

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIV^e Législature

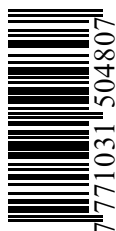
SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Séances du jeudi 9 avril 2015

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	3739
2 ^e séance	3773
3 ^e séance	3821

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

206^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du jeudi 9 avril 2015

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. DAVID HABIB

1. Modernisation du système de santé (p. 3741)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 3741)

Article 18 (p. 3741)

M. Pierre Lellouche
 M. Bruno Le Maire
 M. Jean-Pierre Door
 Mme Jacqueline Fraysse
 M. Yannick Favennec
 M. Gérard Sebaoun
 M. Dominique Tian
 Mme Fanélie Carrey-Conte
 Mme Isabelle Le Callennec
 M. Thierry Benoit
 M. Julien Aubert
 Mme Dominique Orliac
 M. Bernard Accoyer
 M. Daniel Fasquelle
 M. Frédéric Reiss
 M. Élie Aboud
 M. Jean Lassalle
 Mme Monique Orphé
 M. Gérard Bapt
 M. Frédéric Lefebvre
 Amendements n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766, 1300

Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Amendements n^{os} 205, 250

Amendements n^{os} 994, 1542, 1345, 827, 1347, 828, 1037, 830, 1038, 829, 1348, 1349

Amendements n^{os} 831, 832 et 833, 1067, 71, 834

Amendements n^{os} 719, 1039, 1041, 1069, 839

Après l'article 18 (p. 3760)

Amendements n^{os} 457, 1811, 1731, 1730, 1819, 1910, 1857

Amendements n^{os} 113 rectifié, 947 rectifié, 1165, 1371, 1729, 2080, 2185

Article 19 (p. 3767)

M. Élie Aboud

M. Jean-Pierre Door

M. Dominique Tian

M. Gilles Lurton

M. Gérard Bapt

M. Arnaud Richard

Mme Jacqueline Fraysse

Amendements n^{os} 206, 1854

Amendements n^{os} 523, 2358, 1372, 1358

Amendements n^{os} 1855 et 1856, 2357

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 3772)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. DAVID HABIB

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, après engagement de la procédure accélérée, du projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé (n^{os} 2302, 2673).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles, s'arrêtant à l'article 18.

Article 18

M. le président. La parole est à M. Pierre Lellouche, premier orateur inscrit sur l'article 18.

M. Pierre Lellouche. Il me revient le redoutable honneur de débiter cette discussion sur l'article 18. Madame la ministre, dans un pays où la dette atteint près de 100 % du PIB, où la dette sociale atteint 220 milliards d'euros, vous avez la lourde tâche de réorganiser notre système de santé pour le rendre plus efficace et en même temps plus économe, tout en maintenant un système auquel nos concitoyens sont attachés.

Résultat : vous avez préféré multiplier les marqueurs idéologiques. Vous avez ferrailé contre le tabac et le vin tout en ouvrant des salles de *shoot* ; vous avez, pour la quatrième ou cinquième fois, essayé hier soir de vous réapproprier la loi Veil sur l'IVG et, aujourd'hui, vous avancez un autre marqueur idéologique de la gauche, auquel vous tenez par votre caractère et par votre parti pris idéologique : la généralisation du tiers payant, que vous présentez comme une « avancée importante pour tous les Français ».

Il s'agit au contraire, à l'évidence, d'une double aberration. D'abord pour les professionnels de santé, dont vous avez ignoré tous les arguments : la généralisation du tiers payant conduira à une insécurité financière évidente pour tout le corps médical, avec le risque de voir s'accumuler les impayés

en cas de problème de changement de caisse ou de complémentaire, et à une surcharge de paperasserie insupportable, transformant les médecins et autres professionnels en bureaucrates fonctionnarisés sous tutelle des mutuelles. *Exit* la médecine libérale à laquelle les Français sont attachés !

Mais cette proposition est surtout une faute lourde s'agissant de nos finances publiques : dans un pays où le déficit public ne cesse de croître – plus de 4 % du PIB en 2014 – et où parallèlement le trou de la Sécurité sociale atteint 15,3 milliards d'euros, la mise en place du tiers payant généralisé se traduira par les mêmes dérives que celles que connaissent deux autres innovations de la gauche : la couverture maladie universelle – CMU – et l'aide médicale de l'État – AME –, deux mesures qui entraînent aujourd'hui des dépenses incontrôlées de l'ordre respectivement de 1,6 milliard et 1 milliard d'euros.

Au-delà, cette formule présente un très grave inconvénient : accréditer l'idée auprès de nos concitoyens que la santé est gratuite, qu'elle n'a donc pas de prix. Vous menez ainsi, madame la ministre, une politique irresponsable au service d'un sentiment de déresponsabilisation généralisée de nos concitoyens, qui ne permettra en rien d'améliorer la qualité de notre système de santé ni surtout de garantir sa pérennité et son financement. Pour cette raison, cet article 18 est vraiment un très mauvais service que vous rendez non seulement aux professionnels, mais également à nos concitoyens.

M. Frédéric Reiss. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bruno Le Maire.

M. Bruno Le Maire. Je veux dire à mon tour mon opposition totale à cette généralisation du tiers payant. C'est la fausse bonne idée typique : cela a l'air généreux mais, dans le fond, ce n'est bon pour personne.

Cela n'est évidemment pas bon pour le médecin, dont on dévalorise la pratique en expliquant que tout sera gratuit, qu'on ne paiera plus rien, mais en revanche qu'il sera chargé de récupérer le financement de l'acte qu'il aura pratiqué.

Cela n'est pas bon non plus pour le patient, à qui l'on dit que la médecine, c'est gratuit, qu'il peut y aller tant qu'il veut. On a un léger mal de tête ? On peut aller chez le médecin ! On a les cheveux qui tirent ? On peut aller chez le médecin ! On a un léger mal de ventre ? On peut aller chez le médecin !

Mme Jacqueline Fraysse. On n'a que ça à faire !

M. Bruno Le Maire. Ce n'est pas bon pour le système de soins à la française non plus parce que, au bout du compte, ce qui se cache derrière la généralisation du tiers payant, c'est le développement des complémentaires santé. Vous aurez un système de soins à deux vitesses, alors que vous prétendez généraliser un système de soins plus généreux. Cela pèsera sur les cotisations des salariés, cela pèsera sur le revenu final des

salariés et, en définitive, ce sont tous nos concitoyens qui seront pénalisés par cette généralisation du tiers payant, ni bonne pour le médecin, ni bonne pour le patient, ni bonne pour notre système de soins à la française.

