Adopté
Mme DOINEAU	40	Indemnisation des médecins au titre des rendez-vous non honorés	Adopté
Article 4 Élargissement des compétences des assistants dentaires			
Mme IMBERT, rapporteure	58	Condition de formation spécifique pour l'exercice des compétences élargies des assistants dentaires	Adopté
Article 4 bis (nouveau) Encadrement du nombre d'assistants dentaires et d'assistants médicaux en centre de santé ophtalmologique			
Mme Mélanie VOGEL	19	Suppression de l'article	Rejeté
Mme IMBERT, rapporteure	59	Précision des modalités d'encadrement du nombre d'assistants dentaires de niveau II	Adopté

Mme IMBERT, rapporteuse	60	Suppression de la disposition encadrant le nombre d'assistants médicaux en centre de santé ophtalmologiques	Adopté
Article 4 ter (nouveau) Élargissement à de nouveaux professionnels de la permanence des soins ambulatoires			
Mme IMBERT, rapporteuse	61	Suppression des dispositions relatives à la responsabilité collective des professionnels	Adopté
M. CHASSEING	39 rect.	Participation des infirmiers à la PDSA sous délégation d'un médecin	Rejeté
Article 4 quater (nouveau) Valorisation de l'engagement territorial des médecins			
Mme IMBERT, rapporteuse	62	Suppression de l'article	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 4 quater (nouveau)			
Mme DOINEAU	1	Limitation de la responsabilité des associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
M. Cédric VIAL	16 rect.	Assouplissement des conditions de transfert ou de regroupement d'une officine dans une commune de moins de 2500 habitants	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Article 4 octies (nouveau) Élargissement de l'autorisation reconnue aux opticiens-lunetiers d'adapter une prescription			
Mme IMBERT, rapporteuse	63	Détermination par décret des conditions d'adaptation des ordonnances de verres et de lentilles par les opticiens-lunetiers	Adopté
Article 4 undecies (nouveau) Extension du renouvellement de traitements chroniques par le pharmacien			
M. HOUPERT	36	Suppression de l'article	Rejeté
Article(s) additionnel(s) après l'article 4 undecies (nouveau)			
M. MOUILLER	27	Encadrement de l'exercice de la profession de prestataire de santé à domicile	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
M. MILON	32	Encadrement de l'exercice de la profession de prestataire de santé à domicile	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Article 4 duodecies (nouveau) Demande de rapport sur la consultation des spécialistes sans adressage			
Mme IMBERT, rapporteuse	64	Suppression de l'article	Adopté

Article 4 *terdecies* (nouveau)
Expérimentation d'une compétence des pharmaciens biologistes
pour réaliser des prélèvements cervico-vaginaux

Mme IMBERT, rapporteuse	65	Amendement rédactionnel	Adopté
------------------------------------	----	-------------------------	---------------

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie². Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

² Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

³ Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du 8 février 2023, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 263 (2022-2023) adoptée par l'Assemblée nationale portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- aux pratiques avancées des auxiliaires médicaux ;
- aux conditions d'exercice des professions de santé ;
- aux compétences des professionnels de santé ;
- aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- aux régimes sociaux et fiscaux s'appliquant aux professionnels de santé ;
- à l'organisation de l'hôpital et aux statuts des structures d'exercice.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Ordre national des infirmiers (ONI)**
Patrick Chamboredon, président

- **Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)**
Dr Philippe Pommarède, président
Stéphanie Ferrand, juriste

- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**
Dr François Arnault, président
Dr Jean-Marcel Mourgues, vice-président
Francisco Jornet, directeur des services juridiques

- **Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)**
Sarah Degiovani, présidente
Niels Lagrange, chargé de mission

- **France Assos santé**
Gérard Raymond, président
Claude Rambaud, vice-présidente

- **Anne-Caroline Sandeau-Gruber**, inspectrice des affaires sociales, co-auteur du rapport de l'Igas « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* »

