

# ASSEMBLÉE NATIONALE

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011**

164<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

**2<sup>e</sup> séance du mercredi 13 avril 2011**

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



<http://www.assemblee-nationale.fr>

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENCE DE M. MARC LE FUR

### 1. Modification de la loi portant réforme de l'hôpital (*suite*) (n° 3293) (p. 2553)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 2553)

Après l'article 3 (*suite*) (p. 2553)

Amendement n° 99.

Mme Valérie Boyer, rapporteure de la commission des affaires sociales.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Amendements n° 81, 144, 76, 97, 105, 49, 175 rectifié, 143.

Amendements identiques n° 95 et 245.

Amendements n° 77, 146 rectifié, 186 rectifié.

Article 3 *bis* AA (p. 2565)

M. Christian Paul.

Amendements identiques n° 80 et 142.

Après l'article 3 *bis* AA (p. 2567)

Amendement n° 94 rectifié.

Article 3 *bis* AB (p. 2567)

Mme Jacqueline Fraysse.

Amendement n° 63.

Article 3 *bis* AC (p. 2568)

Article 3 *bis* AD (p. 2568)

Amendement n° 62.

Article 3 *bis* A (p. 2568)

Amendements n° 31, 261 rectifié.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 2569)

Amendement n° 261 rectifié. (*suite*)

Article 3 *bis* (p. 2569)

Après l'article 3 *bis* (p. 2569)

Amendement n° 125.

Amendements identiques n° 150 et 257.

Amendement n° 122 et amendements identiques n° 252, 110, 151 et 221.

Article 4 (p. 2571)

Amendements identiques n° 59, 96 et 104.

Après l'article 4 (p. 2574)

Amendements n° 98 rectifié, 275.

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2577)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTICE DE M. MARC LE FUR,**

**vice-président**

**M. le président.** La séance est ouverte.

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

1

## MODIFICATION DE LA LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL

### Suite de la discussion d'une proposition de loi adoptée par le Sénat

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (n<sup>os</sup> 3238, 3293).

#### DISCUSSION DES ARTICLES (SUITE)

**M. le président.** Cet après-midi, l'Assemblée a commencé l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n<sup>o</sup> 99 portant article additionnel après l'article 3.

#### Après l'article 3 *(suite)*

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 99.

**M. Philippe Vigier.** Monsieur le ministre de la santé, mes chers collègues, cet amendement, qui fait suite à ceux que j'ai précédemment défendus, tend à développer une possibilité déjà offerte et qui a montré son efficacité.

Vous le savez, les internes de médecine générale accomplissent déjà un stage de six mois. Nous proposons qu'ils passent non plus un, mais deux semestres, soit dans l'une des fameuses maisons de santé pluridisciplinaires auxquelles vous avez montré tout à l'heure combien vous étiez attachés et qui feront la preuve de leur efficacité au cours des années à venir, soit au sein d'un établissement hospitalier auquel ils apporteraient leur compétence, celle de praticiens hautement qualifiés – ils auront au minimum un niveau bac + 8. Ils pourraient ainsi passer une année entière en zone déficitaire.

Dans les maisons de santé pluridisciplinaires, où l'on voit bien qu'il sera difficile de monter un projet médical, cela permettrait de faire venir régulièrement des praticiens,

puisque un roulement s'organiserait. D'autre part, ces étudiants découvrirait ainsi des régions, des territoires, des villes où l'on peut espérer qu'ils s'installeraient.

Voici en somme ce que la mesure permettrait : l'apport d'une compétence, une expérience de terrain et un enracinement qui, j'en suis persuadé, contribuerait notablement à résorber la désertification médicale et le défaut d'égalité sur l'ensemble du territoire. Cet amendement concourrait donc à notre effort commun en ce sens.

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Boyer, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement.

**Mme Valérie Boyer,** *rapporteure de la commission des affaires sociales.* Avis défavorable.

Votre intention est louable, cher Philippe Vigier, mais la mesure n'appartient pas au domaine de la loi. C'est la raison principale qui explique le rejet de l'amendement par la commission.

En outre, la réglementation en vigueur n'empêche pas d'effectuer un stage de deux semestres soit au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, soit dans un établissement hospitalier, prioritairement dans les zones où l'offre de soins est déficitaire. Je note que votre amendement ne mentionne pas la possibilité d'effectuer un stage chez un médecin généraliste.

Il pourrait en revanche être contre-productif de rendre ces stages obligatoires alors que l'internat de médecine générale manque déjà d'attractivité. Du reste, pourquoi les spécialistes ne sont-ils pas concernés par la proposition ? Pourquoi ne pourraient-ils pas découvrir eux aussi, au cours d'un stage, les conditions d'exercice en zone sous-dotée ?

Enfin, notre gouvernement a déjà consacré un effort financier considérable aux stages chez un médecin généraliste : rappelons que l'indemnisation versée au maître de stage s'élève à 600 euros par mois.

En matière de stages, des progrès ont été accomplis. Nous devons poursuivre dans cette voie. Mais rendre cette mesure obligatoire ne pourrait que nuire à l'attractivité de la spécialité de médecine générale.

**M. le président.** La parole est à M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement.

**M. Xavier Bertrand,** *ministre du travail, de l'emploi et de la santé.* Je comprends le point de vue de Philippe Vigier ; je serais même tenté de le partager. Néanmoins, cette mesure ne relève pas de la loi, mais de la maquette universitaire.

N'oublions pas que les textes offrent déjà cette possibilité, même si elle n'est pas explicite.

Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Lemorton.

**Mme Catherine Lemorton.** Simple précision rédactionnelle, monsieur le président. Dans son amendement, notre collègue Vigier mentionne les « établissements hospitaliers », alors que, sauf erreur de ma part, l'expression a disparu de la loi : on parle désormais d'établissements de santé publics ou privés.

*(L'amendement n° 99 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 81.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Aux termes de la législation actuelle, une allocation mensuelle est versée par le centre national de gestion aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer leurs fonctions à compter de la fin de leur formation, à titre libéral ou salarié, dans des zones sous-dotées.

Nous proposons de tenir également compte des activités de remplacement. En effet, beaucoup de jeunes médecins ne s'installent définitivement à titre libéral que plusieurs années après la fin de leurs études ; dans l'intervalle, ils effectuent essentiellement des remplacements. Dès lors, il est normal d'intégrer cet effet de conjoncture aux modalités du contrat.

Cette mesure nous paraît à la fois logique et utile. Nous en sommes conscients, elle ne suffira pas à réduire durablement les déserts médicaux en milieu rural comme dans les quartiers populaires des grandes villes, ce qui représente un véritable enjeu de société. Mais elle devrait y contribuer. De ce point de vue, notre amendement va dans le bon sens.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Défavorable.

Je rappelle qu'aux termes des contrats d'engagement de service public, les internes de dernière année choisissent leur lieu d'exercice dans des zones sous-dotées définies par les agences régionales de santé. L'exercice peut donc inclure une part de remplacement. Dès lors, il n'est pas utile de le préciser : l'amendement est déjà satisfait.

J'ajoute que je ne suis de toute façon pas favorable à un tel principe : le remplacement pendant plusieurs années n'est pas une forme privilégiée d'implantation durable d'un jeune médecin dans un système de soins local. Les professionnels de santé ont été unanimes pour nous demander de ne pas créer un statut de remplaçant, de ne pas rigidifier cette fonction.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Très bien.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Ce serait même contradictoire : le remplaçant a l'interdiction d'exercer au même endroit à l'issue du remplacement ; si on l'oblige à rentrer dans un cadre très étroit, cela ne facilitera pas les choses, surtout pour une première installation.

Je ne suis donc pas certaine qu'une telle mesure rendrait très attractive le contrat d'engagement de service public. J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Même argumentation, même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Je voudrais dire à notre collègue Jacqueline Fraysse que si je suis d'accord à 98 % avec ce qu'elle propose dans ce débat...

**M. Jean Leonetti.** Il manque 2 % !

**M. Christian Paul.** Voilà, eh bien nous y sommes justement !

**M. Jean Leonetti.** Je ne faisais qu'un constat mathématique.

**M. Christian Paul.** En l'occurrence, ce serait, je crois, faire au ministre et à sa majorité un immense cadeau que de laisser croire...

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Vous êtes découverte, madame Fraysse ! *(Sourires.)*

**M. Christian Paul.** Je sais bien que ce n'est pas l'intention de Mme Fraysse. *(Sourires.)*

Ce serait un bien beau cadeau à ceux qui ne veulent rien faire que de laisser croire que le contrat d'engagement de service public – 400 places actuellement, dont 200 sont pourvues – peut réellement apporter une réponse à la question des déserts médicaux.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je l'ai dit !

**M. Christian Paul.** Je ne souhaite pas voir de simulacres dans ce débat. Il y a suffisamment de faux-semblants dans ce débat pour ne pas en rajouter !

**M. Jean Leonetti.** C'est un spécialiste des simulacres et des faux-semblants qui parle !

*(L'amendement n° 81 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 144.

La parole est à Mme Catherine Lemorton.

**Mme Catherine Lemorton.** La loi du 21 juillet 2009 avait – un peu – amélioré la transparence pour le patient des dépassements d'honoraires. Mais les conditions sociales de notre pays se dégradent de plus en plus, et la vie de beaucoup de nos concitoyens est de plus en plus difficile ; le seuil de dépassement pour que l'information du patient devienne obligatoire est fixé à soixante-dix euros : c'est déjà beaucoup trop pour une large part de la population française.

Nous voulons donc renforcer la transparence, en allant un peu plus loin que la loi HPST.

J'irai même un peu plus loin que l'amendement : c'est dès la prise de rendez-vous que le patient devrait savoir qu'il devra payer un tarif qui n'est pas opposable à la sécurité sociale ; ainsi, il aurait au moins le choix et pourrait trouver un médecin pour le soigner au tarif opposable.

On parle d'accès aux soins et de libre choix, mais celui-ci est souvent limité par la taille du porte-monnaie.

Cet amendement est donc un amendement de solidarité.

*(L'amendement n° 144, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 76.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** M. Bernier, dans son rapport déposé au nom de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, écrivait : « Les critères de densité et d'activité sont également jugés insuffisants pour refléter fidèlement la capacité de l'offre de soins de premier recours à satisfaire la demande au sein d'un territoire. Des critères complémentaires devraient être pris en compte. »

**M. Christian Paul.** Excellent rapport !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Excellent rapport, en effet.

On ne peut en effet considérer une zone de la même façon si la majorité des médecins y exercent en secteur 1, ou s'ils pratiquent des honoraires libres, souvent inaccessibles pour les ménages les plus modestes. Il importe donc de ne pas apprécier l'activité du praticien sur le seul critère du volume d'honoraires perçus, comme c'est le cas aujourd'hui : il faut au contraire moduler cette appréciation suivant le nombre de consultations effectuées.

Il convient également de prendre en compte l'âge des professionnels de santé installés, dont beaucoup vont partir en retraite : cela permettrait de mieux préparer la relève.

Par ailleurs, l'éloignement relatif des centres hospitaliers ou leur regroupement dans un périmètre restreint peut constituer un frein à l'accès aux soins, alors même que la zone est réputée suffisamment dotée en établissements. Cet élément doit également être pris en compte.

Le problème des déserts médicaux et la mobilisation des fonds publics impliqués sont suffisamment importants pour que le législateur fixe des grilles de lecture claires, prenant en compte la réalité des situations permettant l'équité dans l'accès aux soins.

Lors de l'examen en commission de cet amendement, Mme la rapporteure nous a répondu que les critères retenus pour définir les zones ne devaient pas figurer dans la loi, car cela empêcherait de les adapter à chaque situation locale. De ce commentaire, je tire la conclusion que notre amendement revêt une certaine pertinence.

Mais Mme la rapporteure a ajouté qu'un arrêté viendrait prochainement combler ces insuffisances, et fixer ces critères au niveau national.

**M. Christian Paul.** Quelle démission, madame la rapporteure !

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Vous confondez liberté et démission, monsieur Paul.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je regrette donc que nous ne puissions pas débattre ici des critères retenus ! Rien n'est dit sur ce nouvel arrêté, qui contiendra ces nouveaux critères ; peut-être M. le ministre pourra-t-il nous éclairer sur ce point.

C'est pourquoi notre amendement fixe, dès maintenant, de façon transparente, des critères que l'on peut certes discuter, mais qu'il est nécessaire de fixer.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** J'aimerais, mes chers collègues, que nous passions un peu de temps sur cet amendement, car il est vraiment important.

M. le ministre l'a dit tout à l'heure dans la discussion : cette grille de critères était traditionnellement, c'est-à-dire avant la loi HPST, fixée par les Agences régionales de l'hospitalisation et les Unions régionales des caisses d'assurance maladie. Vous en avez convenu très justement tout à l'heure, monsieur Bertrand : dans beaucoup d'endroits, la grille d'analyse appliquée aux territoires n'était pas pertinente.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Elle était beaucoup trop administrative.

**M. Christian Paul.** Absolument ; et les éléments qu'elle prenait en compte n'étaient pas assez diversifiés.

Je ne prends qu'un exemple – déjà analysé par la mission que j'avais conduite avec Marc Bernier, en 2008, c'est-à-dire il y a trois ans déjà : l'âge des médecins n'était pas pris en considération, alors que c'est un élément très important. Imaginons qu'un canton compte trois médecins : s'ils ont chacun trente-cinq ans, la perspective démographique n'est à l'évidence pas du tout la même que si ces mêmes médecins ont cinquante-neuf, soixante et soixante-deux ans ! C'est du bon sens.

Ce zonage a des conséquences. Pour vous, monsieur le ministre, c'est l'avenant 20, c'est-à-dire une rémunération plus importante, une incitation financière. Pour nous, demain, ce sera la mise en œuvre d'actions de régulation d'un autre type. Mais nous avons tous intérêt à savoir précisément où l'effort doit porter en priorité.

Je rejoins donc totalement l'amendement de Mme Fraysse – vous voyez que le chiffre de 98 % d'accord n'était pas erroné ! Nous avons besoin, non pas que la loi fixe le détail des critères, mais qu'elle donne au pouvoir réglementaire, c'est-à-dire au Gouvernement, et aux ARS – dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire ambulatoire, évoqué à l'article suivant, et sur lequel nous allons aussi passer quelques instants tout à l'heure – une grille de lecture et d'action sans laquelle l'action publique est vraiment condamnée à l'impuissance.

On ne peut pas, sur ces questions, considérer qu'il n'existe pas de territoires qui, parce qu'ils sont déficitaires, sont prioritaires. Et, si on reconnaît qu'il existe de tels territoires, alors leur définition doit faire l'objet d'un débat national.

Mme Fraysse a parfaitement souligné l'importance de critères tels que l'âge des professionnels, l'âge des populations, les tarifs et les dépassements d'honoraires, l'existence de centres de santé et de maisons médicales, l'éloignement des centres hospitaliers – critère très important, car la charge est beaucoup plus lourde pour les médecins de premier recours, notamment pour la prise en charge des urgences, si le service d'urgences le plus proche se situe à cinquante ou soixante kilomètres.

L'adoption d'une telle grille montrerait notre volonté collective d'agir, quelles que soient encore une fois les modalités que l'on veut donner à l'action publique.

Je rappelle également, car nos collègues membres de la commission des affaires sociales sont nombreux ce soir, qu'en commission nous avons approuvé à l'unanimité la grille d'analyse proposée par le rapport de 2008. Nous

pourrions donc l'adopter maintenant – sauf si M. le ministre nous dit maintenant que ce n'est pas du domaine de la loi, et qu'un texte réglementaire est en préparation.

**M. Jean Leonetti.** Bien sûr! C'est évident!

**M. Christian Paul.** Mais mettre à la poubelle en trois secondes et demi une question de cette importance, c'est-à-dire la désignation des territoires prioritaires dans la lutte contre les déserts médicaux, ce serait vraiment une erreur collective.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Lefrand.

**M. Guy Lefrand.** Je voudrais profiter de cet amendement pour poser une question: monsieur le ministre, quand comptez-vous revoir cette liste des zones déficitaires, et selon quelle périodicité sera-t-elle revue par la suite? On le voit aujourd'hui, certains territoires classés comme non déficitaires rencontrent des difficultés: la situation a beaucoup évolué.

Certains critères, de plus, posent problème. Lorsque nous proposons de créer des maisons de santé sur certains territoires, nous nous entendons répondre que les professionnels de santé ne sont plus assez nombreux, alors même que les maisons de santé sont conçues pour être implantées là où il existe déjà un déficit important.