En outre, elle ne pose pas le véritable problème : le vrai problème en France n'est pas l'accès aux soins en raison du niveau de revenus – c'est vrai pour les spécialistes, pas pour le niveau général des soins – mais la désertification médicale, l'accès aux soins dans certaines zones rurales.

Plutôt que de perdre du temps à généraliser le tiers payant, mieux vaudrait se concentrer sur le développement des maisons de santé rurales ; mieux vaudrait se concentrer sur la proposition que je ferai, avec un certain nombre de collègues, de zones franches rurales permettant aux médecins de bénéficier d'une défiscalisation complète de leurs actes et d'avantages fiscaux dans des zones où il n'y a pas de médecin, afin de les inciter à s'installer là où les Français ont réellement besoin de médecine.

Je veux donc redire mon opposition totale à cette mesure et vous inciter, madame la ministre, à répondre aux vrais problèmes de soins des Français plutôt que de vouloir généraliser le tiers payant.

M. Daniel Fasquelle et **M. Dominique Tian**. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. On y arrive enfin, à cet article 18, à ce marqueur de votre texte, que vous brandissez contre la majorité des professionnels de santé et même contre les futurs médecins ! Avec cet article, vous avez réussi à les mettre dans la rue par dizaines de milliers, le 15 mars – véritable exploit, madame la ministre !

La mesure du tiers payant généralisé n'est pas aussi sociale qu'il y paraît : ce n'est pas la médecine gratuite, mais c'est une mesure démagogique et idéologique. Le tiers payant généralisé pose de nombreuses questions techniques qui font douter de sa faisabilité pour 2017, malgré vos annonces. Devant cette évidence, le Président de la République lui-même avait, le 5 février dernier, posé comme condition à cette généralisation la simplicité du mécanisme, affirmant qu'elle ne serait mise en place que si un mécanisme simple de paiement était possible pour les professionnels de santé. Or cette mesure est chronophage pour les médecins, qui devront vérifier les documents et les droits des patients, la réalité de la carte Vitale, les éventuelles complémentaires, à chercher au sein de quelque cinq cents mutuelles. L'exemple des pharmaciens est d'ailleurs frappant : coût par acte, retards, taux d'erreur... alors qu'ils ont, eux, du personnel à disposition !

Votre annonce de pénaliser l'assurance maladie si le délai de sept jours est dépassé n'est véritablement pas crédible : personne n'y croit sérieusement. Enfin, les conséquences inflationnistes sur notre système de santé sont une évidence, alors pourquoi les nier ? Des expériences le prouvent, comme je vous le démontrerai tout à l'heure lors de l'examen des amendements.

Aussi, madame la ministre, basez au moins votre proposition sur le volontariat ! Avec ce tiers payant généralisé, vous changez le paradigme de la médecine libérale française et vous la placez sous la coupe des organismes payeurs. Nous voterons donc contre cet article 18. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

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

Mme Jacqueline Fraysse. Notre rôle est de nous préoccuper de la santé de l'ensemble de nos concitoyens et de veiller notamment à ce que les moins fortunés puissent avoir accès à des soins de qualité. Nous savons que ce n'est pas le cas aujourd'hui.

M. Bruno Le Maire. Ils y ont déjà accès !

Mme Jacqueline Fraysse. La généralisation du tiers payant va dans ce sens. C'est pourquoi nous soutenons cette mesure, même si elle risque de renforcer la place des complémentaires au détriment de la prise en charge par l'assurance maladie...

M. Bruno Le Maire. Exactement ! C'est très juste !

Mme Jacqueline Fraysse. ...laquelle, hélas, n'a cessé de s'amenuiser.

Nos collègues de droite affirment que les médecins sont opposés au tiers payant.

M. Jean-Pierre Door. Oui ! Ils sont même descendus dans la rue !

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas la vérité : les médecins, dans leur immense majorité,...

M. Pierre Lellouche. Ce n'est pas vrai !

Mme Jacqueline Fraysse. ...souhaitent soigner tout le monde, y compris les plus modestes, dans les meilleures conditions. C'est le fondement de leur déontologie, j'espère qu'ils le respectent !

M. Daniel Fasquelle. La généralisation du tiers payant ne réglera aucun problème !

Mme Jacqueline Fraysse. D'ailleurs, nombre d'entre eux, surtout les généralistes, pratiquent déjà le tiers payant pour une part très importante de leur patientèle.

M. Pierre Lellouche. Alors rendez-le volontaire, pas obligatoire !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est ce que m'a confirmé le président du conseil national de l'Ordre national des médecins, qui ne se déclare pas opposé à cette mesure mais exprime de légitimes préoccupations, qui doivent être entendues. Les médecins s'inquiètent d'éventuelles difficultés techniques leur faisant perdre un temps précieux, retardant le versement de leurs honoraires, voire source d'erreurs à leur détriment.

Pourquoi sont-ils sceptiques ? Parce qu'ils ont déjà une expérience difficile. Aujourd'hui, alors que le tiers payant n'est pas généralisé, la télétransmission d'un dossier de patient nécessite non pas un seul clic, mais douze, et bien des dysfonctionnements sont à déplorer, obligeant les médecins à vérifier le récapitulatif de leurs actes et de leurs dédommagements.

M. Pierre Lellouche. Voilà !

Mme Jacqueline Fraysse. Ces tâches administratives prennent du temps, que les praticiens craignent de voir croître au détriment du temps médical consacré à leurs patients.

M. Frédéric Reiss. Évidemment ! Ce sera ça, la réalité !

Mme Jacqueline Fraysse. Il y a donc lieu non pas de s'opposer au tiers payant, mais de dégager des moyens suffisants pour prendre des mesures concrètes, efficaces, et ce dans les délais annoncés.

M. Pierre Lellouche. Ça coûte combien, des moyens efficaces ?

Mme Jacqueline Fraysse. C'est ce que je demande à Mme la ministre et au Gouvernement de faire de manière extrêmement rigoureuse, si nous ne voulons pas que cette mesure soit inefficace et se retourne finalement contre l'objectif qu'elle s'est fixé.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec.

M. Yannick Favennec. Nous sommes, à l'UDI, opposés à la généralisation du tiers payant et nous avons d'ailleurs déposé un amendement de suppression de cet article.

En effet, cette mesure est rejetée par la quasi-totalité des médecins, comme je l'ai encore vérifié dans mon département de la Mayenne, très récemment, au cours d'une réunion qui rassemblait à Laval une centaine de médecins.

