

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X V I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Examen de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (n° 362) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale)..... 2
- Information relative à la commission..... 15
- Présences en réunion..... 16

Mardi

10 janvier 2023

Séance de 18 heures

Compte rendu n° 33

SESSION DE 2022-2023

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



*La séance est ouverte à dix-huit heures trente-cinq.*

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

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Je vous adresse mes vœux pour la nouvelle année, ainsi qu'à vos familles, vos proches et tous les êtres que vous chérissez mais aussi à tous les collaborateurs ici présents ainsi qu'aux services de la commission qui nous accompagnent au quotidien. Comme vous le savez, ce début d'année sera extrêmement chargé mais nous y sommes prêts !

J'émetts également un vœu, auquel je suis attachée et qui est aussi une bonne résolution que nous devons tous prendre : je souhaite que nous poursuivions nos travaux, comme toujours, dans un esprit de responsabilité, d'écoute et même de convivialité qui a toujours été celui de cette commission, et ce quels que soient les sujets que nous aurons à examiner.

Ces sujets sont essentiels pour tous nos concitoyens, de l'enfance à la fin de vie en passant par la santé, le travail, la formation professionnelle, le handicap, la retraite et l'autonomie. Notre devoir est donc de les aborder avec sérénité, sérieux et respect mutuel, dans le souci partagé d'œuvrer au bien commun malgré nos divergences – c'est le principe même de la démocratie, d'une démocratie bien vivante.

Avant de donner la parole à Mme la rapporteure générale et d'engager la discussion générale sur le texte que nous examinons aujourd'hui, je voudrais apporter quelques précisions sur l'irrecevabilité opposée à certains amendements. Au titre de l'article 40 de la Constitution, le président de la commission des finances a rendu un avis tendant à l'irrecevabilité de cent seize amendements. Par cohérence avec des décisions antérieures, j'ai également déclaré irrecevables vingt-six amendements à ce titre.

Pour ce qui est de l'article 45 de la Constitution, c'est-à-dire du lien direct ou indirect que les amendements doivent avoir avec les articles du texte, je me suis efforcée, comme toujours, de favoriser le plus possible l'initiative parlementaire. J'ai ainsi estimé que deux catégories d'amendements pouvaient être considérées comme recevables : les amendements ayant un lien indirect avec au moins l'un des articles – sur les infirmiers en pratique avancée, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les assistants dentaires et l'accès direct à certains soins – et les amendements ayant un lien indirect avec l'objet général du texte, à savoir ceux qui tendent à améliorer l'accès aux soins grâce à de nouveaux partages de compétences entre les professionnels de santé. En revanche, j'ai considéré que vingt-six amendements étaient dépourvus de tout lien avec la proposition de loi. Ce n'est malheureusement pas la pertinence de ces amendements qui est en cause, faute de quoi je n'aurais pas déclaré irrecevable, par exemple, celui qui porte sur la régulation de l'intérim médical.

Parmi les autres amendements malheureusement dépourvus de lien avec le texte, je peux mentionner ceux qui portent sur les thèmes suivants : des exonérations d'impôt sur le revenu pour certains professionnels de santé, l'expérimentation de la facturation par les médecins des rendez-vous non honorés, le renvoi à la négociation conventionnelle de la fixation du montant

de remboursement des activités de télésurveillance, la possibilité pour les professionnels de santé travaillant dans le cadre des protocoles de coopération d'acquiescer des crédits universitaires, le fait que la prise en charge des actes techniques par l'assurance maladie soit subordonnée à la réalisation par les praticiens d'un nombre annuel minimal de ces actes, ainsi que des demandes de rapports sur le remboursement de certains soins ou produits.

Il nous reste donc 141 amendements à examiner.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale.** La santé de nos concitoyens est au centre du texte que nous nous apprêtons à examiner. Cette proposition de loi, longuement mûrie et concertée avec les professionnels de santé, s'inscrit dans le prolongement des travaux engagés depuis plusieurs années pour faciliter l'accès aux soins de nos concitoyens tout en valorisant les compétences de ces professionnels. Elle est débattue dans un contexte inédit de pénurie de médecins dans notre pays.

Il m'apparaît nécessaire de rappeler rapidement quelques éléments de ce contexte, avant d'en venir aux mesures proposées.

L'accès aux soins est une préoccupation majeure de nos concitoyens. La raison principale de cette situation est désormais bien connue : l'instauration, au début des années 1970, d'un *numerus clausus* qui a, pour des raisons économiques, fortement contraint le nombre de médecins formés.

Depuis 2017, nous avons agi pour faire face à ces difficultés. La suppression de ce *numerus clausus*, en 2019, a déjà permis d'augmenter de 15 % environ le nombre d'étudiants formés chaque année. À plus court terme, nous avons engagé des mesures concrètes : la dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) encourage ainsi les médecins en fin de carrière à prolonger leur activité ou favorise l'accompagnement à l'installation des médecins sur nos territoires.

Nous avons aussi pris des mesures qui visent à libérer du temps aux médecins. C'est là, comme l'a rappelé le Président de la République lors de ses vœux aux soignants, un objectif majeur. D'ici fin 2024, 10 000 assistants médicaux seront déployés afin de décharger les médecins des tâches administratives. Cela passe aussi, évidemment, par des délégations de tâches dans le cadre de protocoles de coopération entre les différents professionnels de santé.