**M. le président.** La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Nous avons déjà eu ce débat en commission.

**M. Christian Paul.** Mais le ministre n'était pas là!

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Nous allons donc l'interroger, comme l'a fait Guy Lefrand.

La détermination des zones pose aujourd'hui des problèmes, c'est vrai. Mais nous avons donné un avis défavorable à cet amendement car si un zonage est nécessaire, il ne peut pas être établi suivant des méthodes statistiques décidées au niveau national.

Nous avons créé les ARS pour qu'elles puissent conduire l'examen au niveau régional et définir des critères d'analyses plus fins.

M. le ministre va sans doute nous expliquer maintenant comment ce zonage, qui pose effectivement des problèmes, va évoluer. Mais ce n'est pas à la loi qu'il revient de définir en détail les critères d'appréciation.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Je suis défavorable à cet amendement car je ne pense pas qu'il soit bon d'inscrire tous les critères dans la loi.

En revanche, nous pouvons, je crois, nous entendre sur un certain nombre de priorités: que l'on adhère ou pas à notre système, je ne pense pas que ce soit des priorités de droite ou des priorités de gauche.

Les fois précédentes, il n'y avait quasiment rien, et c'est, je pense, l'une des raisons de l'échec du zonage. Comme rien n'était écrit, les ARH ont dessiné les zones à leur façon: c'était un zonage très administratif, et qui laissait de côté certains critères.

Dans un département comme l'Aisne, le découpage était ainsi purement administratif, voire cantonal, pour définir des zones que l'on estimait sous-médicalisées; mais la présence ou l'absence de médecins dans le canton d'à côté, à douze kilomètres de là, n'était pas prise en compte.

**M. Christian Paul.** Vous êtes beaucoup moins hors-sol que d'habitude, monsieur le ministre!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Comme par hasard, on finissait par définir des zones dans lesquelles on n'avait aucune raison d'implanter un cabinet de groupe: comme à douze kilomètres de là, de l'autre côté de la barrière cantonale, vous aviez un cabinet, vous ne risquiez pas d'avoir une zone considérée comme sous-médicalisée, et la dotation supplémentaire correspondante.

**M. Christian Paul.** Alors, qu'est-ce qu'on fait?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Mettons-nous bien d'accord. Je vais répéter des propos que j'ai toujours tenus sur le sujet: l'enjeu, pour les médecins qui exercent en zone sous-médicalisée, n'est pas de gagner plus d'argent. On gagne plutôt correctement sa vie. Le vrai problème, c'est la charge de travail.

**M. Christian Paul.** C'est pour cela que les incitations financières ont très peu d'effet!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Si, elles ont un sens, parce que si l'on exerce en groupe, avec des journées plus importantes qu'ailleurs, elles offrent en pratique la possibilité de gagner en quatre jours ce que l'on gagnerait en cinq jours – ce sont des internes de la région Picardie qui me l'ont expliqué. Ainsi, à plusieurs, on peut bénéficier d'une meilleure qualité de vie pour ses proches.

**Mme Catherine Lemorton.** Vous voilà maintenant favorable aux trente-cinq heures!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** C'est d'autant plus vrai que le conjoint a parfois des difficultés à trouver du travail. Ces médecins gagnent leur vie. Ils ne veulent pas augmenter leurs revenus: ils veulent des moyens pour investir dans leur cabinet, et dans certaines techniques médicales, mais aussi pour prendre du temps pour eux, pour se former et surtout pour leurs proches. C'est cela le véritable enjeu.

**M. Christian Paul.** Instant de grâce.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Le problème est simple: dans ces zones, avec cette clientèle, les médecins ne sont pas engagés dans une course à l'acte, dans une course au revenu.

Deuxième point, il me semble nécessaire de préciser davantage les critères au niveau national, ce qui sera fait par voie d'arrêté. Je vais vous expliquer selon quelle méthode.

Chaque mois, je réunis tous les directeurs généraux d'ARS, ce qui me permet de leur faire passer des messages et d'effectuer un travail plus partenarial. Je leur ai demandé de me proposer des critères beaucoup plus pertinents. Normalement, ce devait être fait pour la fin du mois dernier mais, en raison de l'anniversaire des ARS à Marseille, ce sera pour le mois prochain. Monsieur Lefrand, j'ai demandé que le zonage soit complètement terminé avant la fin de l'année.

La grille de ce nouveau zonage, sans déséquilibrer l'existant, devra être complètement refaite en prenant en compte le plafond de population avec le nombre de médecins. Je suis d'accord pour intégrer également l'âge, car, dans un canton ou

un quartier sensible, une moyenne d'âge de médecins de cinquante-neuf ans ou de trente-neuf peut faire une différence. Le zonage doit être revu progressivement. Certains parlent de cinq ans. Je pense que c'est trop long.

J'ai l'intention aussi de mettre dans un arrêté une consigne – mais j'attends de voir si cela est pertinent – concernant les pathologies à certains endroits, la proximité d'établissement de santé ou pas, sans parler des complémentarités à développer avec des hôpitaux locaux. Il faut également prendre en compte la présence de professionnels paramédicaux. À court, moyen et long terme, il y a là un sujet qui évoluera en profondeur : la délégation de tâches, à énoncer avec beaucoup de précaution. Il peut être très intéressant, en effet, de développer des partenariats.

Lors de la mise en place du SISA, certains professionnels de santé nous ont proposé, notamment dans la région de M. Lefrand, de réfléchir à des sortes de groupements de coopération sanitaire hors établissement pour pouvoir développer d'autres complémentarités, entre deux zones sous-médicalisées, par exemple. C'est une façon d'aller jusqu'au bout des choses. M. Leveueur a cette idée pour les régions Basse-Normandie et Haute-Normandie. Si cela risque de compliquer les choses, je pense que c'est tout de même un sujet d'avenir.

Voilà ce que j'ai en tête. J'examinerai avec les agences régionales de santé ce qui semble le plus pertinent. En tout état de cause, la méthode de la feuille blanche ne peut pas marcher.

Dernier point, il ne faut pas raisonner en termes administratifs mais de bassin de vie. Si l'on appréhende bien les habitudes de vie, les zonages seront beaucoup plus pertinents. Certaines zones seront plus étendues avec le risque d'avoir à engager des sommes supplémentaires. Je l'assume : c'est un investissement intelligent qui en vaut la peine.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Très bien !

**M. Christian Paul.** C'est une belle défense de l'amendement de Mme Fraysse !

*(L'amendement n° 76 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 97.

La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Voilà encore un amendement qui traite de démographie médicale, en particulier de répartition inégale des praticiens sur le territoire. Il propose qu'à l'issue de leur internat, les médecins travaillent pendant trois années dans la région dans laquelle ils ont été formés, prioritairement sur des zones déficitaires.

Cette proposition n'arrive pas spécialement pour ce texte. Claude Leteurre, le premier, avait été l'auteur d'un tel amendement. Elle peut paraître coercitive, mais aujourd'hui, les aides-soignantes devenues infirmières ou les infirmières spécialisées, comme les infirmières de bloc opératoire diplômées d'État, doivent trois ans à la fonction publique hospitalière. Il y a quelques années, à leur sortie de l'institut de préparation à l'enseignement secondaire, les jeunes devaient travailler pendant dix ans pour l'éducation nationale.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Les normaliens aussi !

**M. Philippe Vigier.** Si vous sortez de Polytechnique, soit vous travaillez dans la fonction publique, soit l'entreprise qui vous embauche rachète les années d'études.

L'avantage de cette proposition, qui me paraît extrêmement important, c'est qu'après avoir passé trois années dans une maison de santé pluridisciplinaire, dans un cabinet de groupe, la greffe pourrait prendre et les jeunes médecins pourraient avoir envie de s'installer sur un territoire. Sachant que 80 % des personnes formées dans une région s'y installent, je suis persuadé que l'attractivité jouerait, suscitant des vocations.

Le coût moyen de la formation d'un médecin est évalué à 200 000 euros. Ce serait, me semble-t-il, un juste retour sur investissement pour l'État, qui participe beaucoup moins à d'autres formations très dispendieuses de l'enseignement supérieur, en laissant la charge aux étudiants.

Cette mesure simple existe pour d'autres professions sans pour autant susciter de tollé. On pourrait l'appliquer aux jeunes médecins formés.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Avis défavorable. Compte tenu de la crise des vocations, il n'est pas possible de faire peser une contrainte supplémentaire sur les médecins libéraux. Je ne suis pas d'accord pour adopter ce type de proposition sans concertation préalable avec les professionnels. Il faut aller au bout de la logique de l'incitation avant de s'engager dans la coercition.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Je n'ai rien à ajouter. Même avis.

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Monsieur Vigier, êtes-vous hostile à la médecine libérale ?

**M. Philippe Vigier.** J'y suis tout à fait favorable.

**M. Christian Paul.** Êtes-vous favorable à la bureaucratisation du système de santé ?

**Mme Isabelle Vasseur.** C'est un tribunal ?

**M. Jean Leonetti.** Il n'a pas à vous répondre !

**M. le président.** Monsieur Paul, dans cette enceinte, on s'adresse à l'ensemble de ses collègues ou à la présidence, mais il n'y a pas de colloque singulier.

**M. Philippe Vigier.** Vous n'êtes pas mon professeur et je ne suis pas votre élève, monsieur Paul !

**M. Christian Paul.** Mon intention était d'aller dans votre sens, monsieur Vigier, car nous allons voter votre amendement. Je voulais démontrer qu'on pouvait être favorable à la médecine libérale et totalement hostile à la bureaucratisation du système de santé mais qu'on pouvait parvenir à la conclusion, après avoir réfléchi sérieusement à la question, et dégagé de toute considération idéologique que des mesures de régulation sont nécessaires. Celle qui est préconisée dans cet amendement est assez proche de propositions que nous faisons.

**M. Philippe Vigier.** Vous soutiendrez donc ma proposition de loi !

**M. Christian Paul.** Certains de nos collègues de la majorité ont montré, tout au long de la discussion, qu'ils avaient une bonne connaissance du terrain, tout comme M. Bertrand lorsqu'il quitte son costume de ministre pour endosser celui d'élu de l'Aisne. Or quand on a une bonne connaissance de son département, on sait que ces propositions sont nécessaires et on cesse de les caricaturer. Alors, oui, nous voterons l'amendement de M. Vigier.

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Jardé.

**M. Olivier Jardé.** N'oublions pas que les médecins s'installent vers trente-huit ou trente-neuf ans. Si nous prenons des mesures très coercitives, nous aurons des remplaçants définitifs, car ils pourront travailler sans contrainte, là où ils le souhaitent et quand ils le souhaitent.

Je reviens sur la problématique des héritiers de Jules Ferry et de l'université. L'université est un ascenseur social où préside le grand principe de la gratuité. Pourquoi les seuls étudiants en médecine seraient-ils redevables à l'État ?

**Mme Jacqueline Fraysse.** Ce ne sont pas les seuls !

**M. Olivier Jardé.** Dans notre système d'enseignement supérieur, les étudiants des grandes écoles, comme les polytechniciens cités par M. Vigier, sont effectivement redevables, pas les étudiants de l'université où la gratuité prime.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Ce n'est pas vraiment la gratuité !

**M. Olivier Jardé.** Je suis un farouche défenseur des incitations et non de la coercition. Je voterai contre cet amendement. Encore une fois, le Nouveau Centre se singularise !

**M. Christian Paul.** Il explose !

**M. le président.** La parole est à M. Michel Issindou.

**M. Michel Issindou.** Devant cet amendement remarquable de M. Vigier, on croit rêver ! Alors que nous ne cessons d'expliquer que nous voulons simplement quelques mesures de régulation, il nous propose un amendement que nous n'aurions pas osé écrire. Que n'aurions-nous alors entendu !

**M. Jean Leonetti.** Vous n'en avez pas été capables !

**M. Michel Issindou.** Il est ainsi admis qu'on peut demander, certes gentiment, à un médecin, qui a bénéficié d'une formation à 200 000 euros pendant dix ans, d'aller exercer, une fois son diplôme en poche, pendant trois ans dans un territoire sous-doté. C'est ce que nous disons depuis deux jours.

Il n'y a là rien de révolutionnaire. C'est la pratique vis-à-vis de tous les fonctionnaires d'État qui sortent des écoles : en fonction de leur rang de classement, ils sont envoyés là où des postes sont à pourvoir.

**M. Jean Leonetti.** Le médecin libéral n'est pas un fonctionnaire d'État !

**M. Michel Issindou.** Monsieur Vigier, votre amendement est superbe, et c'est avec grand plaisir que nous le voterons.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Leteurre.

**M. Claude Leteurre.** Encore un représentant du Nouveau Centre, mais agacé, celui-là, par les positions universitaires. L'introduction du *numerus clausus* par Jack Ralite s'est accompagnée de la disparition de l'internat des hôpitaux périphériques. (« *Eh oui !* » sur les bancs du groupe NC.) Ce

fut le point de départ de la déstructuration de l'aménagement du territoire. Il faut choisir : ou l'on veut faire plaisir aux médecins, ou l'on veut soigner l'ensemble de la population.

**M. Christian Paul.** Que cela est doux à nos oreilles !

**M. Claude Leteurre.** Sur ce sujet, mon discours est constant, monsieur Paul.

**M. Jean Mallot.** C'est vrai !

**M. Claude Leteurre.** D'ailleurs, lors de la discussion de la loi HPST, j'avais déposé un amendement tendant à faire obligation à tout médecin de se mettre à disposition pendant trois ans pour exercer dans des zones sous-dotées, et cela à partir de 2018.

**M. Michel Issindou.** Et voilà !

**M. Claude Leteurre.** L'argument de M. le ministre selon lequel ce serait encore décourager les médecins ne tient pas. La pression est telle au moment de la sélection en première année de médecine qu'on ne voit pas comment les gens pourraient être découragés. D'autant que, comme le rappelait Olivier Jardé, aujourd'hui les médecins ne s'installent pas avant trente-huit ou trente-neuf ans. C'est donc dans la période entre vingt-huit et trente-huit ans qu'ils devraient consacrer trois ans à soigner la population dans des zones, définies par décret, qui ont besoin de présence médicale.

L'amendement est peut-être brutal, mais a le mérite de bien poser le problème. Personnellement, je le voterai.

**M. Richard Mallié.** N'anticipons pas le projet socialiste !

*(L'amendement n° 97 n'est pas adopté.)*

**M. Gérard Bapt.** Ne venez pas vous plaindre de l'encombrement des urgences !

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 105.

La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Cet amendement participe, lui aussi, de la volonté de réduire l'inégale répartition des médecins sur le territoire. Il part d'une question simple : quel est le niveau que l'on estime indispensable pour une prise en charge médicale de qualité ? En d'autres termes, combien faut-il de médecins, généralistes et spécialistes, sur un territoire donné ? Cela peut être très facilement défini, même en fonction de certains contextes géographiques, et pourrait faire l'objet d'un travail contradictoire entre les ARS, les conseils de l'ordre, l'ensemble des professionnels d'une même région.

Pour ma part, j'ai pris le cas de la région Centre. La situation est simple : la surdensification médicale est à Tours ; dans l'agglomération constituée par les quatre communes alentours, la plupart des spécialités médicales sont en surdensification ; partout ailleurs, la liberté d'installation est totale. On est donc très loin d'un *numerus clausus* comme pour les pharmaciens. On pourrait dire à un jeune médecin d'aller s'installer à Amboise, à Blois.

Ce raisonnement peut s'appliquer à la plupart des régions. Évidemment, à Bordeaux ou sur la Côte d'azur, il faudra faire quarante kilomètres, mais à Clermont-Ferrand, on pourra s'installer partout sauf dans le centre-ville.

Cette limitation assez peu restrictive permettrait *de facto* d'apporter un peu plus d'équilibre sur le territoire en termes d'installations.



L'amendement que je propose irait, me semble-t-il, dans le bon sens.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Défavorable, comme pour l'amendement précédent. En effet, la méthode proposée est trop planificatrice et pourrait aller jusqu'au déconventionnement des médecins.

Nous avons, monsieur Vigier, une approche divergente concernant la liberté d'installation et les méthodes incitatives. Privilégions ces dernières ! Nous sommes en train de les valoriser dans ce texte ; il faut leur laisser leur chance.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Même argumentation et même avis que la commission.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je regrette les propos que je viens d'entendre. Vous ne pouvez pas déplorer, la main sur le cœur, les zones sous-dotées en disant que cela nous préoccupe tous, sur tous les bancs et, lorsque des mesures raisonnables sont proposées, les repousser. La proposition de M. Vigier n'est pas coercitive : il s'agit simplement de dire aux jeunes médecins qu'ils ont la liberté de s'installer partout, sauf là où il y a déjà trop de médecins.