- **Maison de santé Laennec, Saint-Nazaire**
Dr Perrine Moreau, médecin généraliste
Dr Frédérique Le Quintrec, médecin généraliste
Catherine Renaux, infirmière en pratique avancée

- **Hôpital La Conception, Assistance publique Hôpitaux de Marseille**
 - Pr **Philippe Brunet**, chef du pôle Uro-néphrologie, chef de service de néphrologie
 - Alexandre Descloux**, infirmier en pratique avancée

- **Collectif Médecins pour demain**
 - Dr **Mélanie Rica-Henry**, membre de Médecins pour demain et porte-parole régionale
 - Dr **Alikada Muktaria**, porte-parole nationale

- **Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)**
 - Sébastien Guérard**, président

- **Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes (SNMKR)**
 - Guillaume Rall**, président
 - Sébastien Tessuto**, vice-président en charge des relations politiques et institutionnelles

- **Alizé kiné**
 - François Randazzo**, président
 - Caroline Sacchiero Vicaigne**, secrétaire générale

- **Fédération nationale des infirmiers (FNI)**
 - Daniel Guillerm**, président

- **Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (SNIIL)**
 - John Pinte**, président national

- **Convergence infirmière**
 - Ghislaine Sicre**, présidente
 - Sébastien Chapdaniel**, IPA, membre de Convergence infirmière

- **Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa)**

Emmanuel Hardy, président

Laurent Salsac, secrétaire adjoint

Hélène Kerdilès, vice-présidente en charge de la formation, IPA
mention pathologies chroniques stabilisées

- **Association nationale française des infirmier.e.s en pratique avancée (Anfipa)**

Ludivine Videloup, présidente

Sébastien Chamayou, membre du CA

François Duponchelle, membre du CA

Sophie Chrétien, membre du CA

- **Conseil National des infirmiers en Pratique Avancée (CNP-IPA)**

Julie Devictor, présidente

Loriane Saliège, trésorière adjointe

- **Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)**

Pascale Mathieu, présidente

- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)**

Thomas Fatôme, directeur général

Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à la gestion et à
l'organisation des soins (DDGOS)

Veronika Levendof, chargée des relations avec le Parlement et du
suivi des travaux législatifs

- **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de
médecine générale (Isnar-IMG)**

Raphaël Presneau, président

- **InterSyndicale nationale des internes (ISNI)**

Léo Delbos, secrétaire général

Maxime Cumunel, délégué général

- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)**
 - Dr Agnès Giannotti, présidente
 - Dr Jean-Christophe Nogrette, secrétaire général adjoint

- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**
 - Dr Franck Devulder, président
 - Dr Luc Duquesnel, président Les Généralistes CSMF
 - Dr Bruno Perrouy, président Les Spécialistes CSMF

- **Fédération des médecins de France (FMF)**
 - Dr Corinne Le Sauder, présidente
 - Dr Geneviève Richard, secrétaire générale

- **Le syndicat des médecins libéraux (SML)**
 - Dr Sophie Bauer, présidente

- **Union française pour une médecine libre (UFML-S)**
 - Dr Jérôme Marty, président

- **Avenir Spé/Le Bloc**
 - Dr Jean-Pascal Devailly, président du Syndicat français de médecine physique et de réadaptation (Syfmer)
 - Dr Étienne Fourquet, président du Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs de France (Snarf)

- **Les Chirurgiens-dentistes de France (CDF)**
 - Dr Pierre-Olivier Donnat, président
 - Dr Marie Tourterel, vice-présidente
 - Dr Marco Mazevet, délégué général

- **Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL)**
 - Dr Matthieu Delbos, vice-président

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Marie Daudé, directrice générale

Philippe Charpentier, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

- **Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues (CNOPP)**

Éric Prou, président

Guillaume Brouard, secrétaire général

- **Union régionale des professionnels de santé (URPS) Médecins libéraux en Île-de-France**

Dr Mardoche Sebbag, vice-président

Dr Nathalie Leroy, secrétaire générale

Dr Nathalie Regensberg de Andreis, secrétaire générale adjointe

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp122-263.html>