Les maladies évoluant et le vieillissement de la population devenant un sujet prégnant pour les années qui viennent, il me semble indispensable d'aller plus loin et plus vite dans l'évolutivité des métiers du soin. Il s'agit là d'une première réponse efficace pour améliorer l'attractivité des professions de santé et pour renforcer la confiance dans notre système de soins. Cette nouvelle proposition de loi s'inscrit ainsi dans la continuité de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification que nous avons adoptée en avril 2021.

Il s'agit, d'une part, de développer l'« accès direct », c'est-à-dire la possibilité pour un patient de consulter en première intention un professionnel de santé, sans devoir passer d'abord par son médecin traitant. Il s'agit également de favoriser le développement des pratiques avancées, qui sont un facteur de qualité de la prise en charge des patients.

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi vise ainsi à revaloriser les missions des infirmiers en pratique avancée (IPA) – et à dynamiser cette profession, qui est encore en déploiement ; on

comptait en août dernier 1 700 diplômés et 1 500 formations. En moyenne, 700 IPA sont diplômés chaque année. Si la crise sanitaire a pu ralentir la montée en charge de cette profession, il est urgent d'accélérer la formation et le déploiement des IPA, comme l'a indiqué le Président de la République.

L'une des difficultés majeures rencontrées par les infirmiers en pratique avancée exerçant à titre libéral réside dans l'insuffisance du nombre de patients adressés par les médecins, qui sont encore nombreux à se montrer réticents, par méconnaissance des compétences de ces professionnels ou par absence de volonté de travailler avec une profession perçue, à tort, comme concurrente. Cela empêche le développement d'un modèle économique pourtant viable et pertinent, et conduit certains infirmiers à renoncer à exercer en tant qu'IPA.

Face à cette situation, l'article 1<sup>er</sup> reprend plusieurs propositions formulées par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en novembre 2021 dans un rapport sur les partages de compétences entre les professionnels de santé, rapport qui a été remis sur le fondement de l'article 1<sup>er</sup> de la loi que j'avais défendue voilà presque deux ans.

Il est proposé d'étendre le champ de compétences des infirmiers en pratique avancée aux prescriptions de produits de santé et de prestations soumis à prescription médicale obligatoire. L'article leur permet également de prendre des patients en charge directement, sans adressage préalable d'un médecin, à la condition d'exercer dans le cadre de structures d'exercice coordonné, qu'il s'agisse d'équipes de soins primaires, de centres de santé, de maisons de santé ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui ont vocation à être généralisées sur l'ensemble du territoire.

Afin de mieux structurer et organiser la profession, l'article propose aussi de créer deux types d'IPA : les IPA spécialisés et les IPA praticiens. Il s'agit d'un même métier avec des modalités d'exercice différentes. Les IPA spécialisés auront ainsi vocation à prendre plutôt en charge des pathologies complexes dans le cadre d'un domaine de compétences spécifique, plutôt en aval des médecins. En parallèle, les IPA praticiens auront vocation à intervenir davantage en amont de la prise en charge par un médecin et en premier recours, que ce soit en ville ou en établissement.

Les articles 2 et 3 visent respectivement à ouvrir aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes l'accès direct, nécessaire pour fluidifier le parcours de soins du patient et dégager du temps médical. Ces professionnels reçoivent, durant leurs études, des formations consacrées à l'accès direct, qui leur assurent des compétences sanctionnées par un diplôme universitaire. Nous permettons donc, dans cette proposition de loi, la reconnaissance pleine et entière de leurs compétences.

Bien que le médecin ne soit désormais plus nécessairement consulté en premier, sa place reste centrale dans notre système de santé. L'accès direct n'est pas ouvert à tous les masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes, mais aux seuls professionnels qui exercent dans une structure de soins coordonnés. D'ailleurs, un bilan initial et un compte rendu des soins prodigués seront adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

Enfin, l'article 4 propose de créer une profession d'assistant dentaire de niveau II. Cette proposition, qui répond à une demande forte de la profession et qui fait l'objet de travaux depuis plusieurs années, permet l'évolutivité de la profession d'assistant dentaire, qui a été encadrée par la loi en 2016 et qui compte aujourd'hui près de 15 000 professionnels en exercice.

L'assistant dentaire de niveau I, principal collaborateur du chirurgien-dentiste, l'assiste dans la réalisation des gestes avant, pendant et après les soins bucco-dentaires.

Disposant de compétences élargies, l'assistant dentaire de niveau II se situera à l'interface entre l'assistant dentaire et le chirurgien-dentiste et pourra effectuer des actes habituellement pratiqués par ce dernier, comme les détartrages et les actes d'imagerie. Alors que des difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires sont observées dans de nombreux territoires, la création de cette profession apparaît essentielle pour libérer du temps médical aux chirurgiens-dentistes et mieux développer la prévention bucco-dentaire.

Pour conclure, j'ai la conviction que les mesures de ce texte permettront d'améliorer rapidement l'accès aux soins de nos concitoyens. Elles ont le double objectif de conforter l'expertise et la place centrale du médecin généraliste dans le parcours de soin, et de lui libérer plus de temps médical. La confiance et la coopération indispensables entre les différents professionnels de santé sont parmi les leviers les plus opérants dont nous disposons pour améliorer la qualité de prise en charge des patients.