Je l'ai dit en commission, mais je tiens à le répéter ici, je trouve extrêmement préoccupant que la priorité ne soit pas donnée à l'intérêt général, autrement dit à la santé de nos concitoyens. Nous respectons beaucoup les médecins – je crois être bien placée pour cela – mais ils ont des responsabilités à assumer. D'ailleurs, je pense qu'ils ne seraient pas opposés à une telle mesure, dans leur immense majorité,...

**M. Christian Paul.** Absolument !

**Mme Jacqueline Fraysse.** ...car elle est de bon sens, et c'est aussi leur intérêt de ne pas s'installer là où exercent déjà de nombreux médecins. Pour eux, mieux vaut s'installer là où l'on a besoin d'eux. Ils sont là pour cela, ils ont choisi ce métier pour répondre aux besoins de la population. C'est un beau métier, au service des gens.

Cet amendement est raisonnable, je le voterai. Je m'étonne sincèrement que, parmi mes collègues de droite, il ne s'en trouve aucun pour considérer que c'est une mesure de bon sens.

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Monsieur le président, puis-je interroger l'auteur de l'amendement ?

**Mme Isabelle Vasseur.** S'il le souhaite !

**M. le président.** À condition que cela ne devienne pas un entretien particulier.

**M. Christian Paul.** Non, monsieur le président. Ce ne sera pas non plus du comique de répétition.

J'ai deux questions à vous poser, monsieur Vigier.

Premièrement, êtes-vous favorable à la médecine libérale ? (*Sourires.*)

**M. le président.** La question a déjà été posée ! Nous n'allons pas entrer dans ce débat !

**M. Philippe Vigier.** Monsieur le président, on m'interroge. Je dois répondre !

Oui, monsieur Paul.

**M. Christian Paul.** Ma deuxième question est originale, monsieur Vigier. Avez-vous lu l'article suivant de la proposition de loi, autrement dit l'article 3 *bis* AA ? Je le rappelle à l'ensemble de nos collègues, cet article a été voté en commission. Quel est l'effet concret de cet article, qu'à l'évidence, vous ne pourrez pas voter tout à l'heure, car il vise à vider de toute portée normative les SROS ambulatoires. C'est une grande victoire de cette proposition de loi, madame Boyer : les SROS ambulatoires avaient déjà peu d'effets pratiques, mais il est proposé dans l'article suivant de vider de toute force effective les SROS ambulatoires.

Pour notre part, nous allons voter votre amendement, monsieur Vigier. Mais, même si l'ensemble de l'Assemblée l'adoptait, l'article suivant le priverait de tout effet. Cet outil dont nous voudrions nous doter est excellent puisqu'il s'agit de plafonner les installations dans les zones trop bien dotées. C'est une proposition que nous défendons depuis des années, que nous avons rappelée à cette tribune lors de la discussion générale, qu'un député, nommé Marc Le Fur – cela doit évoquer quelque chose pour vous, monsieur le président ? –, a lui-même défendue avec force lors de l'examen de la loi HPST. Bref, je pense qu'une mesure allant dans ce sens devrait, au-delà des clivages habituels de notre assemblée, rallier une majorité d'entre nous dans cet hémicycle.

Je vous invite donc, chers collègues, à voter l'amendement de M. Vigier et surtout à ne pas voter, tout à l'heure, l'article 3 *bis* AA, qui est la négation même de l'action publique.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Lemorton.

**Mme Catherine Lemorton.** Madame la rapporteure, vous vous opposez à l'amendement de notre collègue Vigier au motif qu'une telle mesure relèverait de la « planification ». Je rappelle que la santé publique relève du pouvoir régalién de l'État, des devoirs régaliens de l'État. Ce terme n'est donc pas choquant.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Une planification à l'excès !

**Mme Catherine Lemorton.** Non, ce n'est pas une planification à l'excès. D'ailleurs, c'est ce qui se passe pour d'autres professions. Pour les pharmaciens, par exemple. Or il n'y a pas de levée de boucliers de la part des pharmaciens et nous ne revoyons pas des lois à cause d'eux ! Ils s'adaptent : s'il n'y a pas assez d'habitants, ils ne s'installent pas. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** Seule Mme Lemorton a la parole.

**Mme Catherine Lemorton.** Même si la raison, au départ, n'était pas forcément une raison vertueuse de santé publique, mais plutôt une raison de non-concurrence commerciale, le fait est que, après plusieurs décennies, il y a une véritable répartition des pharmacies sur l'ensemble du territoire. Un étudiant sortant de l'université, s'il veut être propriétaire et s'il a les moyens d'acheter sa pharmacie, ira là où l'on a besoin de lui ; il ne pourra pas s'installer où il veut. Telle est la réalité.

Par conséquent, madame la rapporteure, le terme de « planification » n'est pas honteux.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Je n'ai pas dit que c'était honteux !

**Mme Catherine Lemorton.** Non, mais vous parlez d'une planification à l'excès. Il s'agit simplement de permettre à chacun de nos concitoyens de se soigner correctement, quelle que soit son origine sociale ou territoriale.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Leonetti.

**M. Jean Leonetti.** Il ne s'agit pas de dire que, d'un côté, il y a une planification soviétique, de l'autre, un libéralisme excessif. L'objectif est de dire quelles sont les bonnes méthodes...

**M. Christian Paul.** C'est le début de la sagesse!

**M. Jean Leonetti.** L'objectif est de parvenir à l'efficacité dans une situation particulière.

Quelle est cette situation? Les médecins qui, après un long cursus, ont terminé leurs études, n'auront aucun problème financier.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Exactement!

**M. Jean Leonetti.** Ce qui veut dire, d'abord, que l'incitation financière n'a aucun effet. Qu'ils s'installent à Antibes, à Cherbourg ou à Blois, de toute façon, ils gagneront leur vie.

Ensuite, les méthodes coercitives ne sont pas négatives en ce qu'elles sont coercitives; elles sont négatives, car inefficaces.

**M. Gérard Bapt.** C'est pourtant ce que vous avez voté!

**M. Jean Leonetti.** Sur dix médecins généralistes qui arrivent sur le marché de la santé...

**M. Christian Paul.** Peut-on parler de « marché » de la santé?

**M. Jean Leonetti.** Oui, monsieur Paul, car un médecin fait tout de même attention à bien choisir l'endroit où il va s'installer.

Huit médecins sur dix ne s'installent pas en tant que généralistes. Par conséquent, si l'on impose aux jeunes médecins de faire deux ans de médecine générale à tel endroit, le problème ne sera pas résolu pour autant. En effet, huit médecins sur dix ne vont pas exercer, et donc, ne seront pas sous le coup d'une coercition. Ils trouveront une fonction à l'endroit où ils le souhaitent, dans une médecine autre que celle pratiquée par un médecin généraliste.

Il faut donc trouver des méthodes incitatives pour ce qui est des objectifs. Je suis persuadé, comme vous, monsieur Paul, qu'aujourd'hui, les jeunes médecins ont une mentalité totalement différente de ceux qui sont installés depuis vingt ou trente ans.

**M. Christian Paul.** Là, nous sommes d'accord!

**M. Jean Leonetti.** Ils aspirent à un confort de vie et de travail plus important qu'il y a vingt ou trente ans.

Dans ce double objectif, ils veulent bénéficier d'une certaine tranquillité pour avoir une vie familiale et un certain confort dans leur activité, c'est-à-dire de ne pas se retrouver seul avec un stéthoscope, la nuit, dans la neige, au milieu de la campagne! Cela semble logique.

Dans ces conditions, deux propositions doivent, me semble-t-il, être explorées.

La première concerne les médecins d'une soixantaine d'années, dont nous avons déjà parlé. Ceux-ci devraient pouvoir s'assurer un compagnonnage avec un interne de médecine générale qui pourrait de la sorte exercer une activité mixte, entre le stage et le remplacement. Il s'agirait d'un remplacement à côté d'un médecin installé, qui lui permettrait d'acquérir une expérience, tout en allégeant le travail du médecin en fin de carrière et, éventuellement, de prendre le relais de ce médecin sur une activité à la fois contrôlée et autonome. Cette proposition mérite réflexion et elle n'est pas, à mon avis, très compliquée à mettre en œuvre.

Avant de présenter ma seconde proposition, je précise que je ne suis ni collectiviste ni marxiste, même si le ministre peut en douter lorsqu'il entend mes propos à la fédération hospitalière! (*Sourires.*)

Dans les maisons de santé, il y a une rémunération à l'acte, mais aussi une rémunération de base. Cela montre qu'il s'agit aussi d'un service public et d'un maillage public du territoire. Dans ces maisons de santé et dans les zones désertifiées, il peut y avoir un exercice mixte et un financement mixte: une partie à l'acte, une partie obligatoire.

Or ces deux éléments ne sont en aucun cas coercitifs ou destructeurs d'une médecine libérale. Ils sont de simples éléments incitatifs qui permettent un confort de travail, associé à un confort de vie. Les jeunes médecins, dont la mentalité a – heureusement – changé par rapport à une médecine plus paternaliste et mordant davantage sur la vie familiale, pourront trouver là les deux axes d'orientation permettant de lutter contre la désertification médicale.

**Mme Catherine Lemorton.** Cela n'a rien à voir avec l'amendement!

**M. Jean Leonetti.** Les amendements visant à contraindre le médecin formé à Tours d'aller à Blois créeront des conditions qui, si elles ne sont pas agressives vis-à-vis du médecin, seront en réalité inefficaces.

Essayons de trouver des mesures originales et efficaces. Nous pourrions alors, avec l'accord de M. le ministre, progresser sur ces deux objectifs.

*(L'amendement n° 105 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Mes chers collègues, je vous rappelle que nous avons 216 amendements à examiner. Nous en avons discuté vingt-deux. Je laisse à chacun le soin de mesurer notre rythme!

Le texte ne faisant pas l'objet de la procédure du temps programmé, seuls deux orateurs peuvent intervenir pendant deux minutes.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur le président, M. Leonetti a parlé près de dix minutes! Je souhaite lui répondre.

**M. le président.** Je peux laisser les intervenants dépasser leur temps de parole, mais cela ne doit pas être constant.

**M. Christian Paul.** Monsieur le président, je demande la parole...

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 49.

La parole est à M. Daniel Garrigue.

**M. Daniel Garrigue.** Nous sommes confrontés à un problème immédiat et tangible dans de nombreux secteurs. Je suis moi-même élu d'une ville, Bergerac, où la moitié des généralistes ont aujourd'hui plus de soixante ans. Et dans les années qui viennent, nous le savons, nous serons confrontés à une pénurie de généralistes, non seulement dans les zones rurales, mais aussi dans les villes moyennes.

Je regrette que ce débat s'enlise entre deux conceptions qui, à mon avis, ne permettent pas de résoudre le problème : d'un côté, la conception libérale consistant à privilégier des incitations qui, à la marge, peuvent donner certains résultats, mais ne sont pas à la hauteur de l'enjeu ; de l'autre, des solutions d'inspiration dirigiste et autoritaire qui font réagir les médecins et ne permettent pas non plus d'avancer.

Permettez-moi, monsieur le ministre, de vous rappeler qu'il existe une troisième voie : la voie contractuelle. Dans de nombreux domaines, celle-ci a fait ses preuves, ne serait-ce que dans les relations de travail.

Je regrette donc que nous ne soyons pas capables d'engager sur ce sujet une véritable démarche contractuelle pour aborder et traiter le problème. Il faut définir les partenaires qui peuvent discuter : d'un côté, les médecins – et, à mon avis, les meilleurs partenaires, ce sont les syndicats de médecins ; de l'autre, les caisses régionales d'assurance maladie, les ARS ou le ministère.

Cela signifie qu'il faut définir ce sur quoi cette discussion doit porter : présence des médecins sur le terrain, conventionnement, par exemple. Cela veut également dire qu'il faut savoir quels sont les acteurs concernés. S'adresse-t-on uniquement aux médecins qui s'installent ou essaie-t-on, comme l'avait fait notre collègue Rolland, de bâtir un système du type « convention santé solidarité » s'adressant à l'ensemble des médecins ? Enfin, qu'on le veuille ou non, une méthode contractuelle, pour qu'elle soit efficace, doit comporter un certain nombre de règles et de sanctions s'imposant à l'ensemble des acteurs.

Je regrette beaucoup, monsieur le ministre, que l'on n'ait pas, sur ce dossier, la volonté de bâtir une véritable démarche contractuelle.

L'amendement que je présente et qui s'inspire de l'avant-projet de loi HPST n'est sans doute pas adapté, mais je souhaiterais qu'on puisse mettre en œuvre cette méthode. Je m'efforcerai, pour ma part, d'ici à l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, de faire d'autres propositions dans ce sens, si vous n'êtes pas en mesure de le faire.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** La voie contractuelle est effectivement intéressante, mais elle se négocie avec les professionnels de santé dans le cadre de relations conventionnelles.

Nous n'avons pas choisi de privilégier les méthodes un peu coercitives proposées ce soir. Elisabeth Hubert l'a souligné dans son rapport : les attentes des jeunes professionnels ont changé. Nous souhaitons donc favoriser de meilleures conditions d'exercice. Soyons pragmatiques et réalistes. Aujourd'hui, je le répète, un médecin qui s'installe a de nombreuses propositions. On ne va donc pas lui demander de s'installer dans une zone difficile en recourant à des méthodes coercitives.

En revanche, nous pouvons négocier avec la profession et créer un mouvement qui lui donne envie de s'installer quelque part, peut-être dans une zone « sous-dense ». Mais cela ne peut se faire que par des mesures incitatives et par la voie conventionnelle.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Monsieur Daniel Garrigue, si l'on veut privilégier le pragmatisme, il ne s'agit pas d'opter soit pour le tout libéral, soit pour le tout dirigisme. Il existe aussi la voie contractuelle. C'est exactement ce qu'est le contrat d'engagement de service public. Comme je l'ai précédemment souligné, il est prometteur : il suffit d'y consacrer beaucoup plus d'énergie. Telle est la consigne que j'ai passée aux directeurs généraux d'ARS. Nous devons également apporter des garanties, notamment aux jeunes. Permettre aux médecins de bénéficier, au maximum pendant dix années du système des 1 200 euros avec, en contrepartie, un engagement de leur part, sans pour autant les contraindre en leur tenant la main pour qu'ils signent, est une voie contractuelle qui donnera des résultats.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Garrigue.

**M. Daniel Garrigue.** Vous parlez, monsieur le ministre, de méthode contractuelle, mais vous nous proposez le contrat d'engagement de service public qui est un contrat individuel. Pour moi, la méthode contractuelle engage l'ensemble des partenaires. Nous avons, en effet, besoin de régulation. Pour être efficace, celle-ci doit passer par une contractualisation entre les principaux acteurs concernés et, pour qu'elle ait un sens, elle doit forcément déboucher sur un certain nombre de contraintes. Il en va ainsi dans tous les domaines.

Je le répète, le contrat que vous nous proposez est une démarche purement individuelle et ne relève pas d'une méthode contractuelle.

*(L'amendement n° 49 n'est pas adopté.)*

**M. Christian Paul.** Je demande la parole, monsieur le président !

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Monsieur le président, je ne veux ni faire un rappel au règlement ni remettre en cause les prérogatives de la présidence. Vous l'avez rappelé à plusieurs reprises dans ce débat, nous ne sommes pas dans la procédure du temps programmé, ce qui nous conduit effectivement à respecter un certain nombre d'obligations. Néanmoins, nous discutons actuellement d'une des deux ou trois dispositions absolument essentielles du texte. Il me paraît, en conséquence, important, pour la suite de nos débats, que tous les points de vue puissent s'exprimer.

Notre collègue Leonetti a fait une déclaration qui relevait de la discussion générale. Nous avons d'ailleurs été très attentifs lorsqu'il a précisé que les incitations financières n'avaient aucun effet : c'est très exactement le contraire de ce que le ministre a affirmé en fin d'après-midi. Quand Gérard Bapt a souhaité, après l'intervention de M. Leonetti, ajouter quelques mots pour apporter sa contribution à ce débat, vous ne lui avez pas donné la parole. J'espère qu'à partir de maintenant, et sans méconnaître les contraintes de la séance, le temps de parole sera équitablement réparti.

**M. le président.** Si l'on compare les temps de parole entre les groupes, les choses sont à peu près claires, mon cher collègue.