En réalité, c'est une idée faussement généreuse. Elle va transformer la carte Vitale en carte de paiement, déresponsabiliser les patients et déprécier les actes médicaux, devenus virtuellement gratuits. Elle engendrera également une bureaucratisation préjudiciable aux médecins, qui attendent autre chose de ce projet de loi.

J'ajoute que le tiers payant existe déjà pour les personnes précaires, couvertes par la couverture maladie universelle, l'aide pour une complémentaire santé ou l'aide médicale d'État. Du reste, les médecins libéraux le pratiquent spontanément, en fonction de la situation du patient, pour les actes les plus coûteux.

Le projet de loi ne traite de l'accès aux soins que sous cet angle du tiers payant, madame la ministre, et aucune réponse n'est apportée pour diminuer le reste à charge, qui atteint parfois des montants insoutenables. C'est cela, le vrai problème d'accès aux soins. Alors, répondez aux problèmes des Français, madame la ministre. Répondez par exemple aux difficultés de ceux qui habitent dans les territoires ruraux et qui sont confrontés à la désertification médicale.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Les questions qui devraient concentrer notre énergie s'agissant de ce texte sont mal traitées, à cause de ce focus sur le tiers payant généralisé.

Contrairement à ce qu'on entend, ce n'est qu'un mode de règlement, largement répandu déjà et que connaissent bien les professionnels de santé. Ils le connaissent en France et à l'étranger. Ils le pratiquent. Ils en connaissent les avantages et les inconvénients. Selon une enquête de la Fédération des médecins de France, qui n'est pas favorable *a priori* au tiers payant, 35 % des médecins y répondraient favorablement si les problèmes techniques étaient réglés. C'est je crois ce que le Gouvernement s'est engagé à faire. Et ce taux grimpe à près de 75 % en cas de paiement intégral *via* un guichet unique. Je crois que les conversations vont dans ce sens...

Pourquoi avons-nous consacré tant d'énergie à un débat qui n'en vaut pas la peine ? Parce que notre système est généreux, mais défaillant. Nous avons tout de même abordé un peu, hier, les vrais sujets, comme les modes de rémunération des médecins : faut-il continuer à privilégier

l'offre par le paiement à l'acte ? Je ne le crois pas, d'autres modes de rémunération pourraient venir compléter utilement ce système.

M. Daniel Fasquelle. Au moins c'est clair ! Les médecins fonctionnaires !

M. Gérard Sebaoun. Il faut aussi réfléchir à la désertification médicale, dans nos campagnes et dans nos villes. C'est un vrai sujet, nous en avons débattu hier.

Notre système est inefficace en bien des points qui pourraient nous préoccuper : je pourrais parler de la permanence des soins. Et la seule vérité qui vaille, c'est qu'il n'y a qu'un seul payeur : les ménages, par leurs cotisations, par la CSG, par le reste à charge.

Voilà les sujets qui doivent nous occuper. Le tiers payant généralisé n'est qu'un écran de fumée.

M. Pierre Lellouche. C'est vous qui l'avez fait !

M. Gérard Sebaoun. Il va se mettre en place très progressivement. Les difficultés techniques existent, il ne faut pas les nier. Mme Fraysse vient d'en parler et je n'ai rien à ajouter.

En réalité, ce projet de loi permet d'avancer sur bien des sujets. Si vous créez un écran de fumée, c'est parce que vous n'avez pas grand-chose à dire au fond. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC. – Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Très bien !

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

M. Dominique Tian. Madame la ministre, 14 milliards de déficit annuel pour la Sécurité sociale, 100 milliards, 150 milliards de déficit cumulé... Ce sont les banques chinoises qui assurent la trésorerie de la Sécurité sociale française ! Nous allons tout simplement à la catastrophe. Nous vivons les dernières années de la Sécurité sociale française.

Mme Martine Pinville. Dans quelle situation l'avons-nous trouvée ?

M. Dominique Tian. Au lieu de responsabiliser les patients, vous leur adressez un message qui aura des conséquences dramatiques. Vous leur dites que la santé est gratuite, qu'elle n'a pas de prix. Il ne sera même plus la peine de signer un chèque. Mais les médecins, eux, qui n'encaisseront plus les chèques, devront, sans parler de l'avance financière, assurer la partie administrative et technique du dispositif. Vous prétendez que c'est facile, mais tous pharmaciens vous diront que ce n'est pas le cas : il faut procéder à au moins quatre vérifications. Quand on fait face à vingt régimes obligatoires, quatre-vingts opérateurs et cinq cents complémentaires, ne croyez pas que ce travail administratif soit simple !

On comprend donc le désarroi des médecins. Et pourquoi cette réforme, alors que l'accès aux soins est déjà gratuit pour les plus défavorisés ? La CMU existe, les dépenses de l'AME vont atteindre le milliard d'euros pour ceux qui entrent illégalement sur le territoire national, et il y a encore l'ACS.

Ce sont des messages extrêmement négatifs que vous adressez. Vous faites du marketing politique, en opposant les professionnels de santé aux patients. Généreux – avec

l'argent des autres –, vous opposez les médecins, qui ne sont pas gentils, qui se mettent en grève, aux patients, à qui on refuserait des soins.

Ce refus de soins n'existe pas. En revanche, le désarroi du monde médical, madame la ministre, vous devez le comprendre. Les syndicats de médecins dans leur ensemble sont révoltés. Ils ne veulent pas la fin de la médecine libérale. Ils refusent de passer sous la tutelle de la Sécurité sociale. Chacun sait quelles difficultés pourraient en résulter.

M. le président. La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Je voudrais répondre à un certain nombre de contre-vérités soutenues sur les bancs de l'opposition.

M. Frédéric Reiss. Et ce n'est pas fini !

Mme Fanélie Carrey-Conte. À vous écouter, on aurait tendance à oublier une question essentielle : qui paie les consultations ? Ce n'est pas le patient !

M. Dominique Tian. Si ! Qui fait le chèque ?

Mme Fanélie Carrey-Conte. C'est l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire qui paient, à partir des cotisations payées par tout un chacun. C'est le principe même de la solidarité nationale.

M. Dominique Tian. Vous êtes à la CMU ?

Mme Fanélie Carrey-Conte. La dispense d'avance de frais, à la base du tiers payant, ne change donc rien. Elle permet simplement à des personnes pour qui le règlement direct pourrait constituer une difficulté de ne pas avoir à avancer de l'argent remboursé ensuite. C'est dans ce sens qu'il s'agit d'une mesure qui va favoriser l'accès aux soins.