**Mme Fadila Khattabi (RE).** Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

**Mme Charlotte Parmentier-Lecocq (RE).** Nous subissons encore toutes les conséquences de plusieurs décennies durant lesquelles le nombre de soignants formés a été largement insuffisant au regard des besoins, suivant le credo absurde selon lequel il fallait, pour réduire les dépenses de santé, réduire les consultations – comme si cela avait pu faire disparaître par magie les patients et leurs pathologies. Dès le précédent mandat, la majorité a agi pour renverser la tendance, en supprimant le numerus clausus et en soutenant des innovations telles que la télémédecine. Nous nous sommes également engagés dans une démarche de délégation de certains actes des médecins vers d'autres professionnels de santé. Je salue à cet égard l'initiative de Stéphanie Rist, qui s'inscrit pleinement dans cette logique.

Le groupe Renaissance apportera tout son soutien à cette proposition de loi, car nous croyons en les compétences de nos professionnels de santé et en leur capacité à s'organiser collectivement au bénéfice des patients.

En revanche, nous nous sommes toujours refusés à imposer l'établissement des médecins généralistes, considérant qu'aucun territoire ne peut se prévaloir d'une hypothétique surpopulation de médecins au détriment d'un autre. Mais j'invite les députés à soutenir collectivement toutes les démarches visant à amenuiser les lourdeurs administratives qui alourdissent le travail et la charge mentale à nos soignants, au détriment de leur passion. Ce principe doit, selon moi, guider les débats de notre commission.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Derrière le titre assez cordial de cette proposition de loi se cache en fait une problématique multiple et qui a déchaîné les passions. Comme on l'a vu pendant les auditions et comme je l'ai constaté aussi sur le terrain et dans mes rapports avec les représentants des médecins et de toutes les professions paramédicales – et ce terme est noble – les discussions se sont enflammées, sachant que les premières personnes concernées sont, bien entendu, les patients.

Dans le contexte de pénurie de l'ensemble des soignants, et tout particulièrement de médecins généralistes, la question revêt un double aspect. Le premier, urgent, est de permettre à tous les patients, et surtout les 600 000 qui n'ont pas ou plus de médecin traitant, d'avoir accès à des

soins rapides et efficaces. Le second est que nous sommes au détour d'une réorganisation de notre système de soins.

Chacun s'accorde à vouloir tout faire pour réduire les déserts médicaux et répondre aux besoins des patients. Dans cette optique il est apparu nécessaire de déléguer certaines tâches dans le cadre d'un exercice coordonné. Cela existe déjà pour les infirmiers en pratique avancée, et les retours sont bons. Mais il n'en va pas de même pour les autres professions, qui, contrairement aux IPA, ne bénéficient pas d'une formation complémentaire.

Avec ce texte, nous courons le risque d'une balkanisation des soins, qui inquiète les médecins. Nous ferons tout pour maintenir l'équilibre entre le système de santé et les patients.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** La proposition de loi que nous examinons soulève des questions essentielles, mais ne nous convainc pas totalement, voire nous fait penser par certains côtés à une pochette surprise. Les IPA sont scindés en deux métiers, les IPA spécialisés et les IPA praticiens, sans que rien ne soit dit de leurs conditions d'accès et d'exercice, de l'avenir des IPA actuels ou encore de la reconnaissance et de la valorisation des personnels à un même niveau de formation. Rien non plus en ce qui concerne l'encadrement de la primo-prescription. Dès lors, nous défendrons la création d'une nouvelle mention « premier recours », qui nous paraît plus attendue par les professionnels et plus utile aux patients. Quant à la nouvelle profession d'assistant en médecine bucco-dentaire, il faudra attendre un décret pour savoir ce qu'il en est exactement.

Vous autorisez l'accès direct, dans le cadre de l'exercice coordonné, non seulement aux IPA mais également aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes. Nous n'y sommes pas opposés et avons même déposé un amendement visant à mieux encadrer l'accès direct aux IPA. Toutefois, là encore, nous ne savons rien des conditions d'exercice, pas plus que des protocoles de prise en charge, qui sont évoqués dans l'exposé des motifs mais disparaissent dans le dispositif lui-même.

La confiance que nous avons dans nos professionnels de santé n'exclut pas que le législateur organise les coopérations et les parcours de soins afin de garantir une prise en charge de qualité. Notre vote dépendra donc des amendements adoptés durant la discussion.

**Mme Justine Gruet (LR).** Face à la désertification médicale et à l'insuffisance de l'offre de soins, nous devons renouveler notre façon d'aborder la prise en charge médicale. Si l'accès direct aux IPA est une évolution intéressante, il faut également entendre les médecins et répondre à leurs demandes. La première d'entre elles concerne la revalorisation du tarif de la consultation, d'autant plus nécessaire que l'inflation ne leur permet souvent plus de rémunérer une secrétaire. Elle serait en outre justifiée si la rémunération des IPA était fixée à 50 euros la consultation par trimestre. La seconde interrogation concerne la responsabilité que les médecins pourraient endosser pour des actes réalisés en premier recours par les IPA. Il convient d'encadrer formellement ce dispositif.

Le médecin doit rester au cœur de notre système de santé et demeurer un coordinateur privilégié. Cela n'exclut pas de mieux considérer les professions paramédicales, qui sont les plus à même de savoir si les patients ont besoin de soins dans leur discipline. C'est le sens de cette proposition de loi, qui permet l'accès direct aux métiers de la rééducation que sont les kinés, les orthophonistes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes.

Toutefois, si c'est la confiance qui prime dans cette nouvelle organisation des soins, avec des professionnels qualifiés et compétents, alors la condition d'exercer dans une structure d'exercice coordonné n'a aucun sens. L'accès direct est conditionné à la qualité de formation du professionnel et non à son exercice au sein d'une CPTS. Afin de sécuriser la pratique, un bilan de suivi des soins sera obligatoire. On supprime donc l'obligation d'exercice coordonné mais on sacralise le rôle coordinateur du médecin.