**M. Christian Paul.** Monsieur Garrigue, le débat de ce soir n'oppose pas les libéraux et les régulateurs, mais l'efficacité et l'impuissance et vous l'avez bien compris !

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 175 rectifié.

La parole est à M. Claude Leteurre, pour le soutenir.

**M. Claude Leteurre.** C'est une reprise d'un amendement défendu avec force par Yves Bur et Jean-Luc Prél. Il a pour objectif de préciser que tous les patients accueillis par un établissement de santé ou une personne morale chargée d'une mission de service public se verront assurés de la garantie d'être pris en charge aux tarifs opposables des honoraires appliqués par les médecins au secteur 1 dans les filières de soins concernées par les missions de service public et, pour le reste de l'activité, aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel. Ainsi, lorsque les établissements publics devront, par nécessité, laisser une mission de service public au secteur privé, ce qui est logique, raisonnable et incontestable, il ne devra pas y avoir d'inégalité sur le territoire. Tout patient qui se rendra dans de tels établissements devra bénéficier des tarifs opposables des honoraires appliqués par les médecins au secteur 1.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Avis défavorable pour une raison bien simple. Depuis la loi HPST, quand l'établissement pratique des missions de service public, il y a déjà des tarifs opposables, ce qui constitue une avancée notable. Nous ne sommes pas favorables à leur extension.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** J'aurais aimé que cet amendement, dont je comprends l'idée, soit retiré. Nous n'avons pas encore mis en place – depuis le temps, me direz-vous ! – le secteur optionnel. Nous avons rencontré cette semaine l'UNOCAM, ce qui permettra de saisir officiellement les organismes d'assurance maladie complémentaire, afin que nous nous remettions à la table des négociations. Si l'accord obtenu avait été clair, il serait déjà appliqué par tous depuis longtemps. Adopter cet amendement nous mettrait en contradiction avec la loi HPST et anticiperait la mise en place du secteur optionnel.

**M. Michel Issindou.** C'est toujours trop tôt ou trop tard !

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** M. Leonetti a opposé les jeunes générations aux vieilles générations de médecins : les uns auraient des besoins de qualité de vie et les autres non. Je peux vous assurer qu'à Toulouse, au-delà de dix-huit heures – peut-être pas en zone rurale parce que les médecins ont des malades à leur porte – les patients sont contraints d'appeler SOS médecins. Donc la qualité de vie des différentes générations est prise en compte.

De plus, il conviendrait de sous-amender l'amendement de M. Leteurre et de retirer les mots « tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel », qui n'existe pas encore, même si on nous le promet depuis des années et des années. M. le ministre nous a dit qu'il allait être procédé sur ce point à des expérimentations. Ce secteur conventionnel à caractère optionnel est donc encore loin d'être mis en œuvre. Même s'il n'est pas la réponse à tous les problèmes, il aurait le mérite d'assurer un certain pourcentage d'activités des médecins en tarifs opposables. Cela correspond aux

souhaits de M. Prél et du groupe Nouveau Centre, à l'exception, sans doute, de M. Jardé qui va se lever pour dire qu'il vote contre l'avis de son groupe ! Peut-être est-ce dans l'optique d'un prochain remaniement gouvernemental ! *(Sourires.)*

**M. le président.** L'amendement est-il maintenu, monsieur Leteurre ?

**M. Claude Leteurre.** Oui, monsieur le président.

*(L'amendement n° 175 rectifié n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 143.

La parole est à M. Christian Paul, pour le soutenir.

**M. Christian Paul.** Cet amendement, comme d'autres, a pour objectif de garantir l'existence d'un filet de sécurité pour l'accès aux soins. Les procédures d'autorisation d'équipements lourds visent à réguler et à évaluer leur installation sur le territoire afin de permettre une réelle accessibilité aux soins. Encore faut-il, bien sûr, et nous avons déjà eu ce débat sur les dépassements d'honoraires, que la tarification réelle des actes ne conduise pas à des impossibilités d'accès aux soins. Nous l'avons souligné dans la discussion générale – le chiffre est connu, mais il faut le rappeler inlassablement jusqu'à ce que des réponses soient apportées – 40 % des Français ont au moins une fois retardé leur accès aux soins. Les conséquences sociales – et je ne parle même pas des conséquences sanitaires – sont donc considérables.

Comme nous l'avons précisé cet après-midi à propos des maisons de santé, un équipement lourd représente aussi un investissement à la charge de la collectivité ; il est donc essentiel qu'en contrepartie l'opérateur bénéficiant de cette autorisation s'engage à réaliser 70 % de ses actes en secteur 1. Ce choix aurait une portée symbolique et pratique essentielle. Vous dites rechercher en permanence le pragmatisme : cet amendement permettrait précisément d'éviter que, dans certains territoires, des opérateurs en situation monopolistique procèdent à des dépassements d'honoraires considérables au détriment des patients.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Défavorable pour les mêmes raisons que précédemment. Le ministre vient de plus de préciser que le secteur optionnel était en cours de réalisation et de négociation.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Puis-je, monsieur Paul, me permettre un trait d'humour un court instant ?

**M. Christian Paul.** Je vous en prie !

**M. le président.** Monsieur le ministre, ne posez pas de questions à M. Paul ! *(Sourires.)*

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Je suis défavorable à cet amendement qui, s'il était adopté, constituerait un recul sans pareil pour les patients, s'agissant de l'accès aux soins à tarifs opposables. Aujourd'hui, 88 % des actes sont en secteur 1, et non 70 %, avec des tarifs opposables à 100 %.

**M. Christian Paul.** C'est du sophisme, monsieur le ministre. Vous faites mieux, d'habitude !

*(L'amendement n° 143 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 95 et 245.

La parole est à M. Olivier Jardé.

**M. Olivier Jardé.** La permanence des soins est, il faut le reconnaître, assurée en France et les médecins sont en mesure de l'organiser. En conséquence, nous proposons d'insérer, après le mot « libérale », les mots : « et sur la base du volontariat ».

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** La participation à la permanence des soins est une obligation collective et déontologique des médecins. Le code de déontologie prévoit l'obligation, pour tout médecin, de participer au dispositif de permanence. Je le cite : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. » En revanche, la mise en œuvre concrète de ce principe repose sur le volontariat. L'article du règlement du code de la santé publique prévoit déjà que les médecins participent à la PDS sur la base du volontariat. Cet amendement est par conséquent satisfait.

En outre, inscrire le principe du volontariat dans la loi déséquilibrerait toute l'ossature normative sur laquelle repose actuellement la PDS. Cela risque de soulever de graves problèmes lorsque le préfet devra procéder aux réquisitions.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Lemorton.

**Mme Catherine Lemorton.** Je suis d'accord avec Mme la rapporteure et M. le ministre. Il est scandaleux d'écrire une telle chose, monsieur Jardé ! Voyez dans quel binz – excusez-moi d'employer ce terme – nous a mis M. Mattei, lorsqu'il a accordé, en 2003, aux médecins libéraux la possibilité de ne pas assurer la permanence des soins ! Nous devons nous organiser territoire par territoire, à partir du volontariat des médecins. Les collectivités, les maisons médicales de garde adossées aux hôpitaux y participent. J'espère que vous avez déposé cet amendement pour nous faire rire, monsieur Jardé, parce que c'est franchement inacceptable !

*(Les amendements identiques, n<sup>os</sup> 95 et 245, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n<sup>o</sup> 77.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Cet amendement vise à plafonner les dépassements d'honoraires en leur fixant une limite.

Le rapport de l'ARS d'Île-de-France pour 2011 nous apprend que, si la région est fortement dotée en professionnels de santé, ceux-ci sont inaccessibles financièrement pour un grand nombre de familles modestes. En effet, six médecins sur dix pratiquent des honoraires libres, contre quatre sur dix sur le reste du territoire. À Paris, 70 % des 1 500 spécialistes qui exercent pratiquent des dépassements d'honoraires, et beaucoup refusent les patients couverts par la CMU, faisant fi du principe pourtant si cher et si souvent répété, notamment par Mme Bachelot, du tact et de la mesure.

Un excellent rapport de l'IGAS datant de 2007 et déjà largement cité démontre que les dépassements d'honoraires représentent près de 2 milliards d'euros sur 18 milliards d'honoraires totaux, dont les deux tiers pèsent directement sur les ménages. Je le cite car il est éloquent : « Le montant des dépassements dans le secteur à honoraires libres a doublé en moins de quinze ans en valeur réelle. Pour les médecins actifs sur toute l'année, le montant des dépassements est passé de 763 millions d'euros en 1990 à 1,578 milliard d'euros en 2005, en euros constants : contenue pour les omnipraticiens, cette pratique est devenue majoritaire chez les spécialistes. La part des dépassements dans les honoraires des médecins a augmenté deux fois plus chez les spécialistes que pour l'ensemble des médecins. » Ainsi, 311 millions d'euros d'honoraires et de dépassements ont été perçus en 2007 à l'hôpital, et plus de 2 milliards d'euros en activité libérale.

Le Gouvernement a choisi jusqu'à présent de ne pas encadrer les dépassements d'honoraires. Ce laisser-faire, combiné aux déremboursements successifs, a des conséquences très graves pour les patients. Je rappelle qu'en 2010, 23 % des patients, contre 11 % en 2009, ont renoncé aux soins médicaux, faute de moyens, le reste à charge étant trop élevé.

C'est la raison pour laquelle il est urgent de plafonner ces dépassements d'honoraires. Nous proposons que le prix d'une consultation ne puisse excéder le double du tarif opposable, mais on peut en discuter. L'important à nos yeux est que l'on décide enfin de limiter les excès des dépassements d'honoraires, qui pénalisent considérablement les patients.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Issindou.

**M. Michel Issindou.** Je soutiens cet amendement dans la mesure où nous en présentons ensuite un qui propose à peu près la même chose.

Il est choquant d'avoir un système de dépassements d'honoraires dans notre pays, qui prouve bien que la santé est devenue un véritable marché. Il y a ceux qui proposent des prix et, en face, ceux qui peuvent les payer et ceux qui ne peuvent pas. On a d'ailleurs parfois le sentiment qu'en secteur 1 et en prix conventionnés, on n'aura pas une bonne médecine. Si on paie plus cher, c'est forcément meilleur. Nous avons donc cette médecine à deux vitesses que tout le monde connaît, et cela choque profondément les Français.

La santé est un service public, il est incompréhensible qu'il y ait des différences de tarifs sur un acte médical selon que l'on est dans un endroit très peuplé – à Paris, tout est hors convention – ou ailleurs. Qu'est-ce qui peut justifier d'avoir des prix différents ? Le tact et la mesure, il y a bien longtemps que nous en sommes loin, et l'on parle parfois de pratiques plus ou moins avouables. On n'y comprend plus rien, il n'y a aucune transparence et aucune crédibilité et notre santé publique est altérée par de telles pratiques.

Cet amendement, qui interdit d'aller au-delà du double, est raisonnable. Cela semble être déjà une bonne mesure mais nous ferons une autre proposition.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Les propos que vous venez de tenir ne sont pas anodins, monsieur Issindou, avec un amalgame insupportable laissant entendre qu'il y aurait certaines pratiques dans des établissements.

**Mme Jacqueline Fraysse.** C'est sûr qu'il y a certaines pratiques, et vous le savez!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Vous venez de tout mélanger. Quand il y a des excès, ils doivent être dénoncés. Quand la notion de tact et de mesure n'est pas appliquée, les professionnels doivent savoir prendre leurs responsabilités. Mais ce que vous venez d'expliquer, c'est que, à vos yeux, le secteur 2 pose problème en soi et ne devrait pas exister.

**Mme Catherine Lemorton.** Non!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Ce n'est pas vous qui êtes intervenue, madame.

C'est un message qui doit être clairement reçu parce que nombre de nos professionnels de santé exercent aussi en secteur 2. En outre, il ne fallait pas vous opposer avec démagogie à toutes les revalorisations que nous avons effectuées, notamment pour les médecins en secteur 1. On ne peut pas vouloir tout et son contraire, cela montre bien l'incohérence de vos positions sur la médecine.

*(L'amendement n° 77 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 146 rectifié.

La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Le débat qui a eu lieu sur l'amendement précédent laisse tout de même un dangereux goût d'inachevé.

Nous sommes bien dans un débat entre les adeptes de la régulation, dont nous sommes, et des comportements ultra-libéraux que vous cautionnez totalement.

**M. Jean Leonetti.** Ça y est! La caricature revient!

**M. Christian Paul.** Dans la bouche du ministre tout à l'heure, c'était le cas, et la rapporteure a emprunté le même chemin.

Monsieur le ministre, la question des dépassements d'honoraires n'est pas une invention des socialistes, des centristes ou de quiconque. Aujourd'hui, il y a une disparité totale dans les tarifications. On peut s'y attaquer résolument, et l'on doit alors mettre un certain nombre de limites. Notre amendement en prévoit une, nous proposons que les médecins exerçant en secteur 2 effectuent au moins 50 % de leur activité au tarif fixé par la convention. Notre système de santé est en péril, et vous le savez bien. C'est la raison pour laquelle nous comprenons mal votre inaction dans ce domaine.

J'ai relu de la première à la dernière ligne un rapport présenté en 2007 par l'inspection générale des affaires sociales, cosigné par plusieurs de ses membres, dont Mme Bartoli, que vous connaissez sans doute. Selon ce rapport, « les dépassements constituent l'essentiel de ce qui reste à la charge du patient après l'intervention des organismes complémentaires ». Cela signifie que, dans certains cas, ce sont des milliers d'euros qui restent à la charge des malades. Il constate aussi que « le montant des dépassements dans le secteur à honoraires libres a doublé en moins de quinze ans en valeur réelle ». Si nous ne nous sommes pas attaqués suffi-

samment précocement à ce problème, faisons-le réellement aujourd'hui, nous en avons l'occasion, et je pourrais citer quelques-unes des conclusions de ce rapport.

Notre amendement comme le précédent permettent de poser un certain nombre de butoirs. Ce sont des filets de sécurité, qui permettraient, si nous prenions ces questions au sérieux, de faire œuvre utile pour l'immense majorité des Français.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Le secteur optionnel, je le répète, est la meilleure réponse au problème des dépassements d'honoraires. Il sera négocié. Je rappelle encore, mais aux mêmes arguments, même réponse, que vont bientôt débiter des négociations conventionnelles, qui porteront également sur ces sujets-là. À un moment donné, il faut aussi laisser leur chance et leur place aux négociations conventionnelles, au dialogue avec les professionnels de santé. Alors qu'il y a une certaine pénurie de médecins, comment peut-on envisager une réforme de la santé contre les médecins? Soyons logiques, soyons pragmatiques.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Mon argumentation sera très courte. Dès lors que, comme M. le ministre, vous nous faites toujours la même réponse, madame la rapporteure, attendons que la convention soit négociée pour examiner ce texte.

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Nous avons à de multiples reprises, lors de la discussion des PLFSS, défendu la suppression radicale des dépassements d'honoraires. Nous sommes donc très constants dans nos positions.

Nous avons aussi très souvent défendu, avec la même constance, la revalorisation du secteur 1, mais avec une contrepartie. Un euro pour tout le monde, dans n'importe quelles conditions, c'est de la démagogie, et il y a des experts au banc, monsieur le ministre. Il faut une revalorisation, et de beaucoup plus qu'un euro quand c'est nécessaire, à condition d'avoir, en contrepartie, une amélioration des soins. La permanence des soins en fait partie, comme la reconnaissance de la médecine générale.

Madame Boyer, et mon propos s'adresse aussi au président de la commission, il était une fois un grand pays, le nôtre, où le Parlement faisait la loi, et il y avait ensuite, quand l'objet le réclamait, des discussions conventionnelles. C'est ainsi que, depuis des décennies, l'intérêt général était déterminé ici et qu'on négociait ensuite pour parvenir à des accords avec les professions, en l'occurrence avec la profession médicale. Aujourd'hui, parce que vous êtes à la remorque des intérêts particuliers (*Protestations sur les bancs du groupe NC*)... Pas vous, monsieur Vigier, vous avez été très bien ce soir.

**M. Philippe Vigier.** Tout de même!

**M. Christian Paul.** Il y a des moments de grâce dans un débat, mais en l'occurrence, ce n'est pas le cas, parce que répondre que, sur des questions aussi essentielles, on renvoie tout à la convention et que la loi n'a pas son mot à dire, ce n'est pas à la hauteur de notre République. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

(*L'amendement n° 146 rectifié n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 186 rectifié.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** C'est un amendement qui revient régulièrement et qui devrait recueillir un accord unanime de notre assemblée. Il concerne la régulation prix-volume.