Vous dites par ailleurs qu'elle va déresponsabiliser les patients, provoquer l'inflation des soins, encourager les assurés à consulter pour rien... Nous, nous refusons cette équation selon laquelle, pour responsabiliser, il faudrait faire payer. (« Ah ! » sur les bancs du groupe UMP.)

M. Julien Aubert. Et voilà ! Merci de le dire !

M. Thierry Benoit. Quel aveu !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Nous considérons que responsabiliser, c'est rendre les gens maîtres de leur accès aux soins, en levant les barrières qu'ils rencontrent. Et quand bien même il y aurait des comportements inappropriés, ce n'est pas en faisant payer qu'on réglerait le problème, car de tels comportements existent aussi chez des personnes qui ont les moyens de régler leurs consultations. (*Interruptions sur les bancs du groupe UMP.*)

Ce genre de situations se règle par l'éducation à la santé et par une question que vous n'évoquez absolument jamais : celle de la responsabilité des prescripteurs, qu'il faudrait aussi aborder.

M. Dominique Tian. Les boucs émissaires ! C'est la faute des médecins !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Autre différence de conception entre nous : oui, nous assumons de dire que l'argent ne doit pas être au cœur de la relation de soins. C'est autre chose qui

se joue entre un patient et les professionnels de santé. Je crois qu'un grand nombre d'entre eux sont d'accord. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SRC.*)

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. Comme l'article 13 sur la santé mentale, cet article 18 a été totalement réécrit par le Gouvernement. Et pour cause : il acte la généralisation du tiers payant pour la médecine de ville, au plus tard au 30 novembre 2017, pour tous.

Cet article qui a fait couler beaucoup d'encre suscite toujours, malgré sa réécriture, l'opposition d'une large majorité des médecins. Ceux-ci pratiquent déjà le tiers payant de façon volontaire. Ce qu'ils craignent, c'est d'être payés en retard par l'assurance maladie, encore plus en retard par les mutuelles – ou pas du tout.

Les médecins passent déjà beaucoup de temps à gérer l'administratif. On estime à 20 % de leur activité le temps passé à ces tâches : c'est autant qu'ils ne consacrent pas à l'examen des patients ou à la prévention.

Vous leur opposez trois arguments, madame la ministre. Le premier est que le déploiement sera progressif. Mais il y a une opposition de principe à cette généralisation obligatoire ! Le deuxième est que des pénalités seraient infligées à l'assurance maladie si les délais de paiement dépassaient sept jours. Mais ce n'est pas à vous, madame la ministre, que je rappellerai le déficit de l'assurance maladie.

M. Thierry Benoit. Tout à fait !

Mme Isabelle Le Callennec. Et j'observe que le respect des délais ne s'impose pas aux mutuelles ! Surtout, les médecins ne croient pas une seconde à la réalisation de cette menace pesant sur l'assurance maladie, d'autant que celle-ci serait juge et partie, puisque pilote de la gestion du tiers payant – ce que d'ailleurs les complémentaires contestent.

Enfin, l'argument selon lequel on renoncerait à consulter un généraliste pour des raisons financières ne tient pas : CMU, CMU complémentaire, ACS y pourvoient, sans parler du milliard que coûte l'AME. S'il y a renonciation aux soins, madame la ministre, c'est dans les domaines des soins dentaires et de l'optique : c'est là que des progrès sont attendus.

M. Daniel Fasquelle. Enfin du bon sens !

M. le président. La parole est à M. Thierry Benoit.

M. Thierry Benoit. Comme un certain nombre de nos collègues, je suis venu vous dire mes craintes, mes réserves et mon opposition à la généralisation du tiers payant, pour les raisons évoquées par les précédents orateurs, mais aussi pour des raisons complémentaires.

Je pense que la priorité du moment n'est pas de faire croire que notre système de protection sociale puisse tout prendre en charge. Il est précieux, mais fragile. Les comptes sociaux ne sont pas équilibrés. À travers la généralisation du tiers payant, on leurre les Français : on leur fait croire que la générosité du système peut nous engager dans une nouvelle relation à la médecine, que le système de protection sociale va prendre tout en charge, qu'on peut consulter quand on veut,

sans compter, sans s'interroger... alors que nous sommes dans une période où il faut en priorité sécuriser financièrement notre système de protection sociale.

Autre priorité : il faut garantir l'exercice de la médecine à travers tout le territoire national, en veillant à une offre équilibrée de soins. Je suis étonné que, d'un coup de baguette magique, on veuille généraliser le tiers payant, alors qu'il existe aujourd'hui pour les plus fragiles des dispositifs précieux qu'il suffit de maintenir, comme l'AME et la CMU.

Vous commettez une grave erreur, qui va changer la relation entre le patient et le médecin, en plus d'alourdir les tâches administratives et les charges financières qui pèsent sur ce dernier.

M. le président. La parole est à M. Julien Aubert.

M. Julien Aubert. Nous sommes face à une colère généralisée, comme j'ai pu le constater en réunissant les médecins de ma circonscription.

Avec vingt régimes généraux et six cents mutuelles, le nombre des organismes va alourdir le travail du médecin, dont le but principal est normalement de soigner. Le temps d'activité des praticiens sera progressivement rongé par le travail bureaucratique et le temps qu'il faudra passer à se battre contre les régimes de Sécurité sociale. Tant qu'il n'y aura pas une simplification de leur organisation, les médecins seront très réticents à entrer dans un système dans lequel ils devront faire la preuve qu'ils doivent être payés. Je rappelle qu'en cas d'erreur dans le parcours de soins, le remboursement est moins important, si bien que le coût de l'acte repose sur les épaules du médecin.

Il faut évoquer le coût de la santé. J'ai été catastrophé d'entendre Mme Carrey-Conte nous expliquer que l'argent ne devait avoir aucun lien avec la santé, en mélangeant au passage paiement et remboursement, ce qui n'est pas du tout la même chose. C'est en tenant ce genre de discours, madame, qu'on en arrive à un système totalement déresponsabilisé dans lequel la CMU complémentaire coûte 1,6 milliard d'euros, soit treize fois les estimations du gouvernement socialiste d'il y a quinze ans.

C'est comme cela qu'on a dérapé. La santé n'est pas un supermarché gratuit.