L'accès direct a un intérêt encore plus fort en aval qu'en amont. Un professionnel paramédical pourra juger plus facilement si son patient doit bénéficier ou non d'une poursuite des soins, sans être tributaire d'une nouvelle ordonnance prescrite par le médecin. Les propositions sont intéressantes mais j'espère que nous arriverons à échanger d'ici la discussion en hémicycle. Je regrette à cet égard que tous nos amendements aient été jugés irrecevables.

**M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem).** Merci d'avoir déposé cette proposition de loi : il est important d'avancer sur l'exercice coordonné des soins. Certaines des préconisations du rapport d'information que j'ai déposé en 2021, *L'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ?*, ont déjà été reprises, notamment concernant les orthoptistes. Notre rapporteure générale poursuit ce travail avec les IPA, les masseurs-kinésithérapeutes et les assistants dentaires de niveau II, ce qui est très bien.

Il me paraît important de bien distinguer le rôle de chaque professionnel de santé. Les médecins, après neuf années d'études, ont les compétences pour poser un diagnostic. C'est l'art médical même. Les soins, eux, peuvent être confiés à l'ensemble des professionnels de santé ayant reçu une formation et présentant une expérience et une compétence dans le cadre d'un exercice coordonné, notamment lorsqu'ils exercent dans des maisons de santé pluridisciplinaires, des centres de santé ou des équipes de soins primaires. En revanche, les CPTS ne sont pas des structures de soins mais des structures d'organisation des professionnels de santé. Pour cette raison, nous avons déposé des amendements visant à exclure les CPTS de ces dispositions.

Enfin, la pratique en structure hospitalière des IPA se construit autour de projets médicaux, et cela fonctionne plutôt bien. En revanche, en ville, il n'y a pas plus d'une cinquantaine d'IPA qui exercent en libéral. Il nous faudra donc travailler sur le sujet. Leur formation est sanctionnée par un master, mais comment financer ce master ? Comment ensuite rémunérer ces IPA, alors qu'ils n'ont pas une file active suffisante ? Le travail que nous faisons est intéressant mais s'il n'y a pas de financement pour la pratique en ville, il ne servira à rien.

Enfin, nous avons déposé des amendements concernant l'accès direct, notamment pour les 650 000 patients en affection de longue durée n'ayant pas de médecin traitant. C'était pour moi primordial et je trouve regrettable que ces amendements aient été jugés irrecevables.

**M. Joël Aviragnet (SOC).** Nous sommes tous conscients de la situation du pays en matière d'accès aux soins. La désertification médicale s'étend chaque jour, dès qu'un médecin prend sa retraite, en ville ou à la campagne. Il nous incombe d'agir vite et efficacement pour répondre à l'urgence.

Cette proposition de loi est une bonne idée mais elle revient à poser un pansement sur une plaie béante. Faciliter l'accès direct à un certain nombre de professions médicales permettrait à de nombreux Français de se soigner plus facilement dans certaines situations bien précises – chacun sait qu'il faut consulter un kiné en cas d'entorse – tout en étant remboursés de façon satisfaisante, ce que ne permet pas la loi actuellement.

Le texte proposé permettrait de décharger les médecins généralistes de certaines tâches souvent chronophages, libérant ainsi un temps médical précieux au vu de la désertification médicale. Il encouragerait également le développement des protocoles de coopération, qui sont encore trop peu utilisés. Ces derniers sont pourtant bénéfiques car ils améliorent la qualité des soins et rendent les carrières médicales plus évolutives, renforçant ainsi l'attractivité des métiers.

Cette proposition de loi, en dépit de son bon esprit, ne répond pas de manière satisfaisante à la gravité de la situation dans notre pays. En effet, elle ne permettra pas l'installation de médecins dans les territoires qui en sont dépourvus – seule une régulation de l'installation le permettrait. C'est pourquoi, à ce stade des débats, notre groupe s'abstiendra.

**M. François Gernigon (HOR).** L'accès aux soins, qui a été un marqueur fort de la campagne présidentielle de 2022, demeure une des préoccupations principales des Français. Les inégalités géographiques et financières sont un véritable enjeu de santé publique, dont le législateur doit se saisir. Je me réjouis donc que ces problématiques soient prises à bras-le-corps dans le cadre de nos travaux parlementaires.

Après des années de délitement de notre système de santé, le Président de la République manifeste, depuis 2018, une véritable volonté de redressement. Ainsi, le Ségur de la santé prévoit un investissement inédit, massif et ambitieux de 19 milliards d'euros dans notre système de santé. La LFSS 2023 constitue un pas de plus sur le chemin du redressement.

En permettant l'accès direct à trois professions paramédicales et en créant une profession intermédiaire en médecine dentaire, cette proposition de loi concourt nettement à la réalisation de cet objectif. Très courante dans les pays anglo-saxons, la pratique avancée permet de libérer du temps médical au médecin et d'améliorer la prise en charge des patients en leur facilitant l'accès aux soins primaires. Un patient pourra désormais, sans prescription médicale et sans consultation préalable, être remboursé de ses soins en allant consulter un kinésithérapeute ou un orthophoniste.

Un meilleur accès aux soins pour tous passe par une meilleure répartition des professionnels sur le territoire, mais également par une meilleure répartition des tâches entre les professionnels. Cette proposition de loi va dans ce sens et le groupe Horizons et apparentés la soutiendra.