Monsieur le ministre, vous connaissez bien la région Nord-Pas-de-Calais, vous y êtes venu d'ailleurs très récemment, et vous ne me contredirez pas quand je vous dirai que les indicateurs de santé publique sont différents selon les régions. En dépit de l'effort de péréquation en matière de santé et d'aménagement sanitaire réalisé par Mme Aubry lorsqu'elle était ministre de 1997 à 2000, et en dépit de l'engagement du conseil régional de la région pour améliorer la situation de nos concitoyens, en particulier pour des pathologies comme le cancer,...

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Et avec le soutien de l'État!

**Mme Catherine Génisson.** Heureusement tout de même qu'il y a le soutien de l'État!

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** C'est bien de le rappeler!

**Mme Catherine Génisson.** ...les indicateurs de la région Nord-Pas-de-Calais en matière de santé publique sont mauvais pour un grand nombre de pathologies, notamment cancéreuses.

Par ailleurs, et ce n'est pas seulement le cas dans le Pas-de-Calais, nous avons beaucoup de mal à évaluer les besoins d'une population alors que le système doit être organisé pour y répondre. Il ne s'agit pas seulement d'étudier la production et la consommation de soins, il faut répondre aux besoins. C'est d'autant plus important que certains ne sont pas exprimés, comme l'ont montré les travaux de personnalités scientifiques de très haut niveau, ce qui est très grave puisque le recours aux soins est alors très tardif.

Il est donc très important que la régulation prix-volume soit prise en compte car nous sommes deux fois pénalisés : nos tarifications sont réduites, comme dans d'autres régions, alors que nous aurions besoin de moyens supplémentaires pour assurer des parcours de santé de qualité.

J'ai pris l'exemple de la région Nord-Pas-de-Calais mais j'aurais pu en choisir d'autres. C'est un exemple que je connais bien et sur lequel M. le ministre ne me contredira pas puisqu'il a lui-même exposé de tels arguments dans son discours d'inauguration des nouveaux locaux de l'agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Deux points. Tout d'abord, les éventuels effets pervers de la TAA ne se situent pas sur le plan de l'équité entre régions. L'annexe VII du PLFSS montre qu'en termes de consommation de soins

hospitaliers, les inégalités interrégionales sont faibles; les inégalités sont beaucoup plus importantes à l'intérieur des régions.

Lorsque les ARH ont été créées et qu'un système de péréquation interrégionale a été mis en place, cela a eu des conséquences importantes sur le développement de certaines régions: les régions contributrices ont donné aux régions sous-dotées. Des problèmes de développement sont ensuite apparus dans les régions sur-dotées.

**M. Christian Paul.** Il n'y a plus de solidarité interrégionale!

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Il existe une solidarité interrégionale mais qui ne s'exprime pas de cette façon!

**M. Christian Paul.** Comment s'exprime-t-elle?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** En outre, les crédits attribués aux ARS pour les activités non financées par la TAA font depuis plusieurs années – c'est un progrès considérable – l'objet d'une péréquation interrégionale, avec le financement des MIGAC, notamment pour la partie AC.

Le comité de pilotage des ARS est très vigilant à cet égard. Notre système est équilibré et n'accroît pas les inégalités. C'est pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Même avis. Les tarifs doivent être les mêmes sur le territoire. Ce qui fait la différence, ce sont les MIGAC. En proportion, celles-ci sont d'un poids supérieur, notamment dans la région Nord-Pas-de-Calais. À côté de tout ce qui est MIG, urgences et autres, les aides à la contractualisation – les AC – nous servent aussi à financer ce type d'opérations. La logique des ARS nous permet d'aller encore plus loin dans cette direction.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Les ministres changent et les discours avec eux! Depuis que la tarification à l'activité existe, tous les ministres vous ayant précédé, Monsieur Bertrand, nous ont indiqué que la modulation de cette TAA permettait de corriger les inégalités entre les territoires!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Pas les tarifs! Ils sont identiques!

**Mme Catherine Génisson.** J'entends bien sûr ce que vous dites sur les MIGAC, mais reprenez les différentes discussions sur le sujet et relisez les interventions de vos prédécesseurs!

(*L'amendement n° 186 rectifié n'est pas adopté.*)

### Article 3 bis AA

**M. le président.** À l'article 3 bis AA, la parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Je souhaite intervenir au nom de notre groupe avant la présentation des amendements de suppression déposés sur cet article.

Comme je l'ai indiqué lors de nos échanges avec nos collègues du Nouveau centre, l'amendement créant cet article est totalement exorbitant. On ne pouvait pas dire que la loi HPST avait donné aux SROS ambulatoires une portée directive, mais il y avait tout de même une intention, et l'on pouvait imaginer que, chemin faisant, ces SROS seraient

dotés d'outils, certainement incitatifs, puisque ce sont ceux que vous privilégiez, et que certaines situations géographiques – nous avons tout à l'heure parlé des zonages – aboutiraient à ce que ces SROS acquièrent une portée effective et ne soient plus seulement le cadre platonique de schémas de papier.

J'appelle l'attention de nos collègues sur le fait que cet article 3 *bis* AA dit très clairement que le SROS ambulatoire ne sera pas opposable aux professionnels de santé. Le ministre l'assume...

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Ce n'est pas nouveau !

**M. Christian Paul.** L'écrire dans un article spécifique, c'est définitivement priver ces schémas de toute portée normative, de toute force réelle dans l'action. Quels seront donc leurs statuts ? À quoi servent-ils ? Croyez-vous que vous mobiliserez beaucoup de monde autour de la réalisation de ces schémas, s'ils n'ont aucune portée ?

Madame la rapporteure, il s'agit – et c'est grave – d'un amendement que vous avez proposé en commission. Article après article, nous assistons, face aux déserts médicaux, à la défaite de la volonté politique de s'attaquer sérieusement à ces problèmes. C'est la raison pour laquelle nous essaierons de vous convaincre de la nécessité de supprimer cet article.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements de suppression, n<sup>os</sup> 80 et 142.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 80.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je partage pleinement les propos de notre collègue. Cet article ajouté en commission marque une volonté politique extrêmement préoccupante. La précision que vous avez tenu à apporter, madame la rapporteure, est superflue puisque, malheureusement, les SROS ambulatoires n'ont qu'une portée incitative. En le précisant dans la loi, comme le propose cet article, vous affirmez que ces SROS n'ont aucun objet, que tout le monde peut s'asseoir dessus, et l'on se demande pourquoi prendre la peine de les élaborer si cela ne sert à rien et si chacun fait ce qu'il veut.

Je crois qu'il s'agit surtout de donner des gages à certains syndicats de médecine libérale. Or le Parlement fixe un cadre dans l'intérêt général et n'a pas à être à la remorque des syndicats. Cet article vise à caresser les médecins dans le sens du poil, ce qui est désobligeant à leur égard – je me permets de vous le dire – et surtout illusoire en termes d'efficacité. Pouvez-vous nous expliquer, madame la rapporteure, pourquoi vous avez voulu préciser ce point, complètement superflue ?

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 142.

**Mme Catherine Lemorton.** Cet article 3 *bis* AA, remplacez-le par le rappel de la Charte de la médecine libérale de 1928 : c'est le « colloque singulier », chacun fait ce qu'il veut, rien ne peut être imposé !

Le terme de « professionnels de santé » m'inquiète. Qu'est-ce que cela recouvre ? Les pharmaciens en font-ils partie ? Si c'était le cas, ils pourraient, demain, s'installer où ils le souhaitent.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Très bonne question !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Défavorable. Je souhaite rappeler les débats que nous avons eus sur la loi HPST. À aucun moment, nous n'avons dit que le SROS ambulatoire était opposable.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Justement !

**M. Christian Paul.** Pourquoi cet article ? C'est de l'acharnement thérapeutique !

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Nous avons même décidé, lors du réexamen, d'écrire que ce SROS serait compatible. Il est opérationnel sans être opposable. Contrairement à ce que j'ai entendu, il ne sert pas à rien. L'élaboration d'un SROS ambulatoire, d'un SROS médico-social, d'un SROS hospitalier, comme celle des précédents SROS, lorsque les ARH existaient encore, avant les ARS, passe par l'association des professionnels de santé au processus. Comment voulez-vous, aujourd'hui comme hier, que l'on donne des autorisations, que l'on contractualise sur des réseaux de santé, que l'on incite certaines organisations sinon en rencontrant les professionnels de santé et les associations de patients dans chaque région et en rédigeant des SROS compatibles mais non opposables ?

Alors que nous sommes en train de faciliter les relations entre les professionnels de santé, entre la médecine de ville et l'hôpital, alors que nous voulons créer des conditions favorables à l'installation, le rappel de l'esprit dans lequel nous travaillons est très important. Nous sommes tout à fait dans le respect de la loi HPST.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Même avis. Sur ce sujet, les choses doivent être claires. Ce n'est pas parce que nous écrivons quelque chose dans la loi que cela devient une nouveauté ou un scoop.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Mais alors pourquoi l'écrire dans la loi ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Le SROS ambulatoire n'est pas opposable. En voulant le rendre tel, vous n'êtes pas dans la même logique que nous.

**M. Michel Issindou.** C'est clair !

**M. Xavier Bertrand, ministre.** C'est aussi simple que cela. Il vaut mieux que les choses soient dites et écrites.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur le ministre, parmi les professionnels de santé, il y a aussi les infirmières libérales. Pour ces dernières, il existe un accord en vertu duquel elles ne peuvent s'installer en zone sur-dotée. Cela va complètement à l'encontre de votre intention.

Madame la rapporteure, vous confondez les SROS qui existaient du temps des ARH et ceux qui existent avec les ARS et qui s'adressent aussi à la médecine ambulatoire. Il est vrai – M. le ministre a raison – que les SROS de troisième génération ne sont pas opposables. Pourquoi préciser qu'ils ne le sont pas aux professionnels de santé ? À qui d'autre pourraient-ils l'être ? C'est superflue.

Vous l'avez voulu car il fallait que le roi fût totalement nu. Il fallait donner satisfaction au président de tel syndicat, qui avait, lors du congrès de cette organisation à Nice, devant votre prédécesseur, monsieur le ministre, dressé une liste des rectifications à apporter à la loi HPST,...



**M. Christian Paul.** La loi se fait à Nice!

**M. Gérard Bapt.** ...mettant notamment en garde contre une « caporalisation » de la médecine ambulatoire. Il fallait donc réaffirmer que ce SROS ne serait jamais opposable.

**M. Christian Paul.** Quelle humiliation!

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Quel procès d'intention!

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je n'ai pas reçu de réponse à ma question. Vous venez de rappeler, monsieur le ministre, que nous n'avons pas la même conception. Ce n'est pas un scoop. Mais dans votre propre conception de SROS non opposable, pourquoi ajouter les mots « dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé »? Depuis le début de ce débat, vous écarterez toute idée de règle en vue de favoriser l'installation des professionnels de santé là où il y en a besoin et de l'empêcher là où il y en a trop. Je pense que la raison de cet ajout est en réalité inavouable. Pouvez-vous nous dire pourquoi vous introduisez cet article?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**Mme Jacqueline Fraysse.** En effet, ainsi il n'y a pas d'ambiguïté: tous les médecins peuvent s'installer où ils veulent, quand ils veulent, comme ils veulent, et quant aux SROS, on peut les établir mais ils ne sont pas opposables. C'est clair. Il était important que les choses soient dites.

**M. Christian Paul.** Et que les Français le sachent!

**M. le président.** La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Au cas où l'on aurait eu un doute sur la nécessité de cet article, quand on voit l'agressivité déployée et la façon dont l'opposition s'adresse aux parlementaires qui l'ont introduit, chacun voit qu'il est important.

**Mme Jacqueline Fraysse.** On voit surtout qu'il est honteux!

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Non seulement il n'est pas honteux, madame Fraysse, mais il est utile. Je rappelle que les SROS ont beaucoup d'importance – je ne confonds pas ce qui s'est passé avec la situation d'aujourd'hui, bien au contraire. Les SROS sont compatibles avec ce texte: ils ont pour objet de guider l'action sanitaire, de tracer un chemin avec les professionnels de santé libéraux et aussi...

**Mme Catherine Lemorton.** Sans les patients!

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** ...avec les patients, madame Lemorton. Ce n'est pas à vous que je vais apprendre qu'un SROS ne se fait pas sans les patients. Ce serait méconnaître la façon dont un SROS est élaboré que de prétendre le contraire.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Je prends trois secondes pour lever toute ambiguïté: cet article ne concerne pas les professionnels de santé en général, mais uniquement les médecins.

(*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 80 et 142 ne sont pas adoptés.*)

(*L'article 3 bis AA est adopté.*)

### Après l'article 3 bis AA

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 94 rectifié.

La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Cet amendement a pour but de préciser que le schéma régional d'organisation des soins est indicatif et qu'il n'est pas opposable aux professionnels de santé.

Monsieur Paul, je suis un libéral, mais cela n'empêche pas d'être organisé et d'avoir une vision de l'organisation des soins, en particulier en milieu médical.

Monsieur le ministre, cet amendement va vous rendre service car il va permettre de transformer en disposition législative la parole gouvernementale maintes fois répétée. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

**M. Claude Letteurtre.** Bien dit, monsieur Vigier!

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Monsieur Vigier, votre amendement est satisfait par celui qui a été adopté en commission.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** L'auteur de l'amendement est, lui aussi, satisfait.

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Il y a un élément nouveau qui montre qu'il y a tout de même un problème de cohérence entre les différentes composantes de votre majorité, monsieur le ministre. En effet, M. Vigier, qui a pourtant donné quelques gages au bon sens et à l'efficacité...

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** On ne va pas distribuer les bons et les mauvais points!

**M. Christian Paul.** ...avec des amendements qui visaient, excusez du peu, à plafonner les installations dans les zones denses et à prévoir des obligations de services dans les zones déficitaires, nous dit maintenant que l'outil d'organisation de la médecine ambulatoire, le SROS, ne doit pas être opposable. Il va falloir sacrément chercher pour trouver la cohérence.

**M. Philippe Vigier.** Je vous prouve la cohérence quand vous voulez, mon cher collègue!

(*L'amendement n° 94 rectifié n'est pas adopté.*)

### Article 3 bis AB

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Ces articles nous interrogent. Nous n'avons pas d'a priori négatif sur celui-ci, mais il soulève tout de même quelques interrogations puisqu'il permet aux étudiants inscrits en troisième cycle d'exercer la profession de médecin avant l'obtention de leur diplôme d'études spécialisées, à l'issue de l'internat, au cours d'une année de seniorisation. Nous avons remarqué que le président de l'Ordre des médecins s'est prononcé contre cette disposition. Selon lui, « à ce jour, les concertations préconisées entre, d'une part, les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur, et, d'autre part, les représentants des internes en médecine, des médecins installés et des facultés de médecine

n'ont abouti ni à une modification des maquettes de formation, ni à la définition des modalités et responsabilités inhérentes à l'activité de ces seniors. Dans ces conditions, la modification proposée du code de la santé apparaît prématurée et imprudente. En outre, en l'état des connaissances, elle n'est pas limitée dans le temps ». Évidemment, l'opinion du président du conseil de l'Ordre n'est pas suffisante à nos yeux, mais elle soulève des interrogations qui méritent des réponses.

Monsieur le ministre, comme vous n'écoutez pas, vous allez avoir du mal à me répondre.

**M. Jean Mallot.** Il n'écoute jamais, de toute façon !

**M. le président.** M. le ministre vous écoute, ma chère collègue. Veuillez poursuivre.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Voici mes questions : toutes les mesures ont-elles été prises pour encadrer cette disposition ? Est-ce un avantage pour les internes et sont-ils en mesure d'endosser cette responsabilité ? Est-ce une disposition utile à leur formation ou s'agit-il uniquement de leur faire jouer les pompiers en leur faisant endosser les conséquences de la pénurie de médecins dans les conditions précitées, sans concertation et sans réelle garantie ?

Je répète que nous n'avons pas d'a priori contre cet article, mais qu'il soulève de fortes interrogations qui méritent des réponses précises.

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement de précision, n° 63, présentée à titre personnel par Mme la rapporteure.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Favorable.  
(L'amendement n° 63 est adopté.)

(L'article 3 bis AB, amendé, est adopté.)

#### Article 3 bis AC

(L'article 3 bis AC est adopté.)