Des médecins ruraux m'ont dit qu'ils allaient se déconventionner. Vous allez assister à un déconventionnement massif. *In fine*, vous aurez une médecine à deux vitesses : pour les plus pauvres, les plus fragiles, une médecine d'État, et pour ceux qui peuvent payer, un système dominé par les mutuelles. Nous avons vu que, pour la biologie médicale comme dans d'autres domaines, vous encouragez la domination des mutuelles. Je ne crois pas que ce soit le souhait des médecins. Ils sont là pour soigner. Ce sont des médecins libéraux. Vous devez respecter, vous qui parlez toujours de concertation, leur volonté de ne pas devenir des fonctionnaires. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Ce débat sur le tiers payant retient toute l'attention et c'est bien dommage, parce qu'il y a dans ce texte beaucoup d'autres mesures qui vont modifier profondément notre système de santé.

M. Daniel Fasquelle. Alors, retirez celle-ci !

Mme Dominique Orliac. Les médecins libéraux pratiquent déjà le tiers payant de manière systématique pour les bénéficiaires de la CMU. Ils le pratiquent aussi s'agissant des prises en charge de longue durée ou le proposent quand ils l'estiment nécessaire pour des raisons sociales, par compassion, pour ceux de leurs patients qu'ils connaissent depuis longtemps. *De facto*, les médecins pratiquent déjà un tiers payant social.

Ils nourrissent tout de même quelques inquiétudes techniques et financières quant à sa généralisation. Comment, par exemple, procéderont ceux qui ne disposent pas de l'ADSL et de la fibre optique ? Il faudra résoudre ces problèmes. Ils sont aussi inquiets que cette mesure supprime du temps médical au profit du temps administratif, au seul préjudice des patients.

En outre, certains médecins pressentent que derrière la généralisation du tiers payant se profile peut-être la fin programmée de notre Sécurité sociale, sa privatisation, par le transfert progressif de la protection sociale vers l'assurance privée, tous les Français ne pouvant plus dès lors accéder à des soins de proximité et de qualité.

Les médecins ont également conscience que c'est l'accès aux équipements optiques et auditifs, aux soins dentaires, aux délais pour obtenir des rendez-vous chez les spécialistes qui soulève le plus de problèmes.

Globalement, les médecins libéraux ne sont donc pas vraiment hostiles à la généralisation du tiers payant.

Nous aurions quant à nous souhaité être entendus : nous avons proposé que cette généralisation soit précédée d'une expérimentation régionale et qu'une modulation en fonction des revenus s'opère, comme ce fut le cas avec les allocations familiales. Nous n'avons donc pas été entendus mais il y avait bien d'autres moyens pour mettre en place ce tiers payant généralisé.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre, cet article 18 généralisant le tiers payant est une double bombe. (*Murmures sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. De la puissance d'un pétard mouillé !

M. Bernard Accoyer. D'abord une bombe contre notre système de soins, qui va être étatisé, et ensuite une bombe contre le système d'assurance maladie, à travers une privatisation rampante mais certaine.

M. Michel Issindou. Toujours ce sens de la nuance qui vous anime...

M. Bernard Accoyer. À cet instant, madame la ministre, votre responsabilité est énorme. Vous et nous le savons : vous n'êtes motivée par rien d'autre qu'un choix politique dogmatique. En effet, il n'y a pas de problème d'accès aux soins en France, sauf pour les prothèses dentaires ou auditives et la lunetterie.

Tous les médecins sont opposés à cette mesure.

M. Gérard Sebaoun. Pas pour les mêmes raisons.

M. Bernard Accoyer. Entendez-les ! Lorsqu'une profession est ainsi unanime, cela ne relève pas de la posture syndicale ou politique.

Vous le savez, les médecins traversent une crise morale et professionnelle. Nombre d'entre eux sont au bord du *burn-out*. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Oh !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Vous, monsieur Accoyer, cela fait belle lurette que vous êtes en *burn-out* !

M. Bernard Accoyer. Comment pouvez-vous oser leur imposer de passer des heures à essayer de récupérer un financement auprès des 500 assurances complémentaires ? Cet article 18, madame la ministre, constitue une provocation indécente à l'endroit des médecins !

Avec cette mesure, le système de soins sera étatisé. En effet, comme cela fut le cas avec la pharmacie lors de l'instauration du tiers payant, les actes augmenteront considérablement, c'est prouvé.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. N'importe quoi !

M. Bernard Accoyer. Et je ne parle pas, madame la présidente de la commission, des 3 000 euros mensuels d'impayés dans les officines.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. N'importe quoi !

M. Bernard Accoyer. Il en sera évidemment de même pour les médecins.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. N'importe quoi ! Parlez de ce que vous connaissez !

M. Bernard Accoyer. Cette augmentation des actes entraînera une diminution du taux de remboursement de l'assurance maladie, mais comme le tiers payant sera généralisé, il n'y aura pas de réaction : tout le monde sera anesthésié. Car l'un des problèmes du socialisme, c'est aussi cela : anesthésier le peuple, les assurés, tout le monde ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Oh là là...

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il raconte n'importe quoi !

M. Bernard Accoyer. Comme vient de le dire Mme Orliac, membre de votre majorité, la part des assurances complémentaires augmentera progressivement. C'est bien une privatisation rampante qui résultera de la deuxième bombe que vous jetez dans le système de soins et d'assurance maladie.

Abandonnez cette funeste décision, purement dogmatique et politique ! Nous vous le demandons instamment, madame la ministre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Daniel Fasquelle.

M. Daniel Fasquelle. Madame la ministre, il faut être à l'écoute des Français. Ce qu'ils vous disent, c'est qu'il existe de vrais problèmes en matière de santé : des problèmes d'accès aux soins, comme plusieurs de mes collègues l'ont dit – soins dentaires, lunettes, prothèses auditives – des problèmes d'accès aux médecins spécialistes – les listes d'attente sont très longues – mais aussi aux médecins généralistes, en raison de la pénurie de professionnels, en particulier dans des territoires ruraux désertifiés.

Le tiers payant constitue-t-il une réponse à ces problèmes ? Évidemment non. S'agissant de l'accès aux soins, 5 % seulement des Français assurent avoir un jour renoncé à une consultation pour des raisons financières. En effet, ce n'est qu'une avance, ils sont ensuite remboursés. En outre, il existe des dispositifs – affections de longue durée, CMU et beaucoup d'autres encore – permettant aux Français ayant des difficultés financières de consulter malgré tout un médecin généraliste.

M. Gérard Sebaoun. Ces dispositifs ne sont pas faits pour cela.

M. Daniel Fasquelle. Vous ne réglerez aucun de ces problèmes. Au contraire, vous les aggraverez : alors que la pénurie de médecins généralistes est réelle, que les jeunes, dans les facultés de médecine, se détournent de cette voie, vous allez les décourager définitivement en multipliant les tracasseries administratives...