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Si ce texte soulève la question essentielle de l'amélioration de l'accès aux soins, nous regrettons l'absence de contours précis pour encadrer les mesures proposées.

Nous, écologistes, sommes pleinement mobilisés pour le maintien, le développement et l'amélioration de notre système de santé. C'est pourquoi nous faisons de la simplification de l'accès aux soins une priorité absolue. Des années de politique de compression des dépenses hospitalières publiques et de développement d'une logique d'industrialisation des soins ont comprimé notre système de santé, qui doit maintenant faire face à la difficulté de l'écart croissant entre la demande adressée aux services et les moyens dont ils disposent pour y faire face.

Les conséquences sont terribles pour les patients : augmentation des risques, difficultés de prise en charge et inégalité d'accès aux soins. Pour répondre à la crise de notre système de santé, aujourd'hui au bord du précipice, il faut non seulement revenir sur les politiques désastreuses de marchandisation du soin menées depuis plusieurs décennies mais aussi



remettre l'ensemble du personnel soignant au cœur de l'organisation des soins. En cela, l'ambition initiale de la proposition de loi, affichée dans son titre, apparaît juste.

Toutefois, contrairement à ce qui est proposé ici, l'ouverture de l'accès aux soins ne doit pas se faire sans cadrage précis, au risque de se retourner contre les patients. Le sujet de l'accès aux soins est bien trop important pour ne pas être travaillé avec ambition et précision. Alors que la pénurie de personnel se renforce en raison des grandes difficultés du secteur de santé à recruter, il n'y a pas de place pour les mesures floues, qui tendent à soulever des interrogations, voire à effrayer plutôt qu'à rassurer.

Ouvrir de nouveaux corps de métier d'infirmier ou d'assistant médical dentaire sans préciser les modalités de calcul des rémunérations correspondantes doit nous alerter. De même, créer des corps de métier sans déployer un plan d'ampleur visant à rendre ces filières attractives et à encourager la qualité de vie au travail conduit à n'observer le problème que sous un seul prisme. L'heure est à la mise en place de mesures concrètes et palpables : ce n'est malheureusement pas l'ambition du texte, celui-ci se contentant de demi-mesures mal cadrées.

Le groupe Écologiste - NUPES souligne à nouveau la nécessité de prendre des mesures et des actes forts pour sauver notre système de santé.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Cette proposition de loi nous a laissés un peu circonspects car la création de nouveaux métiers, la modification de certains périmètres, la délégation de certaines tâches mériteraient des discussions plus approfondies avec l'ensemble des acteurs ; le Gouvernement devrait, lui aussi, mener un travail plus fouillé et lancer des concertations et des études d'impact, actuellement inexistantes.

Le texte vise à intégrer dans le droit commun des dispositifs dont l'expérimentation est en cours, voire n'a pas débuté. Votre volonté d'accélérer, sans aucune prudence et sans attendre que des enseignements puissent être tirés de ces essais, pose question. Le sujet méritait de prendre ce temps.

La proposition de loi donne également l'impression, même si ce n'est pas forcément votre intention, que vous niez la place décisive du médecin traitant. De notre point de vue, cette place décisive doit être confortée, ce qui requiert des mesures que le Gouvernement s'est jusqu'à présent refusé à prendre. Il faut penser l'organisation des soins autour d'équipes primaires de proximité, qui ne peuvent en effet pas être les CPTS, comme l'a dit Cyrille Isaac-Sibille. Il faut également assurer la viabilité de ces métiers et créer les conditions de véritables coopérations, ce qui n'est pas encore le cas, comme le montre l'accueil du texte par les acteurs concernés.

Nous demeurons circonspects et avons des propositions à avancer. Nous souhaitons que des garanties soient mises sur la table pour améliorer le texte, qui est très loin d'apporter des réponses au problème des déserts médicaux.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Le groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires partage l'objectif d'augmenter le temps médical disponible. Il n'y a pas de solution miracle, et nous devons déployer un arsenal d'outils. La coopération et la pratique avancée en font partie, à condition de s'assurer de la bonne compréhension et de la bonne application des dispositifs, pour tous et partout.

Le premier objectif devait être de conforter les IPA dans leurs missions et d'améliorer la formation, en rendant son contenu moins hétérogène et accessible dans tout le territoire. Il faut améliorer l'intégration des IPA dans le système de santé et développer la coopération entre tous les acteurs, en premier lieu les médecins et les pharmaciens, ce qui exige une clarification des compétences.

Notre groupe émet à cet égard quelques réserves sur les dispositions proposées. La création de deux types d'IPA, praticiens et spécialisés, ne risque-t-elle pas de générer encore plus de flou et d'incompréhension autour de la profession ? Par ailleurs, je suis plus que réservé sur l'ouverture de la primo-prescription aux IPA : notre groupe proposera de l'encadrer davantage, le renvoi à un décret simple nous paraissant insuffisant. Nous reviendrons au cours des débats sur les difficultés posées par le texte, et je défendrai quelques amendements visant à mieux encadrer ses dispositions.

De manière générale, je tiens à alerter la commission sur un problème de méthode : cette proposition de loi met fin à des expérimentations à peine lancées pour les intégrer dans le droit commun, ce qui nous prive d'un retour de terrain utile pour juger de la pertinence des dispositifs concernés.

Il y a quelques semaines, on nous expliquait que des étudiants à bac + 9 devaient effectuer une année supplémentaire pour mieux soigner nos concitoyens ; aujourd'hui, on nous dit que des professionnels entre bac + 3 et bac + 6 seront capables de prodiguer les mêmes soins. Je ne sais pas si nos compatriotes nous suivront sur ce terrain.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Nous en venons aux questions des députés.