#### Article 3 bis AD

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 62, tendant à supprimer l'article 3 bis AD

La parole est à Mme la rapporteure.

**Mme Jacqueline Fraysse.** J'attends toujours les réponses à mes questions !

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Je demande la suppression de cet article pour les raisons développées précédemment. Je rappelle que les missions de service public sont déjà en tarifs opposables. Or l'article prévoit la possibilité pour les ARS de fixer une proportion minimale d'actes en établissement de santé à facturer sans dépassement d'honoraires. Et au-delà des problèmes posés par le manque de précision de la rédaction, une telle disposition est prématurée.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Favorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Lemorton.

**Mme Catherine Lemorton.** Je ne comprends pas bien cette demande de suppression, d'autant que le résumé de l'article dans l'exposé sommaire ne correspond pas au contenu de l'article lui-même. Mme Boyer justifie ainsi son amendement : « Au-delà des problèmes posés par le manque de précision de la rédaction, cette disposition est prématurée. En effet, imposer la création d'une forme de secteur optionnel aux établissements [...], etc. » Je ne vois pas où cet article évoque l'arrivée d'une forme de secteur optionnel. L'exposé sommaire étant faux, la demande de suppression est d'autant plus infondée.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** C'est effondrant.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Eh oui !

**M. Gérard Bapt.** Mme Boyer est la rapporteure de la commission de la hache pour tout ce qui pourrait favoriser l'accès aux soins.

Vous nous dites : « C'est prématuré ». Mais il s'agit d'une mission de service public, et on voit bien ce qu'il y a derrière votre amendement de suppression : confier une mission de service public à des établissements privés dans lesquels les médecins peuvent pratiquer exclusivement en dépassement d'honoraires. Cet article prévoyait seulement qu'un minimum d'actes soit facturé à honoraires opposables ; voilà que vous le sacrifiez en demandant que tous les actes, bien que ce soit une mission de service public, puissent s'effectuer en dépassement d'honoraires.

**M. Christian Paul.** Ce n'est pas joli !

**M. Gérard Bapt.** C'est véritablement accablant. Il y a vraiment dans ce débat, sous la pression bien entendu de la perspective de l'élection présidentielle...

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Et vous, vous n'êtes pas dans cette perspective !

**M. Gérard Bapt.** ...et de la nécessité de se raccommo-der avec les médecins libéraux, l'intention de sacrifier tous les maigres acquis que vous et vos collègues avaient votés en 2009, dans le cadre de la loi HPST.

Bravo, félicitations, mesdames, messieurs, votez cette suppression.

(L'amendement n° 62 est adopté.)

**M. Gérard Bapt.** Monsieur le président, il fallait compter ! (Approbations sur les bancs du groupe SRC.)

**M. le président.** En conséquence, l'article 3 bis AD est supprimé, et l'amendement n° 138 tombe.

#### Article 3 bis A

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 31, tendant à supprimer l'article 3 bis A.

La parole est à M. Lionel Tardy.

**M. Lionel Tardy.** Cet article vise à exclure de l'assiette de calcul des cotisations sociales les rémunérations des praticiens libéraux exerçant dans les établissements de santé. On crée donc une niche sociale et un manque à gagner pour les régimes de sécurité sociale. Alors même que, pas plus tard que ce matin, la commission des lois a examiné le projet de loi

constitutionnelle sur l'équilibre des finances publiques, nous faisons ici le contraire de ce qu'elle est en train de voter. Il devrait être possible, mes chers collègues, de nous autodiscipliner sans avoir besoin d'une règle supérieure qui nous contraigne.

Je propose donc de supprimer cet article et d'en renvoyer la discussion au PLFSS, le véhicule idoine pour ce genre de dispositions.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Défavorable.

**M. Gérard Bapt.** Le contraire nous aurait étonnés !

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Je rappelle que la commission a repoussé cet amendement parce que l'objet de l'article n'est pas de créer une nouvelle niche sociale, mais bien d'éviter que les professionnels de santé libéraux travaillant en établissement soient considérés en activité salariée et que l'établissement paye ainsi des cotisations sociales indues.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Je demande le retrait. À défaut, l'avis serait défavorable.

**M. le président.** Monsieur Tardy, retirez-vous votre amendement ?

**M. Lionel Tardy.** Non, monsieur le président.

*(L'amendement n° 31 n'est pas adopté.)*

**Mme Catherine Lemorton.** Ils ne lèvent pas la main ! Il y a un problème au niveau du comptage des voix, monsieur le président ! *(Approbations sur les bancs du groupe SRC.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 261 rectifié.

La parole est à M. le ministre.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** J'avais demandé le retrait à l'auteur de l'amendement précédent parce que le nôtre satisfait la demande qui était exprimée. Il s'agit, pour répondre à une double inquiétude, de ne pas désavantager certains modes d'exercice par un différentiel de participation des caisses d'assurance maladie à la prise en charge des cotisations, et d'écarter tout risque de requalification en contrat de travail des contrats qui viseraient à encadrer l'intervention des libéraux dans certaines structures qui ne sont pas prévues par les conventions.

**M. Lionel Tardy.** C'est vrai.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Isabelle Vasseur s'était saisie d'un sujet approchant dans la discussion générale, et je lui avais dit que je lui donnerais une réponse. Je pense que cet amendement répond à ses préoccupations.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Favorable bien sûr.

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Monsieur le président, nous avons senti de ce côté-là de l'hémicycle un certain fléchissement dans l'expression de la volonté. Les bras ne se lèvent pas avec beaucoup d'enthousiasme *(Exclamations sur plusieurs bancs du groupe UMP)* quand il s'agit de perpétuer la funeste

habitude des dépassements d'honoraires dans ce pays. Je comprends que de telles dispositions gênent nos collègues de l'UMP. Mais nous souhaitons que, pour la suite du débat, leur volonté s'exprime de façon plus manifeste quand il s'agit de voter, fût-ce des décisions que nous considérons comme totalement scélérates.

**Mme Jacqueline Fraysse.** On va compter les voix !

**M. Christian Paul.** Pour leur permettre de retrouver un peu de vigueur, je demande, au nom de notre groupe, une suspension de séance d'un quart d'heure.

**M. le président.** La suspension est de droit, mais je la limite à dix minutes.

### Suspension et reprise de la séance

**M. le président.** La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à vingt-trois heures trente, est reprise à vingt-trois heures quarante.)*

**M. le président.** La séance est reprise.

*(L'amendement n° 261 rectifié est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence l'article 3 bis A est ainsi rédigé.

### Article 3 bis

*(L'article 3 bis est adopté.)*

### Après l'article 3 bis

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 125, portant article additionnel après l'article 3 bis.

La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Il est défendu.

*(L'amendement n° 125, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 150 et 257.

La parole est à M. Dominique Tian, pour défendre l'amendement n° 150.

**M. Dominique Tian.** Lors de l'examen par le Conseil d'État du projet de décret relatif à la coopération souhaitée par le législateur dans les établissements de santé entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, il est apparu que la base légale apportée par la loi HPST était insuffisante.

L'objet rédactionnel du présent amendement est d'améliorer la qualité de la loi mais aussi d'apporter des assouplissements pour la composition des équipes médicales associant salariat et exercice libéral dans les mêmes établissements de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier, pour défendre l'amendement n° 257.

**M. Philippe Vigier.** Lors de l'examen par le Conseil d'État du projet de décret relatif à la coopération souhaitée par le législateur dans les établissements de santé entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, il est apparu que la base légale apportée par la loi dite HPST était insuffisante.

Le premier problème était de tenir compte de l'applicabilité à ces collaborations des dispositions d'encadrement tarifaire rassemblées sous l'appellation « secteur optionnel ».

Le deuxième problème était d'intégrer des dispositions transitoires afin d'organiser l'articulation entre les contrats d'exercice en vigueur à la date de promulgation de la loi HPST.

Le présent amendement a pour vocation d'apporter les assouplissements nécessaires pour la composition des équipes médicales associant le salariat et l'exercice libéral dans les mêmes établissements de santé.

Il vise à organiser une adaptation des dispositions pour quelques établissements de santé en situation très spécifique et qui fonctionnent avec des professionnels médicaux libéraux tout en étant inscrits dans une échelle publique des tarifs établie dans des circonstances particulières.

Or les professionnels médicaux libéraux exerçant dans ces établissements peuvent être autorisés à demander des dépassements d'honoraires. Les établissements de santé ne peuvent – du fait du statut libéral et de l'attente conventionnelle d'un secteur optionnel – interférer sur l'exercice de cette faculté.

C'est la raison pour laquelle l'avant-dernier alinéa de notre amendement propose d'encadrer ces dispositions, afin de permettre la conclusion d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'établissement et l'ARS, qui pourra définir les proportions garanties d'exercice en tarif opposable des médecins libéraux, dans le cadre de ces établissements dans une situation historique particulière.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** La commission a émis un avis défavorable sur les amendements identiques qui viennent d'être présentés par nos collègues.

En effet, ils remettent en question une obligation prévue par la loi HPST et dont nous avons largement parlé ce soir : pratiquer des tarifs opposables pour les missions de service public, aussi bien dans le cadre d'un éventuel secteur optionnel que dans le cadre du secteur 2. Ces amendements ne sont donc pas acceptables.

La loi HPST précise que l'établissement de santé chargé d'une ou de plusieurs missions de service public garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions une prise en charge sans dépassements d'honoraires.

Voilà pour les principes.

Ajoutons que dans le cadre actuel du droit on ne peut pas agir sur un secteur optionnel en cours de construction. Quand les négociations sur le secteur optionnel auront eu lieu, il sera alors juridiquement possible d'amender.

Ces amendements posent donc deux problèmes : l'un lié au respect de la loi HPST pour le secteur optionnel qui est une garantie pour les patients ; l'autre de nature juridique.

C'est pourquoi je suis au regret de vous dire que la commission a émis un avis défavorable à ces amendements.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Même avis. L'adoption de ces amendements conduirait à un recul dans l'accès aux soins car les tarifs opposables seraient beaucoup moins disponibles.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** C'est pourquoi j'espère que nous serons soutenus par nos collègues, sur tous les bancs !

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** L'argument de Mme la rapporteure repose sur le fait que le secteur optionnel n'existe pas encore. Mais le secteur optionnel n'est pas évoqué dans l'amendement. Le fait qu'il le soit dans l'exposé des motifs n'est pas un argument décisif pour repousser les amendements.

Monsieur le ministre, j'aimerais que vous nous expliquiez en quoi la possibilité de modifier un contrat pour tenir compte de la nécessité qu'un certain nombre d'actes soient au tarif opposable constituerait un recul.

**M. le président.** La parole est à M. Xavier Bertrand, ministre.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Les missions de service public sont normalement assurées par le service public. Par contre, si, comme c'est le cas depuis la loi HPST, elles sont confiées exceptionnellement au service privé, elles doivent l'être dans des conditions de tarif opposable, comme elles l'auraient été si elles avaient été assurées par le service public.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** C'est logique !

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Donc nous ne pouvons pas être d'accord avec des amendements qui permettent d'ouvrir droit au dépassement pour les médecins libéraux.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 150 et 257 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements, n<sup>os</sup> 122, 252, 110, 151 et 221, pouvant être soumis à une discussion commune. Les amendements n<sup>os</sup> 252, 110, 151 et 221 sont identiques.

La parole est à M. Claude Leteurtre, pour défendre l'amendement n<sup>o</sup> 122

**M. Claude Leteurtre.** Cet amendement a pour objet de donner une base légale à un prochain décret d'application. En effet, les conditions de mise en application des dispositions de l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, issues du premier alinéa du XI de l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 21 juillet 2009, ont montré que la base légale était insuffisante pour une rédaction adaptée des décrets d'application, notamment pour les établissements relevant du c) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

**M. le président.** La parole est à Mme Valérie Boyer.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** L'objet de mon amendement rejoint tout à fait celui de l'amendement de M. Leteurtre.

**M. Claude Leteurtre.** Mais...

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Mais je lui propose de retirer le sien et de s'associer à l'amendement n<sup>o</sup> 252, qui a le même objet mais apporte une précision qui me semble plus opérationnelle.

**M. Philippe Vigier.** À moins que ce ne soit vous, madame la rapporteure, qui vous ralliez à son amendement !

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Non, car, si je propose, dans l'amendement n° 252, que la loi HPST et ses décrets d'application organisent les conditions d'intervention des médecins libéraux aux missions de service public et de soins des établissements de santé privés mentionnés aux b) et c) de l'article L. 132-22-6 du code de la sécurité sociale, je précise, en outre, que, pour assurer la continuité des organisations médicales en place et faciliter la mise en œuvre des nouvelles dispositions, il est nécessaire d'organiser un report de leur application au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Si nous sommes d'accord sur le fond, il y a une petite précision de forme.

**M. le président.** La parole est à Mme Isabelle Vasseur, pour défendre l'amendement n° 110.

**Mme Isabelle Vasseur.** La loi HPST et ses décrets d'application organisent les conditions d'intervention des médecins libéraux aux missions de service public et de soins des établissements de santé privés mentionnés aux b) et c) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Pour assurer la continuité des organisations médicales en place et faciliter la mise en œuvre des nouvelles dispositions, il est donc nécessaire d'organiser un report de leur application au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour défendre l'amendement n° 151.

**M. Dominique Tian.** Il est défendu.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Leteurtre, pour défendre l'amendement n° 221.

**M. Claude Leteurtre.** Il est défendu.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** On peut associer tous nos collègues à l'amendement n° 252 !

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur ces cinq amendements ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Avis favorable à l'amendement de Mme la rapporteure.

**M. le président.** Je propose à M. Leteurtre de retirer l'amendement n° 122, puisqu'il a également défendu l'amendement n° 221.

**M. Claude Leteurtre.** L'amendement n° 122 est retiré.

*(L'amendement n° 122 est retiré.)*

*(Les amendements identiques n° 252, 110, 151 et 221 sont adoptés.)*

#### Article 4

**M. le président.** La commission a maintenu la suppression de l'article 4.

Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 59, 96 et 104 tendant à le rétablir.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour défendre l'amendement n° 59.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Cet amendement vise à rétablir l'article 4 de la proposition de loi, supprimé en première lecture au Sénat, qui visait à mettre fin à l'obligation pour les médecins libéraux de déclarer leurs absences programmées à l'Ordre départemental.

Pourquoi mettre fin à cette obligation d'information, me demanderez-vous ?

Premièrement, cette obligation a malheureusement été perçue par les médecins comme susceptible de servir de base à la mise en place d'un véritable régime d'autorisation d'absence, ce que nous ne souhaitons pas.

**M. Jean Mallot.** C'est un procès d'intention, contre lequel il faut lutter !

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** En rencontrant les médecins libéraux, toutes tendances syndicales confondues, nous avons pu mesurer la volonté réelle des professionnels de santé de participer à la continuité des soins. Il serait injuste et diffamant de ne pas le reconnaître. Les mesures coercitives sont inutiles de ce point de vue. D'ailleurs, les professionnels nous l'ont unanimement déclaré.

Deuxièmement, outre la lourdeur de cette formalité pour les praticiens eux-mêmes, son traitement par le conseil départemental de l'Ordre s'est révélé impossible. L'Ordre nous l'a également déclaré.

En revanche, dans certains départements, les médecins se sont organisés pour garantir la continuité des soins pour des périodes bien ciblées de l'année où des difficultés peuvent se faire sentir en ce domaine. Le conseil de l'Ordre liste les médecins qui seront effectivement présents sur le département. Ce système fonctionne de manière efficace. Élisabeth Hubert l'a d'ailleurs souligné dans son rapport sur la médecine de proximité et nous l'a encore précisé lors de la rencontre organisée dernièrement avec elle par notre collègue Jean-Pierre Door, président du groupe d'études sur les professions de santé.

Troisièmement, enfin, dans un contexte de désaffection des médecins libéraux par rapport à leur exercice et d'installation tardive des jeunes professionnels, il convient de redonner une capacité d'initiative aux médecins libéraux et de leur laisser assumer la responsabilité collective d'organiser la continuité des soins. J'ai déjà défendu cette position. Je regrette que tous mes collègues ne l'aient pas suivie.

J'espère que les débats que nous allons avoir ce soir vont aboutir à ce que la liberté domine, à ce que des mesures coercitives ne soient pas prises à l'encontre des médecins libéraux et à ce que la sérénité puisse s'installer à la fois dans nos débats et dans les propositions que nous formulons.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vigier, pour défendre l'amendement n° 96.