M. Bernard Accoyer. C'est certain.

M. Daniel Fasquelle. ...et surtout en plaçant les médecins sous la tutelle des organismes payeurs, avec ce que cela suppose, demain, d'atteintes au secret médical, à l'indépendance des soins et au libre choix des médecins et des patients.

En fait, c'est notre modèle de médecine libérale que vous remettez en cause et c'est pourquoi les médecins et les professionnels de santé sont aussi mobilisés aujourd'hui. Oser dire, comme certains d'entre vous, qu'ils sont favorables à la généralisation du tiers payant, c'est se moquer d'eux ! Ils étaient des dizaines de milliers dans la rue, à Paris, dont certains manifestaient pour la première fois !

Par pitié, écoutez-les ! Évitez cette fonctionnarisation qui constitue bel et bien le projet larvé d'un certain nombre d'entre vous. Cessez de jouer l'opinion contre les médecins. Cessez de vous attaquer aux professionnels de santé – trouvez-vous qu'ils pensent mal ? ...

M. Julien Aubert. Qu'ils votent mal !

M. Daniel Fasquelle. ...comme vous vous êtes attaqués aux professionnels du droit avec la loi Macron.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Vous, vous vous attaquez aux pauvres !

M. Daniel Fasquelle. Vous n'aimez pas les professionnels libéraux, nous l'avons bien compris. Cessez de vous attaquer à eux et attaquez-vous plutôt aux vrais problèmes des Français ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Frédéric Reiss.

M. Frédéric Reiss. Madame la ministre, vous présentez cette loi de modernisation du système de santé comme une loi de simplification et de progrès social au prétexte que certains Français, notamment les plus démunis, renonceraient à se soigner. Permettez-moi d'en douter.

Aujourd'hui, de nombreuses personnes parmi les plus défavorisées bénéficient de la CMU, c'est-à-dire qu'elles ne supportent aucune dépense de soins. Il en est de même pour les accidentés du travail et les patients gravement malades, en ALD, qui bénéficient à juste titre du tiers payant.

Une très grande majorité de médecins ne souhaite pas votre projet de généralisation. Certains d'entre eux utilisent déjà la carte Vitale, accordant ainsi spontanément le tiers payant à

des patients qui ne bénéficient pas de la CMU et qui connaissent des difficultés financières. Ces patients ne doivent plus dès lors s'acquitter que de la part de la mutuelle, laquelle est réglée au médecin après qu'ils ont été remboursés. C'est aussi cela, la confiance entre un médecin et ses patients !

L'instauration du tiers payant généralisé décuplerait la paperasserie au détriment du temps consacré aux soins. En outre, les difficultés financières seraient inévitables. La simplification que vous annoncez, madame la ministre, est donc un leurre. D'ailleurs, comment procéder lorsqu'un patient n'aura pas sa carte Vitale ?

Plus grave encore, ce projet de loi est attentatoire à l'éthique des médecins...

M. Gérard Sebaoun. À l'éthique ?

M. Frédéric Reiss. En effet, le secret médical des traitements prodigués est menacé. Avec cette loi, les mutuelles ou les assureurs pourront y accéder et pourraient même s'immiscer dans la relation entre patient et médecin en imposant tel ou tel traitement plutôt que tel autre pour des raisons d'économies, ce qui est totalement inacceptable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Gérard Bapt. Ah non, monsieur Aboud ! Vous n'allez pas reprendre les mêmes arguments ?

M. Élie Aboud. Madame la ministre, de nombreux Français sont allocataires de la CMU et de l'ACS. Ils bénéficient bien entendu du tiers payant. La base de votre raisonnement, c'est qu'il y aurait des Français qui n'accéderaient pas pleinement aux soins. C'est possible.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est même sûr.

M. Élie Aboud. Il est vrai qu'une réflexion aurait dû être menée sur l'odontologie, sur les matériels prothétiques, peut-être aussi sur la santé oculaire. Mais vous, ce que vous dites, c'est que comme vous êtes des élus de gauche, comme votre logiciel et votre ADN sont à gauche, vous allez faire de la justice sociale. C'est ainsi que vous proposez un tiers payant généralisé. Au lieu de présenter une étude d'impact sur les déficits, vous proposez une globalisation.

Avec beaucoup de respect, j'ai envie de vous dire que cette justice sociale, votre justice sociale, créera très certainement à terme une injustice fiscale. Nous allons en effet « consommer » une médecine transformée en « produit ». Nous allons susciter le nomadisme des patients : si un médecin ne leur plaît pas, ils iront voir ailleurs !

Cette justice sociale que vous défendez provoquera une injustice médicale. Madame la ministre, un tiers des médecins généralistes ou spécialistes accomplissent aujourd'hui des actes administratifs et non des soins. Nous sommes en train de leur envoyer un très mauvais signal.

Cette justice sociale de court terme créera très certainement à long terme une injustice sociale. Je vous donne rendez-vous dans dix ans, madame la ministre : nous discuterons à nouveau de ce problème, comme nous discutons aujourd'hui des 35 heures, que nous ne savons d'ailleurs pas comment supprimer. Il en sera de même pour le tiers payant généralisé !

M. Denys Robiliard. Ah là là !

M. Élie Aboud. Vous croyez que vous avez raison de suivre votre ADN...

Mme Annick Lepetit. Et vous, c'est quoi, votre ADN ? Il suffit de voir ce que vous avez fait pendant dix ans !

M. Élie Aboud. ...mais lorsqu'un problème de déficit se pose, ce sont les plus fragiles qui sont touchés en premier !

M. Daniel Fasquelle. L'injustice ! Voilà ce que vous faites depuis trois ans !

M. le président. La parole est à M. Jean Lassalle.

M. Jean Lassalle. Je ne m'attarderai pas sur la question de la généralisation du tiers payant. J'ai bien entendu l'ensemble des arguments qui ont été échangés, je crois les avoir compris et de toute façon, cette mesure sera votée puisqu'elle constitue l'un des éléments essentiels de ce texte.

Je préfère donc utiliser différemment le temps de parole dont je dispose. Peut-être d'ailleurs me laisserez-vous déborder un peu, monsieur le président, car ce sera ma dernière intervention aujourd'hui !

M. Gérard Bapt. Mais non ! Restez avec nous ! (*Sourires*)

M. Jean Lassalle. Hier, j'ai évoqué quarante ans d'absence de politique de l'aménagement du territoire. Je me suis permis d'ajouter, ce qui est très politiquement incorrect, qu'il n'a été procédé à aucune révision du pacte de stabilité. Nous ne disposons donc d'aucun sou vaillant, avec notre industrie à terre et notre agriculture moribonde.