**M. Yannick Neuder (LR).** Cyrille Isaac-Sibille l'a dit, il y a cinquante infirmières en pratique avancée libérales : sans opposer les différents corps de métier entre eux, veillons donc à ne pas détruire un système qui fonctionne bien, celui des infirmiers anesthésistes.

Je suis très déçu que tous les amendements portant sur cette profession aient été déclarés irrecevables. Ceux qui exercent cette profession, dont l'existence remonte à plus de soixante-dix ans, ont un niveau d'études bac + 5, ce que de nombreux pays européens nous envient. Vous êtes en train de détruire ce métier qui remplit quatre missions : assurer des soins d'urgence – ces professionnels sont souvent les seuls éléments embarqués dans les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) ; participer aux soins critiques dans les réanimations et les soins continus ; prodiguer les soins d'anesthésie – ils font tourner les blocs opératoires puisqu'il n'y a qu'un médecin anesthésiste pour deux, voire quatre salles selon les établissements ; prendre en charge la douleur en assurant une fonction d'algologue.

Je suis très étonné, madame la rapporteure générale, que vous ne teniez pas compte des engagements pris par Olivier Véran, alors ministre des solidarités et de la santé, à la suite d'un rapport de l'Igas, sur la reconnaissance pour tous les infirmiers anesthésistes d'un statut en pratique avancée différent de celui des IPA, ainsi que sur le maintien des décrets de 1994 et de 2017 et de la formation. Le rapport de M. Jean Debeauvais, qui devait porter sur l'application de ces engagements ne nous a jamais été transmis.

Je renouvelle donc la requête que j'avais formulée avant les fêtes de fin d'année : il faut sauver la profession des infirmiers anesthésistes et leur donner un statut différent d'auxiliaires médicaux de pratique avancée. La moitié des blocs opératoires des hôpitaux tournent grâce aux infirmières anesthésistes : si on les démotive et qu'on les pousse au départ, le nombre

d'actes chirurgicaux chutera fortement. Il ne s'agit pas d'une lutte des classes ni d'un combat idéologique, mais de la pérennité d'un outil qui fonctionne.

**M. Jean-Carles Grelier (RE).** Je tiens à souligner le travail réalisé par la rapporteure générale, ainsi que la qualité et le pragmatisme de sa vision. Dans de trop nombreux territoires de notre pays, nos concitoyens ne sont pas pris en charge faute de présence médicale ; de très nombreux Français acceptent donc sans difficulté d'entrer dans un parcours de soins par un canal paramédical. Favoriser ce mouvement revient à ouvrir largement la prise en charge dans l'ensemble des territoires. J'ai noté les circonspections, l'attentisme et les réserves, j'ai vu qu'on pouvait appréhender le texte par le petit bout de la lorgnette, mais des millions de Français attendent d'entrer dans un circuit de prise en charge : si une IPA, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste ou une sage-femme les reçoivent en première intention, ce sera un vrai service qui sera rendu à nos compatriotes.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je regrette avant tout le taux élevé d'irrecevabilité des amendements déposés.

Du point de vue de la méthode, comme il est impossible de créer une charge pour les finances publiques dans une proposition de loi, le texte fait l'impasse sur les moyens. Or il soulève des questions en matière de formation et de rémunération, surtout si certains professionnels reçoivent une formation complémentaire et exercent des missions supplémentaires. Afin d'accroître l'attractivité des métiers, d'assurer la réussite des mesures envisagées et de garantir une cohérence d'ensemble, n'aurait-il pas fallu traiter ce sujet dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ?

Madame la rapporteure générale, saisissez-vous l'occasion du PLFSS rectificatif pour mieux valoriser les métiers du soin, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux ? Cette proposition de loi constitue-t-elle l'unique réponse que vous souhaitez apporter au problème des déserts médicaux et du manque de moyens ? Je doute qu'elle soit suffisante. Il est de toute façon nécessaire de libérer du temps médical. Pour ce faire, il faut assouplir, alléger, faciliter. Or les acteurs de terrain, médicaux comme paramédicaux, expriment leur déception à l'égard de structures qu'ils jugent trop technocratiques, comme les CPTS, qui ne semblent pas parvenir à coordonner les soins sur le terrain. Il faudra traiter ce problème.

**M. Didier Martin (RE).** Le titre de la proposition de loi met bien en lumière son objectif : améliorer l'accès aux soins de la population française. Le texte prévoit l'implication d'auxiliaires et de professionnels médicaux et paramédicaux dans le cadre de cette fameuse médecine coordonnée, dans laquelle les médecins traitants doivent jouer pleinement leur rôle.

Madame la rapporteure générale, pouvez-vous revenir sur la question des infirmiers anesthésistes, qui nous font part depuis longtemps de leur difficulté à accéder aux formations, qu'ils paient parfois de leurs propres deniers, et du peu de reconnaissance salariale qu'ils obtiennent, notamment dans le secteur hospitalier ? La loi définit les domaines dans lesquels peuvent exercer les IPA, comme les pathologies chroniques et stabilisées – ils interviennent dans la prise en charge de la douleur – et les urgences. Les infirmiers anesthésistes interviennent dans ces deux domaines. Je soutiens, avec d'autres, les revendications de ces professionnels qui sont en attente de réponses.