**M. Philippe Vigier.** Je serai bref car je vois que la sagesse a gagné Mme la rapporteure.

Je suis ravi de constater que chacun a bien compris qu'il n'y avait plus qu'un seul médecin sur dix qui voulait exercer en libéral. On peut, dès lors, imaginer ce que pourrait représenter l'obligation pour ce médecin de déclarer chacune de ses absences, qui, d'ailleurs, ne seraient pas uniquement pour des vacances, mais pourraient être aussi pour des formations, dont la programmation se fait quelquefois quinze jours avant.

Or, dans le texte initial, avant qu'il ne soit modifié par la commission des affaires sociales au Sénat, toute absence devait être signalée trois semaines à l'avance.

L'amendement de la commission est un amendement de sagesse. Il permettra d'enlever l'une des deux épines évoquées tout à l'heure par M. le ministre.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Lefrand, pour défendre l'amendement n° 104.

**M. Guy Lefrand.** Je souhaite insister sur l'inefficacité de l'obligation qu'on voulait imposer aux médecins de prévenir de leur absence. Si cette absence pose un problème, va-t-on empêcher le médecin de partir? Va-t-on le sanctionner financièrement? Va-t-on l'interdire d'exercice parce qu'il souhaite partir en vacances?

Une obligation sans conséquence en cas de manquement est totalement inefficace. Or l'impuissance est quelque chose que nous détestons, monsieur le président.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Avis favorable à l'amendement de Mme la rapporteure.

**M. le président.** La parole est à M. Rémi Delatte.

**M. Rémi Delatte.** Je vais abonder dans le même sens que M. Lefrand. L'obligation qu'on voulait faire aux médecins de déclarer leurs absences au conseil de l'Ordre est inutilement coercitive puisque les médecins ont déjà une obligation légale et déontologique d'orienter leur patientèle vers des confrères en cas d'absence.

Cette disposition, on le sait, est mal vécue et mal comprise par la profession. De plus, elle n'est pas en conformité avec notre système libéral et rompt même – irai-je jusqu'à dire – avec notre philosophie.

Enfin, comme vient de l'indiquer Guy Lefrand, cette mesure est particulièrement inopérante. En effet, à quel moment le médecin doit-il déclarer ses congés? Huit jours avant? Quinze jours avant? Il y a une vraie part d'inconnu.

Il me paraît nécessaire de s'en tenir au code déontologique.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Issindou.

**M. Michel Issindou.** Mme Bachelot doit se retourner dans son lit parce qu'on est en train de défaire complètement la loi HPST! (*Rires sur tous les bancs.*)

On avait enregistré quelques avancées sur les installations avec les centres de santé spécialisés – CSS. On a reculé ce soir.

On nous dit que le Schéma régional d'organisation des soins – SROS – ne sert à rien et n'est pas opposable. Donc, circulez, il n'y a rien à voir!

On parle de secteur 1 et de secteur 2 mais on décide finalement de laisser faire le marché. On fera du secteur 2. On ne va pas imposer quoi que ce soit à qui que ce soit!

On décide maintenant que ce n'est pas la peine de déclarer les absences. On s'organisera. On s'en remet à la déontologie, aux règles.

Vous avez raison, monsieur le ministre. Nous sommes dans une tout autre conception de la médecine, de la santé, du service public. C'est à un libéralisme total que vous nous conviez. On en vient à se demander à quoi sert la loi ...

**M. Jean Mallot.** Et à quoi sert le ministre!

**M. Rémi Delatte.** ...puisque ce sont les corporations ou les divers syndicats qui vous imposent – et nous imposent – de passer des soirées – de longues soirées, parfois drôles – pour remanier la loi, des soirées au cours desquelles Mme Hubert, que Jean Mallot regrette beaucoup de ne pas voir, nous manque beaucoup.

Plus sérieusement, nous passons du temps à défaire une loi qui n'était déjà pas très coercitive, pour la rendre complètement libérale. On est en train de laisser faire, de laisser aller, de renvoyer d'un revers de main avec des « Circulez, il n'y a rien à voir! », de dire que tout va bien et que la médecine libérale produit les résultats attendus. Personne ne voit les déserts médicaux.

**M. Yves Bur.** Vous étiez contre la loi HPST, vous ne l'avez pas votée!

**M. Michel Issindou.** Je me demande s'il est utile de continuer à légiférer dans de telles conditions.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Lemorton.

**Mme Catherine Lemorton.** Le procédé est quand même particulièrement choquant. Voilà des heures que nous discutons, et c'est bien pour répondre à la demande de certains syndicats de médecins libéraux.

**M. Christian Paul.** On devrait nommer M. Chassang ministre, ce serait plus simple!

**Mme Catherine Lemorton.** Je vais citer les interventions en commission de certains de nos collègues de la majorité qui savent raison garder.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur du texte HPST, a fait remarquer que, dans son « village de 1 200 habitants, les deux boulangers doivent s'entendre pour partir en vacances. Il est anormal que les médecins voient une mesure vexatoire dans cette disposition qui permettrait d'éviter, par exemple, d'être dans l'impossibilité de trouver dans le département de l'Yonne un cabinet d'ORL ouvert entre le 23 décembre et le 7 janvier! »

M. Dominique Dord s'est interrogé: « Je ne vois pas en quoi cette mesure serait vexatoire. Lorsque je m'absente de ma mairie, j'avertis mon premier adjoint ».

Les interventions se gâtent un peu ensuite.

M. Guy Lefrand s'est indigné: « S'il faut que les médecins informent à l'avance les conseils de l'Ordre des congés qu'ils souhaitent prendre, autant qu'ils soient salariés! Cela va à l'inverse de l'esprit de la médecine libérale. »

Cela confirme ce que je dis: quand on est médecin libéral, on fait vraiment ce qu'on veut, quel que soit l'état du patient ou l'état de demande de santé du bassin de population. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Claude Leteurre.** Vous n'avez pas qu'un peu de mépris pour les médecins!

**Mme Catherine Lemorton.** M. Fernand Siré déclare : « Le code de déontologie prévoit déjà que les médecins assurent la continuité des soins. Par ailleurs, en l'absence du médecin traitant, il est possible d'appeler le 15, service chargé d'assurer la régulation ». À cet égard, je vais vous donner un exemple qui, je l'espère, va vous choquer. Une personne qui habite dans mon bassin de population appelle, un samedi, le 15 parce que son enfant de deux ans qui avait eu une otite une semaine auparavant avait toujours 39,5° de fièvre. On finit par lui donner le numéro de téléphone d'un médecin qui lui répond – c'est de la télé-médecine – de continuer pendant le week-end le corticoïde que l'enfant prenait et d'aller consulter un médecin le lundi. Si c'est cela la médecine que vous voulez créer, on ne sera jamais d'accord !

**M. Christian Paul.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian.

**M. Dominique Tian.** Je soutiens l'amendement de Mme Boyer.

Mesdames, messieurs de l'opposition, pourquoi voulez-vous conserver une mesure qui est perçue comme coercitive ou mal vécue par les professionnels et qui, de surcroît, est inefficace ?

Je précise à M. Mallot que Mme Hubert, qui a été ministre de la santé, a rendu un rapport, à la demande du Président de la République, qui préconise la fin de ce type de mesure qui met mal à l'aise les professionnels et qui est inefficace.

**M. Jean Mallot.** En somme, Mme Hubert a des solutions au problème qu'elle n'a pas résolu quand elle était ministre !

**M. Dominique Tian.** Aussi l'amendement de Mme Boyer est-il bienvenu.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Merci, monsieur Tian.

**M. le président.** La parole est à M. Vincent Descoeur.

**M. Vincent Descoeur.** Le débat est celui de l'équilibre qui existe entre la coercition et l'incitation. Cet équilibre est fragile ; et l'on constate aussi qu'il est instable, car on n'est jamais sûr du bien-fondé des décisions que l'on prend. Voilà pourquoi il ne me semble pas choquant de revenir sur une décision que nous avons prise. Il faut faire attention à ne pas établir des parallèles trop caricaturaux. On ne peut pas suspecter les médecins de ne pas être aussi consciencieux que les boulangers. Vous venez de dire que les boulangers savent s'organiser et qu'il conviendrait de contraindre les médecins généralistes. En la matière, il faut raison garder car, même en milieu rural, les médecins ont fait la preuve qu'ils ont le souci de veiller à ce qu'il y ait toujours continuité des soins de leurs patients.

**Mme Catherine Lemorton.** Je souhaite qu'un jour quelqu'un de chez vous soit malade et se heurte à une telle situation ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Jean-Charles Taugourdeau.** Vous ne pouvez pas dire cela ! Si nous disions de telles choses sur les salariés, qu'est-ce que vous diriez !

**M. le président.** La parole est à M. Christian Paul.

**M. Christian Paul.** Cela veut-il dire, monsieur Taugourdeau, que, quand il s'agit des salariés, vous êtes indifférent ?

**M. le président.** Monsieur Paul, j'imagine que vous avez pris la parole pour dire quelque chose.

**M. Christian Paul.** J'aimerais bien, monsieur le président. Mais, dans ce cas-là, rétablissez l'ordre sur les bancs à droite de l'hémicycle !

S'il s'agissait simplement de supprimer la loi Bachelot, soyez sûrs que nous serions à vos côtés. Mais ce que vous êtes en train de mettre à mal, c'est le système de santé. Et il y a des précédents. Je pense notamment à la réforme – si on peut appeler réforme une décision qui constitue le contraire d'un progrès – de M. Mattei sur la permanence des soins. Il avait supprimé l'obligation de garde médicale, sans mettre en place un système de substitution.

Certes, on pouvait entendre les arguments des médecins qui devaient prendre des gardes toutes les quarante-huit heures ou tous les trois jours et comprendre qu'il fallait aménager des secteurs, mettre en place des maisons de garde. Mais vous aviez mis fin à l'obligation de garde sous la même pression que celle que vous subissez aujourd'hui. Il s'agissait probablement des mêmes protagonistes dont l'esprit est bien éloigné de l'intérêt général. En 2004 déjà, vous aviez ainsi mis en difficulté des territoires entiers. Il a fallu des années pour parvenir à reconstituer des systèmes de permanence des soins. Ce que vous faites ce soir, amendement après amendement, article après article, va dans le même sens.

En ce qui concerne la déclaration des congés, je ne crois pas que vous ayez eu, en votant cette obligation, l'intention de nuire ni de soupçonner quiconque. Il s'agissait tout simplement d'un devoir d'information permettant une bonne organisation, y compris par respect pour les confrères qui ne partent pas en vacances et qui doivent s'organiser de façon différente, et non d'aller chercher à la sous-préfecture une autorisation préalable pour pouvoir partir en vacances. Cela s'appelle le bon sens, la bonne organisation du système de santé. Je vous le répète, ce soir vous êtes dans un esprit de totale capitulation.

**Mme Catherine Lemorton.** Vous avez mis plus d'énergie à permettre l'ouverture des commerces le dimanche !

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** M. Paul vient de rappeler une décision prise par M. Mattei et qui a été très lourde à assumer. Je veux parler de la suppression de l'obligation d'assurer la permanence des soins.

Comment assurer la permanence des soins ? Les professionnels des maisons de santé s'organisent entre eux pour l'assurer. Je pense qu'ils connaissent les dates de vacances des uns et des autres. Il y a aussi les maisons de garde. Un autre système, appelé à se développer, fonctionne bien : la régulation médicale de la permanence des soins. Pour faire tout cela, il faut avoir un minimum de renseignements et d'informations. Je ne comprends vraiment pas ce qu'il y a d'offensant pour les médecins libéraux à informer – je n'ai pas dit déclarer – qui de droit de leurs dates de congés. Il ne s'agit pas de « fliquer » les médecins, mais de permettre une bonne organisation. Pour ma part, je participe à la régulation médicale de la permanence des soins. Dans ce cadre, il me semble naturel de connaître les dates de congés des uns et des autres afin de rendre le meilleur service possible à nos concitoyens.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Charles Taugourdeau.

**M. Jean-Charles Taugourdeau.** Vous méprisez la conscience professionnelle des médecins. Vous nous mettez dans une société de défiance...

**M. Jean Mallot.** Voilà des propos tout en nuance !

**M. Jean-Charles Taugourdeau.** ... alors que nous souhaitons une société de confiance avec plus de contrôles.

La plupart des médecins installés à la campagne partent en vacances quand ils ont trouvé un remplaçant.

**M. Philippe Vigier.** Exact !

**M. Jean-Charles Taugourdeau.** En voulant régler le problème pour les 2 ou 3 % qui ne respectent rien, vous allez empêcher tous les autres de respirer, de travailler. Or les médecins ont besoin de considération. Il n'est pas nécessaire de légiférer pour savoir si les médecins doivent dire ou non à quel moment ils partent en vacances.

**Mme Catherine Lemorton.** Vous allez donc vous retrouver avec quatre médecins en vacances en même temps !

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 59, 96 et 104 sont adoptés.)*

**M. le président.** En conséquence, l'article 4 est ainsi rétabli.

#### Après l'article 4

Je suis saisi de deux amendements, n<sup>os</sup> 98 rectifié et 275, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Guy Lefrand, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 98 rectifié.

**M. Guy Lefrand.** Cet amendement concerne la télétransmission des feuilles de soins. Le 7 avril dernier, le Conseil d'État a annulé une disposition prévoyant une pénalisation lorsque les feuilles de soins sont transmises sous format papier et non sous format électronique. Je crois savoir que le Gouvernement va proposer de la rétablir. Mon amendement est donc pour l'instant sans objet, mais il me permet d'interroger monsieur le ministre.

En effet, un problème particulier se pose pour certains médecins qui ont entre soixante-six et soixante-huit ans et qui, dans des zones déficitaires, continuent à exercer alors qu'ils pourraient être à la retraite. J'aimerais savoir s'il serait possible de leur accorder des dérogations afin qu'ils continuent à utiliser des feuilles papier plutôt que la télétransmission, auquel cas je retirerai mon amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Monsieur Lefrand, je comprends votre préoccupation, mais je tiens à vous faire part d'un certain nombre de problèmes qui se posent.

Vous proposez de supprimer la contribution forfaitaire aux frais de gestion que doivent acquitter les professionnels de santé, organismes ou établissements de santé, qui n'assurent pas la transmission électronique des feuilles de soins. Je rappelle que depuis déjà très longtemps l'assurance maladie a mis en place des processus d'aide permettant aux professionnels de santé de télétransmettre ces feuilles de soins. Aujourd'hui, il est bon de savoir où nous en sommes sur ce sujet.

Vous avez raison de dire que la majorité des professionnels respectent cette obligation. Le rapport de 2010 de la Cour des comptes indique que le taux global de télétransmission est de 84 % en 2008-2009, tous professionnels de santé confondus. C'est donc déjà une avancée importante.

Cependant, et vous l'avez souligné, ce chiffre ne recouvre pas les disparités importantes d'une profession de santé à l'autre, d'un mode d'exercice à l'autre et coûte cher à l'assurance maladie puisqu'on évalue à 200 millions d'euros par an la dépense évitable liée aux 150 millions de feuilles de soins papier que l'assurance maladie devait encore traiter en 2009. Vous le voyez, il convient de mettre en place cet élément important.

Mais il faut, là aussi, raison garder, et entendre ce que disent les médecins sur leurs pratiques et sur les difficultés qu'ils rencontrent parfois à exercer la télétransmission des feuilles de soins. En effet, tout n'est pas très simple pour tout le monde. Sans supprimer purement et simplement la contribution forfaitaire, nous devons l'appliquer de manière plus équitable. Est-il juste d'appliquer la même sanction aux médecins qui ne télétransmettent aucune feuille de soins et à ceux qui n'en télétransmettent qu'une partie pour des raisons indépendantes de leur volonté ? Comment faire quand un médecin est en visite, ou quand un assuré n'a pas de carte vitale ? À ce moment-là, le médecin est obligé de transmettre des feuilles de soins papier.

L'UNCAM doit donc pouvoir moduler le montant de la contribution en fonction de la spécificité et des situations. C'est la raison pour laquelle cet amendement a été repoussé par la commission.

Monsieur le député, j'espère que vous allez le retirer au profit de celui du Gouvernement qui apporte des précisions et qui est de nature à rassurer les professionnels et à faire en sorte que la télétransmission des feuilles de soins, élément très important qui a été mis en place par l'assurance maladie depuis de nombreuses années, constitue vraiment un progrès pour tout le monde, les assurés sociaux, les contributions financières et pour les professionnels de santé.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Monsieur Lefrand, je suis défavorable à votre amendement pour deux raisons.