J'ai tout de même le bonheur d'entendre à nouveau parler de nos campagnes. Sauf que dans les campagnes, les instituteurs ont disparu, le percepteur est parti, le bistrot pareillement, de même que la dernière usine, le médecin, le pharmacien et maintenant le gendarme.

Des postes de conseillers généraux ont été supprimés sur les territoires qui en avaient le plus besoin au prétexte qu'ils n'étaient pas assez densément peuplés pour les élire. Même un corps comme EDF invite tout son petit monde à descendre dans la vallée, car des femmes, des hommes, des enfants ne peuvent vivre dans ces lieux désertés.

Je crains le signal envoyé par cette loi. J'aurais préféré que cet article 18 fût de rupture, afin que notre territoire reconquière le cœur des Français, qu'il n'y ait plus de zones où il ferait bon vivre et d'autres où ce serait désespérant.

Enfin, je crains bien évidemment que nous ne puissions pas tenir financièrement. Dans quelques mois, mon hôpital sera à nouveau menacé, je me heurterai à l'autisme de mon agence régionale de santé, à son mutisme, et le préfet me répondra que c'est moi qui ai voté la loi !

Résultat des courses : je crains qu'au lieu d'envoyer un signal enthousiasmant, on ne s'enfonce encore un peu plus. Ce n'est pas réjouissant, mais c'est ce qui m'arrivera dans six mois. Je préfère en faire part à l'avance.

M. le président. Je sors un peu de mon rôle, monsieur Lassalle, mais comme vous m'avez demandé un temps de parole supplémentaire, j'en profite... Puisque nous sommes élus du même département, je vous fais part de mes doutes : je ne suis pas sûr que l'hôpital d'Oloron-Sainte-Marie soit aussi menacé que vous le dites !

La parole est à Mme Monique Orphé, rapporteure pour information de la délégation aux outre-mer sur le projet de loi.

Mme Monique Orphé. Je souhaite apporter le témoignage d'un habitant d'un département ultramarin. Chez nous, à La Réunion, le tiers payant est une réalité. Voilà en effet plus de douze ans que 97 % des médecins généralistes et 80 % des spécialistes le pratiquent.

C'est un système qui fait aujourd'hui consensus chez nous, madame la ministre, et aucun syndicat ne souhaite sa suppression : MG France, on l'a dit, ne demande pas le retrait du tiers payant à la Réunion, pas plus que la Confédération des syndicats médicaux français – CSMF – ou la Fédération des médecins de France – FMF. Il y a des problèmes à régler, c'est certain, mais personne ne demande le retrait du tiers payant.

Pour moi, le tiers payant contribue à faciliter l'accès aux soins des patients les plus pauvres et les plus modestes – je pense notamment aux retraités. Dans les départements ultramarins, où les inégalités de santé sont persistantes, c'est une avancée considérable. Dire que ce dispositif va déresponsabiliser les patients, c'est lui faire un faux procès. Par ailleurs, c'est une façon de stigmatiser (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*)...

M. Julien Aubert. Ah, voilà ! Le mot est lâché !

Mme Monique Orphé. ...ceux qui bénéficient déjà de cette mesure.

Je ne pense pas, messieurs, que les patients réunionnais, parce qu'ils bénéficient du tiers payant, soient plus déresponsabilisés que d'autres. Moi qui vis dans ce département, je ne vois pas non plus les files d'attente s'allonger devant les cabinets médicaux depuis que l'on a instauré le tiers payant. Par ailleurs, messieurs, ce n'est pas par plaisir que l'on va chez le médecin, mais parce que l'on est malade ! Alors arrêtons un peu avec ce fantasme.

M. Gérard Sebaoun. Très bien !

Mme Monique Orphé. Permettez-moi simplement de vous rappeler que l'État dépense 2 500 euros par habitant en outre-mer, contre 3 700 dans l'hexagone.

Mme Marie-Anne Chapdelaine. Ça calme !

Mme Monique Orphé. Il faut encore régler la question du reste à charge et simplifier la tâche des médecins, certes, mais le tiers payant instaure l'égalité devant les soins et c'est une mesure de justice sociale. C'est pourquoi, madame la ministre, je suis favorable à sa généralisation. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean-Luc Laurent. Très bien !

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

M. Gérard Bapt. Je partage l'avis qu'ont exprimé successivement, sous des formes différentes, Mme Fraysse et Mme Orphé. Je ne pense pas que la grande majorité des médecins soit, sur le principe, opposée au tiers payant généralisé, même si nous ne méconnaissons pas les problèmes d'ordre administratif, technique, ou même financier que sa mise en œuvre pourra poser – nous l'avons déjà noté et Mme la ministre elle-même le reconnaît.

J'aimerais par ailleurs faire remarquer que de nombreux médecins libéraux travaillent déjà, soit comme vacataires, soit comme salariés à temps partiel d'un établissement de santé, sous le régime du tiers payant. En ce qui me concerne, pour avoir connu successivement l'exercice salarié, dans le cadre hospitalo-universitaire, et un exercice mixte, puisque j'y ai conservé des vacances lorsque j'ai ouvert mon cabinet de groupe spécialisé, je ne comprends pas l'argument selon lequel on toucherait, avec le tiers payant, au principe même de l'exercice libéral.

M. Frédéric Reiss. On fonctionnarise les médecins !

M. Gérard Bapt. Du reste, les médecins libéraux eux-mêmes pratiquent déjà le tiers payant : c'est le cas, cela a été dit, pour la CMU complémentaire, ainsi – un peu moins – que pour l'aide à la complémentaire santé. Et certains médecins libéraux sont à ce point convaincus de l'intérêt du tiers payant...

M. Julien Aubert. Ils le disent !

M. Michel Terrot. Ils défilent dans la rue pour le dire !

M. Gérard Bapt. ...qu'ils n'envoient les chèques à leur banque que tous les quinze jours, pour laisser un délai à leurs patients. Certains ont même adhéré à un système bancaire permettant un retrait différé sur le compte de leurs patients, ce qui laisse le temps à ces derniers d'obtenir le remboursement des organismes d'assurance maladie.

Monsieur Door, je sais bien que la consultation chez un médecin généraliste coûte 23 euros, mais lorsqu'on est juste au-dessus du plafond de la CMU ou de l'ACS, cette somme peut poser un problème !