**Mme la rapporteure générale.** Merci pour tous vos commentaires. Ce texte est une proposition de loi, non un projet de loi « santé ». Ses quatre articles n'ont pas l'ambition de résoudre l'ensemble des problèmes de l'accès aux soins ; ils cherchent à avancer dans le

chemin ouvert par la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, en essayant de faciliter l'accès aux soins.

Que ce texte ne soit pas une baguette magique résolvant tous les problèmes, j'en suis consciente, mais est-ce une raison pour repousser les véritables avancées qu'il contient ? Demain, un patient pourra se rendre directement chez un kinésithérapeute pour soigner une entorse de la cheville sans avoir à attendre un rendez-vous chez un médecin : voilà une avancée pragmatique pour nos concitoyens. Tel est le sens de cette proposition de loi.

Il ne s'agit pas d'exclure le médecin généraliste, ou de faire exercer par d'autres le métier de médecin généraliste : rien de tel n'est écrit dans la proposition de loi, et c'est à mon sens une crainte qui n'a pas lieu d'être. Il suffit de regarder comment les choses se passent dans les autres pays qui ont mené cette réforme bien avant nous – 1962 aux États-Unis, et depuis plus de quinze ans ailleurs : non seulement les médecins généralistes ne disparaissent pas, mais ils se recentrent sur leur expertise propre, sur leur vrai métier ; ils occupent dans le système de soins la place centrale qui leur revient.

Les maladies évoluent. Le nombre de personnes âgées augmente rapidement : qui, dans quelques années, les soignera ? La place du médecin généraliste doit donc évoluer, comme l'ensemble de notre système de soins. Mais la proposition de loi ne porte pas sur les médecins généralistes – peut-être en faudra-t-il une sur ce sujet.

Il est vrai aussi qu'aucune valorisation financière n'est prévue ici. Cela ne relève pas d'une proposition de loi comme celle-ci, mais de la négociation conventionnelle avec les caisses d'assurance maladie, et du vote chaque année de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Le fait est que nous disposons de professionnels compétents, très souvent titulaires de diplômes universitaires et qu'à l'heure actuelle, nous reconnaissons mal leurs compétences, alors même que nous rencontrons des difficultés d'accès aux soins. Nous savons aussi que ces compétences, bien utilisées, permettent aux malades d'être mieux soignés. Des études scientifiques étrangères le prouvent : quand des malades sont pris en charge par le médecin et l'infirmière en pratique avancée, de façon complémentaire, les maladies évoluent moins vite, les malades vont mieux. J'ai pourtant parfois entendu le contraire, et encore aujourd'hui, puisque certains se sont inquiétés d'une dégradation de la qualité des soins.

Nous ne débattons pas en effet des amendements sur les infirmières anesthésistes et je le regrette comme vous, monsieur Neuder. Ce n'est pas moi qui prends la décision, mais je comprends que ces amendements, étendant le champ de compétences de ces professionnels, ne pouvaient pas être considérés comme recevables.

Je souligne que l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi tend à créer des IPA spécialisées. Les textes réglementaires pourraient alors ouvrir la possibilité pour les infirmières anesthésistes d'obtenir cette qualification. Un travail de définition est en cours au ministère pour définir les critères adéquats.

S'agissant de la distinction entre IPA spécialisés et IPA praticiens, elle me paraît importante. Issue d'une recommandation du rapport de l'Igas, elle vise à faire la différence entre les infirmières qui travaillent plutôt en amont du médecin et celles qui sont plutôt en aval. C'est le même métier, mais avec des modes d'exercice différents. On peut établir le parallèle avec

les médecins spécialistes hospitaliers et les médecins spécialistes en ville : un rhumatologue ne fera pas tout à fait la même chose en ville ou à l'hôpital.

Nous reviendrons sur les CPTS au cours des débats. Dans beaucoup d'amendements, elles ne sont pas considérées comme des structures de soins coordonnés. Cela peut pourtant être le cas, puisqu'une CPTS peut, par exemple, organiser les soins non programmés. On pourrait très bien imaginer d'y organiser également l'accès direct aux soins.

Monsieur Bazin, vous avez raison, en matière d'exercice coordonné il faut beaucoup de souplesse. Le Président de la République l'a dit dans ses vœux aux soignants : il a parlé d'« équipes traitantes ». Il faudra les organiser territoire par territoire pour que chaque citoyen dispose d'un professionnel référent, au sein d'une équipe, le médecin demeurant toujours bien sûr au centre du système.

Monsieur Aviragnet, vous trouvez cette proposition de loi plutôt bonne, mais vous annoncez que votre groupe va s'abstenir pour l'unique raison qu'elle ne vise pas à réguler l'installation des médecins. C'est dommage, tant vis-à-vis des professionnels, qui attendent de voir leurs compétences reconnues et valorisées, que vis-à-vis de nos concitoyens, qui verront s'améliorer leur accès aux soins si elle est adoptée. Nous sommes responsables devant eux, et je regretterais toute argutie de politique politicienne.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Madame la présidente, je suis préoccupé par la façon dont les travaux de la commission vont s'organiser au cours des semaines qui viennent. La réforme des retraites, dont nul n'ignore l'importance, va beaucoup nous occuper. Auparavant, nous avons examiné deux autres textes : celui-ci, sur les professions de santé, et un autre sur le « bien vieillir ». Il y aura aussi un projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne, dont certains articles concernent notre commission. Enfin, une niche parlementaire est prévue début février, et nous serons certainement saisis de certains des textes qui y seront inscrits.