D'abord, parce que le Gouvernement vient de déposer un amendement qui renvoie à la négociation conventionnelle les modalités de mise en œuvre d'une télétransmission renforcée.

Vous le savez, le Conseil d'État a décidé que la disposition existante n'était pas conforme à la loi. Voilà pourquoi nous avons décidé, après consultation des partenaires conventionnels et du directeur général de l'UNCAM, de renvoyer à la négociation conventionnelle la fixation du mode de calcul, en se donnant un délai. Il existe en effet toute une batterie de sanctions conventionnelles qui permettent précisément d'obtenir satisfaction.

L'enjeu est de faire en sorte que les médecins qui ne télétransmettent pas ou peu le fassent davantage. Nous avons retenu un pourcentage en deçà duquel appliquer une pénalité. Or des médecins sont venus me voir pour me demander s'ils allaient être pénalisés parce qu'ils n'avaient pas atteint ce pourcentage alors qu'ils n'en étaient pas loin. D'autres m'ont dit qu'ils faisaient beaucoup de visites à domicile. D'autres encore m'ont demandé s'ils allaient être pénalisés parce que leurs patients n'apportaient pas leur carte vitale. J'avais déjà eu l'occasion de dire ici que certains médecins envisageaient, dans ces conditions, de demander à leurs patients une contribution financière. C'est hors de question. Vous le voyez, en réalité le système ne marchait pas. Voilà pourquoi l'amendement n<sup>o</sup> 275 du Gouvernement renvoie à une négociation conventionnelle.



Ensuite, pour les médecins qui auraient pu faire valoir leurs droits à la retraite et qui ne le font pas, je souhaite, dans le cadre de nouvelles dispositions sur la démographie médicale, mettre en place un dispositif « zéro charge, zéro contrainte ». En effet – qu'on me permette une lapalissade – s'ils cessaient leur activité, on ne leur demanderait plus rien, mais dans le cas où ils continueraient d'exercer, ce qui nous arrange tous, pourquoi leur infliger des contraintes? (*Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe UMP.*)

Faut-il donc plus ou moins assimiler leur statut à celui d'un remplaçant? Eh bien, oui, je le pense, et s'il y a une charge de travail supplémentaire elle peut être, dans ces conditions, de la responsabilité de l'assurance maladie. Ils pourront ainsi exercer à temps partiel, ce qui est mieux que rien. Il s'agit en tout cas de leur signifier que s'ils continuent, tout ce qui représentait pour eux des contraintes ne sera plus à leur charge.

Un tel dispositif va nous permettre de réaliser un tuilage, car la décision prise en 2005 d'augmenter le *numerus clausus* ne sera efficace que dans quatre ou cinq ans.

**M. Christian Paul.** C'est un minimum!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Mon but est de donner envie aux médecins qui devaient cesser leur activité à l'âge de la retraite de continuer d'exercer encore un, deux ou trois ans.

L'enjeu n'est pas financier. Il s'agit que ces médecins continuent de se consacrer à leurs patients au rythme qui leur convient, en contrepartie du principe « zéro charge, zéro contrainte ».

Nous avons déjà commencé à le faire en ce qui concerne le cumul emploi-retraite avec un système de cotisations qui, de forfaitaire, va devenir proportionnel de façon à ne pas les pénaliser. Reste que si nous voulons vraiment que les médecins prolongent leur activité, il faut leur simplifier la vie au maximum – j'assume l'expression.

C'est pourquoi, au-delà de la question des feuilles-papier, ce sujet sera à l'ordre du jour de la discussion de la convention. Le SML est d'ailleurs très en pointe pour ce qui concerne ces médecins en âge de prendre leur retraite et qui continueront d'exercer.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Bur.

**M. Yves Bur.** Voilà quinze ans que nous avons introduit la télétransmission et la France reste un pays très particulier dans l'environnement européen: je m'interroge en effet quand je considère le peu d'appétence de certains médecins pour cet outil de travail qu'est l'informatique.

J'ai été à l'origine d'un article sur le sujet, spécifiant qu'il revenait bien aux partenaires conventionnels de prendre leurs responsabilités pour développer la télétransmission. Je rappelle que 80 % des professionnels de santé y ont recours contre 20 % qui ne télétransmettent jamais. Ces derniers, vous l'avez rappelé monsieur le ministre, se situent notamment dans de grandes villes comme Paris et exercent dans certaines spécialités.

Nous avons attendu deux ans pour que les partenaires conventionnels prennent leurs responsabilités et fassent en sorte que l'ensemble des médecins télétransmettent. Il n'a jamais été question d'un niveau de télétransmission, la loi n'a jamais évoqué un éventuel plancher de 75 % de feuilles de remboursement à télétransmettre. Nous avons attendu deux ans pour que les partenaires conventionnels prennent

en compte la situation des praticiens les plus âgés, sur le point de partir à la retraite et qui éprouveraient quelque difficulté à s'acclimater à l'outil informatique – même si j'en doute.

Au bout de deux ans, nous avons donc introduit cette obligation de télétransmission. Je regrette simplement que la mise en œuvre de cette obligation par l'assurance maladie ait été dénaturée. J'y insiste: il n'a jamais été question de ce plancher de 75 % dans le dernier amendement que j'avais fait adopter. Je souhaitais seulement que les professionnels de santé qui ne télétransmettent jamais le fassent: l'informatique n'est plus un problème aujourd'hui. Quand on a lancé la télétransmission, il est vrai que le matériel informatique coûtait cher, mais il est devenu tout à fait accessible.

En tant que responsable des finances de l'assurance maladie, j'observe que le coût de la non-télétransmission atteint 200 millions d'euros.

**Mme Valérie Boyer, rapporteure.** Exactement!

**M. Yves Bur.** Nous ne pouvons pas nous le permettre à l'heure où nous courons après les économies. Il n'y a aucune raison pour que l'ensemble des professionnels de santé ne participe pas à cet effort. La télétransmission, en 2011, est une technique qui n'a rien d'exceptionnel et doit donc relever de l'ordinaire.

**M. Jean Mallot.** Surveillez-vous: vous allez devenir coercitif...

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Je rejoins Yves Bur. Nous avons des marges de manœuvre chez les spécialistes des grandes agglomérations.

Lors d'une réunion de travail sur la simplification, avec les professionnels et les représentants de l'assurance maladie, j'ai examiné dans le détail, notamment, la question du versement des sommes pour acquérir le matériel: nombreux sont ceux qui ne disposent pas encore d'un ordinateur. Pour ces médecins, c'est la croix et la bannière pour obtenir le référencement des appareils à commander et tout simplement pour obtenir le versement de la prime – l'assurance maladie me l'a concédé.

**M. Yves Bur.** De nos jours, il est à la portée de tout le monde de se mettre à l'ordinateur!

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Pas de tout le monde: le médecin qui, justement, à un an de la retraite et ne s'est jamais mis à l'ordinateur ne va pas se lancer dans l'informatique à moins qu'on ne le dote vraiment d'un terminal.

Je reste persuadé que l'on peut faire plus simple du côté de l'assurance maladie qui, ici aussi, veut bien l'admettre.

Je suis d'accord avec vous pour considérer que tout le monde appelle ce système de ses vœux dans la mesure où la simplification bénéficiera au patient qui sera remboursé plus vite, au professionnel de santé qui, lui aussi, sera remboursé plus vite. De surcroît, l'assurance maladie réalisera une économie très importante.

J'ai averti les professionnels de santé: si nous ne parvenons pas à un accord, les économies réalisées pourraient être considérées comme une marge de manœuvre dans la discussion. Si nous ne réalisons pas cette économie, les négociations seront plus compliquées pour le reste. C'est donc l'intérêt de tous de

trouver un accord. Reste que, comme vous, monsieur Bur, je pense que ce qui était une idée consensuelle n'a pas toujours été appliqué comme il aurait fallu.

**M. le président.** Retirez-vous votre amendement, monsieur Lefrand ?

**M. Guy Lefrand.** Oui, monsieur le président.

*(L'amendement n° 98 rectifié est retiré.)*

**M. le président.** Vous venez de soutenir l'amendement n° 275, monsieur le ministre. Je note qu'il recueille l'avis favorable de la commission.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** M. Bur a rappelé que nous discutons de la télétransmission depuis quinze ans. Nous aurions d'ailleurs pu nous abstenir de passer de la carte Vitale 1 à la carte Vitale 2 dont la photographie coûte excessivement cher...

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Non, ce n'est pas cher !

**Mme Catherine Génisson.** ...et dont l'utilité n'a pas été formellement prouvée.

Je n'ai pas très bien compris, monsieur le ministre : pour les médecins qui ne partent pas à la retraite dès qu'ils en ont atteint l'âge, vous préconisez l'idée selon laquelle ils ne seraient soumis à aucune charge ni aucune contrainte. Or je ne vois pas pourquoi on empêcherait tout à coup un médecin de télétransmettre si, sur le point de partir à la retraite et alors qu'il a télétransmis depuis de nombreuses années, il décidait de poursuivre son activité. Je ne vois pas ce que votre proposition apporte.

Cela d'autant, et vous l'avez souligné, monsieur le ministre, que ce ne sont pas forcément ceux qui doivent partir à la retraite qui ne télétransmettent pas.

**M. Yves Bur.** Tout à fait !

**Mme Catherine Génisson.** Il s'agit souvent de spécialistes qui s'entêtent à ne pas vouloir s'y résoudre. Quand on est médecin et spécialiste de surcroît, ce n'est tout de même pas la croix et la bannière de trouver le référentiel pour se procurer le matériel nécessaire.

Ensuite, vous souhaitez que les médecins en question ne soient soumis à aucune charge. Qu'est-ce que cela signifie ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Ils n'auront pas de charges administratives avec l'assurance maladie !

**Mme Catherine Génisson.** Il s'agit bien, toujours, de la question de la télétransmission ? Ou bien ces médecins seront-ils exonérés de cotisations sociales ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Non, ils n'auront pas de charges dans leurs rapports avec l'assurance maladie !

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Vous le savez, je suis engagé dans une action massive de simplification des relations entre les médecins et l'assurance maladie. Je souhaite redonner aux médecins du temps médical. Or la paperasse est insupportable pour eux.

Depuis la fin du mois de mars, dans la plupart des caisses – mais c'est une donnée que j'entends vérifier par moi-même –, les médecins ont un interlocuteur dédié et pas seulement un médecin-conseil qu'ils ne parviennent pas à joindre, ce qui change profondément leur situation.

Dans les semaines qui viennent, ils disposeront également d'un numéro personnalisé pour joindre le médecin-conseil. Or ils passaient souvent par un numéro à quatre chiffres – on voudrait faire plus impersonnel qu'on ne s'y prendrait pas autrement.

Je suis même en train de simplifier au maximum les régimes d'autorisation préalable non seulement pour les médecins mais pour les autres professionnels de santé.

Je souhaite également qu'on puisse établir un régime ultra-simplifié pour ceux qui continueraient leur activité.

Quand je parle de « zéro charge », il s'agit de charges administratives.

Pour le reste, je ne suis pas gestionnaire, hélas, de tous les régimes complémentaires. Si tel était le cas, je serais prêt à aller plus loin dans la suppression de certaines charges sociales passé l'âge de la retraite, puisqu'elles ne permettent plus d'augmenter les droits à la retraite. Dans ces conditions, s'ils avaient arrêté leur activité, là aussi ils ne seraient pas à même de cotiser. Toutefois, j'y insiste, comme je ne suis pas le gestionnaire de toutes ces caisses, je n'ai hélas pas ce pouvoir...

Voilà donc les charges grâce à la suppression desquelles j'entends diminuer la paperasse et les contraintes.

**Mme Catherine Génisson.** Je vous remercie pour votre réponse, monsieur le ministre.

**M. le président.** N'entendez-vous pas rectifier l'amendement n° 275, monsieur le ministre ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Il s'agit en effet, à la suite d'une erreur de transcription, de remplacer, à la fin du II, les mots : « donne lieu à une pénalité » par les mots : « donne lieu à l'application de sanctions conventionnelles », ainsi que de supprimer le V.

L'exposé des motifs est donc modifié en conséquence.

Ces rectifications ne changent rien sur le fond.

**M. le président.** À la fin du III, si j'ai bien compris, vous souhaitez également que les mots : « ainsi que les modalités de recouvrement de la pénalité » soient supprimés ?

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Tout à fait !

**M. Jean Mallot.** On s'en voudrait de vous déranger ! *(Sourires.)*

**M. Xavier Bertrand, ministre.** Faites-nous confiance, monsieur Mallot !

**M. Jean Mallot.** S'il est bien quelqu'un en qui je n'ai pas confiance... *(Sourires.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Lemorton.

**Mme Catherine Lemorton.** Comparons deux professions de santé qui pratiquent la transmission électronique : les médecins et les pharmaciens qui, eux, se sont organisés tout seuls pour cette tâche. Même si les objections soulevées par

M. Lefrand sont tout à fait justes en ce qui concerne les patients qui n'ont pas leur carte Vitale sur eux, je rappelle qu'il existe deux manières de télétransmettre : sous forme de lot dégradé, quand on n'a pas la carte Vitale sous la main, ou sous forme de lot sécurisé quand on dispose de ladite carte. Les médecins se trouveront par conséquent confrontés à cette réalité, qu'ils encourent ou non des sanctions, et l'on ne saurait leur en vouloir.

Il faudrait s'interroger sur la carte Vitale dans le cas de couples séparés : vous n'allez tout de même pas pénaliser le médecin qui recevra en consultation des enfants accompagnés de celui des deux parents qui ne les couvre pas !

**M. Yves Bur.** Vous êtes en train de compliquer les choses.

**Mme Catherine Lemorton.** Ensuite, vous souhaitez que les médecins aient à traiter le moins de papiers possibles. Je rappelle que les médecins libéraux qui télétransmettent et pratiquent le tiers payant sont très peu nombreux...

**M. Yves Bur.** Eh oui !

**Mme Catherine Lemorton.** ...par rapport à d'autres professionnels de santé qui non seulement télétransmettent mais pratiquent le tiers payant. Il y a par conséquent deux poids, deux mesures.

De même, je rappelle que les médecins, pour nombre d'entre eux, il y a quelques années, ont reçu un chèque pour s'équiper en matériel informatique. Certains ont empoché le chèque sans pour autant s'équiper.

**M. Christian Paul.** Oh !

**Mme Catherine Lemorton.** Il a fallu que les caisses de la sécurité sociale se fâchent.

**M. Jean Mallot.** C'est vrai !

**Mme Catherine Lemorton.** Quant à d'autres professions, que je ne nommerai pas, elles se sont équipées, elles ont investi, elles ont emprunté et elles sont remboursées au fur et à mesure de chaque dossier télétransmis. On est donc remboursé quatre ou cinq ans après avoir investi dans du matériel informatique. Aussi, j'y insiste, il y a bien deux poids et deux mesures dans le traitement des professionnels de santé.

**Mme Sophie Primas.** Si ça, ce n'est pas du corporatisme !  
(*L'amendement n° 275, tel qu'il vient d'être rectifié, est adopté.*)

2

#### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président.** Prochaine séance, jeudi 14 avril 2011 à neuf heures trente :

Proposition de loi visant à renforcer la compétitivité de l'agriculture française ;

Proposition de loi tendant à encadrer le financement public des plans sociaux ;

Débat sur la responsabilité sociale des acteurs économiques ;

Proposition de loi visant à interdire l'utilisation des phtalates, des parabènes et des alkylphénols.

La séance est levée.

(*La séance est levée, le jeudi 14 avril 2011, à zéro heure trente.*)

*Le Directeur du service du compte rendu de la  
séance de l'Assemblée nationale,*

CLAUDE AZÉMA











## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
03	Compte rendu ..... 1 an	181,60
33	Questions ..... 1 an	133,80
83	Table compte rendu ..... 1 an	36,70
	<b>DÉBATS DU SÉNAT</b>	
05	Compte rendu ..... 1 an	162,70
35	Questions ..... 1 an	95,40
85	Table compte rendu ..... 1 an	32,50
95	Table questions ..... 1 an	21,40
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
07	Série ordinaire ..... 1 an	1 223,60
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT</b>	
09	Un an .....	1 025,80

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(\*) Arrêté du 26 octobre 2010 publié au *Journal officiel* du 28 octobre 2010

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15  
Standard : 01-40-58-75-00 – Accueil commercial : 01-40-15-70-10 – Télécopie abonnement : 01-40-15-72-75

**Prix du numéro : 3,10 €**  
(Fascicules compte rendu et amendements)