Ce ne sont pas là des conditions de travail sérieuses. Vous n'y êtes pour rien, madame la présidente, et je ne sais pas s'il s'agit d'une stratégie délibérée du Gouvernement, mais nous devrions nous opposer, ensemble, à ce calendrier imposé par l'exécutif. Pendant que nous examinerons un texte en séance, nous devons déjà préparer les amendements pour le suivant... Nous faire légiférer de cette façon n'est pas respectueux du Parlement.

Il y a une crise sociale et une crise sanitaire, et notre commission est au cœur de ces préoccupations. Nous avons beaucoup de travail et je suis prêt à faire toute ma part, mais dans des conditions qui doivent s'améliorer. Ce n'est pas une question de couleur politique : il s'agit simplement de faire respecter les droits du Parlement. Pour faire honneur au mandat qui nous a été confié, nous devons légiférer dans de meilleures conditions.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** La réforme des retraites n'arrivera qu'à la fin du mois. Certes, la commission des affaires sociales est très sollicitée, mais souvent aussi pour examiner des propositions de loi, notamment dans le cadre des niches que vous citez. Ce sont parfois des initiatives parlementaires qui bousculent notre agenda, et c'est bien une proposition de loi que nous examinons aujourd'hui. Pardon de le dire, le Gouvernement n'est pas responsable de tout.

La commission a été sollicitée cet été pour le projet de loi sur le pouvoir d'achat ainsi qu'au sujet de l'assurance chômage. Ensuite, il y a eu le PLFSS, évidemment un texte majeur. Nous

avons maintenant un peu d'air avant la réforme des retraites. En attendant, nous avons désigné nos deux rapporteuses pour la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, mais le calendrier d'examen n'en sera fixé que d'ici quelques jours, précisément pour ne pas vous bousculer : je pense, vous le voyez, à votre repos dominical !

Je salue ce travail parlementaire, et nous faisons tout ce que nous pouvons pour qu'il se déroule dans les meilleures conditions, avec les moyens que nous avons.

**M. Yannick Neuder (LR).** S'agissant des infirmiers anesthésistes, madame la rapporteure générale, vous dites vouloir reconnaître leur formation par le grade de master – il y a un mouvement vers l'universitarisation de ces professions – et leur assurer une meilleure carrière.

Vous dites aussi que des discussions sont en cours. Pouvez-vous vous engager ce soir à ne pas transformer nos infirmières anesthésistes, clef de voûte du fonctionnement de nos blocs opératoires, de nos Smur, de nos systèmes de gestion de la douleur, en IPA « urgences » ? Peut-on dès maintenant s'assurer qu'elles ne seront pas concernées par cet article, qui pour le moment crée plus d'inquiétudes qu'il ne règle de problèmes ?

Vous parlez de pragmatisme, soyons pragmatiques : on ne sait pas ce qui va sortir des négociations ; le dispositif d'IPA n'est pas abouti ; sortons-en donc les infirmières anesthésistes ! Cela apportera un peu de sérénité aux 11 000 infirmiers anesthésistes – à comparer aux 300 à 800 IPA formés par an.

Il ne s'agit pas, je l'ai dit, d'opposer les uns aux autres. Ce sont des professions complètement différentes.

**Mme la rapporteure générale.** La question des infirmières anesthésistes ne figure pas dans la proposition de loi. Ce que j'ai dit, c'est que la rédaction proposée en ce qui concerne les IPA spécialisés leur permettrait de devenir IPA sous réserve de modifications réglementaires en cours de discussion. On ne peut pas les retirer du texte, car pour le moment elles n'y sont pas incluses.

**M. Yannick Neuder (LR).** Soyez claire et rassurez-les !

**Mme Justine Gruet (LR).** J'aimerais revenir sur le conventionnement des praticiens. En cas d'accès direct, il n'y a plus de prescription médicale. Peut-on garantir que le conventionnement sera conservé ? C'est important, car cela permet un accès équitable à tous les patients, et c'est une chance. Sans prescription médicale ni conventionnement, le patient ne serait plus remboursé.

Je m'interroge aussi sur les rémunérations identiques, alors que tout augmente : cela revient à dégrader la qualité de vie du professionnel. Je rejoins ce qui a été dit sur la revalorisation des soignants.

**Mme la rapporteure générale.** L'accès direct figure déjà dans la loi pour les kinésithérapeutes. Cette proposition de loi permet justement la prise en charge par la sécurité sociale : aujourd'hui, en cas d'urgence, vous avez le droit d'aller voir un kinésithérapeute, mais vous ne serez pas remboursé. Nous proposons que l'accès direct permette le remboursement, à condition qu'il s'inscrive dans un exercice coordonné.

*La séance est levée à dix-neuf heures quarante.*

**Information relative à la commission**

*La commission a désigné Mmes Monique Iborra et Annie Vidal rapporteuses de la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France (n° 643).*

### **Présences en réunion**

*Présents.* – M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, Mme Fanta Berete, Mme Anne Bergantz, Mme Chantal Bouloux, M. Victor Catteau, M. Hadrien Clouet, M. Paul-André Colombani, Mme Laurence Cristol, Mme Christine Decodts, M. Pierre Dharréville, Mme Karen Erodi, M. François Gernigon, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Claire Guichard, Mme Servane Hugues, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Rachel Keke, Mme Fadila Khattabi, M. Didier Le Gac, M. Didier Martin, Mme Joëlle Mélin, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Charlotte Parmentier-Lecoq, Mme Michèle Peyron, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

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

*Assistait également à la réunion.* – Mme Ségolène Amiot