M. Daniel Fasquelle. Ce n'est pas le sujet !

M. Gérard Bapt. Par ailleurs, pour faire une épreuve d'effort sous surveillance électrocardiographique, il faut déboursier 75 euros. Et pour des familles qui bouclent leur budget mensuel à 50 euros près, c'est quelque chose !

M. Daniel Fasquelle. Votre intervention est totalement hors sujet !

M. Gérard Bapt. Au contraire, elle est en plein dans le sujet !

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre.

M. Frédéric Lefebvre. Madame la ministre, votre texte part d'un postulat de base qui est faux, à savoir que le tiers payant généralisé va permettre aux plus pauvres, qui sont éloignés des soins, de revenir dans le système. Vous savez parfaitement que ce postulat n'est pas juste. De grands économistes de la santé, comme Jean de Kervasdoué, ont parfaitement montré que, malgré l'avancée de la CMU, un nombre croissant de nos concitoyens retardent leur accès aux soins, notamment dentaires et optiques, pour des raisons financières, et que 7 % d'entre eux n'ont aucune couverture complémentaire. C'est à cela que nous devrions nous attaquer !

Or vous savez parfaitement que les soins optiques et dentaires ne sont que très peu pris en charge par le régime obligatoire – vous avez d'ailleurs voulu la généralisation des complémentaires. En réalité, nous sommes en train de basculer progressivement, et ce depuis des années, car cette logique n'est pas propre à votre gouvernement mais partagée sur tous les bancs depuis bien longtemps, d'une médecine libérale à une médecine bureaucratifiée.

Ce tiers payant est en quelque sorte le toit de l'édifice : il vient masquer ce dont aurait réellement besoin notre système de santé, à savoir une privatisation du management et de la gestion. On me répond que les caisses primaires d'assurance maladie sont des personnes morales de droit privé, mais c'est une blague ! La réalité, c'est qu'on est en train de basculer progressivement d'une bureaucratisation étatique à une bureaucratisation privée. Ce qu'il importe de faire, aujourd'hui, c'est d'introduire des méthodes de gestion privée.

M. Gérard Bapt. Tout cela est bien compliqué. Explicitez votre pensée !

M. Frédéric Lefebvre. Entendons-nous bien : je défends notre système de Sécurité sociale, je défends notre système d'assurance par l'État. Mais *quid* de la gestion ? On pourrait parler de l'hôpital... La comparaison que l'on fait régulièrement, et à juste titre, entre l'hôpital public et l'hôpital privé montre bien le problème. C'est parce que je suis contre la bureaucratisation de notre médecine que je m'oppose avec force à votre dispositif.

M. le président. Nous en venons aux amendements. Je suis saisi de plusieurs amendements de suppression, n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300.

La parole est à M. Frédéric Reiss, pour soutenir l'amendement n^o 142.

M. Frédéric Reiss. Le tiers payant va rendre les conditions de travail des médecins inacceptables, puisqu'ils seront désormais aux ordres des comptables et des mutuelles. Par ailleurs, il aggravera massivement les dépenses de santé. Les conséquences d'une telle disposition seront dramatiques, non seulement pour les médecins, mais aussi pour la population, notamment dans les zones où il est déjà difficile de trouver un praticien aujourd'hui. Comment peut-on envisager une telle réforme sans l'aval des médecins sur le terrain, et avec la seule bénédiction des technocrates du ministère, qui sont totalement déconnectés des réalités ?

Il faut oublier cette promesse électorale inconsidérée du président Hollande. Supprimons l'article 18 !

M. Daniel Fasquelle. Très bien !

M. Jean-Luc Laurent. Que d'amalgames...

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 204.

M. Jean-Pierre Door. Bien que vous ayez réécrit l'ensemble de cet article pour permettre une mise en place par étapes, madame la ministre...

M. Jean-Luc Laurent. À juste titre ! C'est mieux ainsi et vous devriez le reconnaître !

M. Jean-Pierre Door. ...de nombreuses questions techniques demeurent. J'ai envie de vous lire la lettre qu'une généraliste de trente-cinq ans vous a écrite il y a quelques jours, madame la ministre, pour vous dire quelle sera sa galère, en espérant que vous lui répondrez. Elle explique que demain, après le passage en force de la loi Santé, elle ne demandera plus à ses patients ce qu'ils ont, mais s'ils ont bien leur carte Vitale. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Annick Lepetit et Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* C'est déjà ce qui se passe !

M. Jean-Pierre Door. Il leur faudra aussi leur attestation de mutuelle et leur attestation de Sécurité sociale, ce qui fait bien des papiers en plus de la carte Vitale.

M. Jean-Luc Laurent. Vous vivez au XIX^e siècle ?

M. Jean-Pierre Door. Elle ajoute que le tiers des patients n'auront pas, ou auront oublié leurs papiers, et se demande aussi ce qu'elle devra faire dans les cas de visites à domicile, puisqu'elle ne prend pas son ordinateur avec elle.

Mme Hélène Geoffroy, *rapporteuse de la commission des affaires sociales.* Il existe des ordinateurs portables, vous savez !

M. Jean-Pierre Door. Elle se demande, pour finir, comment elle pourra gérer sa trésorerie, avec tous les actes qui seront payés avec plusieurs semaines, voire plusieurs mois de retard. Avec votre réforme, elle ne va plus soigner tout en gagnant sa vie, mais passer son temps à vérifier des papiers et à réclamer de petites sommes. C'était donc cela, le choc de la simplification administrative qu'avait promis le Président de la République ?

M. Jean-Luc Laurent. Que d'exagération !

M. Jean-Pierre Door. Pour cette généraliste, il faut supprimer l'article 18. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP.*)

M. Daniel Fasquelle. Très bien !

M. le président. Sur les amendements identiques n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300, je suis saisi par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire et par celui de l'Union des démocrates et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Frédéric Lefebvre, pour soutenir l'amendement n^o 249.

M. Frédéric Lefebvre. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 278.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Xavier Breton, pour soutenir l'amendement n^o 449.

M. Xavier Breton. Cet amendement vise à supprimer l'article 18, qui propose la généralisation du tiers payant. Pour des raisons de principe, d'abord : ce système, on l'a dit, va entraîner une déresponsabilisation, alors qu'on devrait au contraire réorienter notre système de santé vers plus de responsabilité. Pour des questions pratiques, ensuite : la mise en œuvre de ce dispositif sera très lourde, notamment les dispositions relatives au contrôle et à la surveillance, et il entraînera une bureaucratisation de la médecine.

Le système que vous proposez est doublement néfaste, puisqu'il conduira à une déresponsabilisation et à une bureaucratisation. C'est pour cette raison que nous proposons de supprimer l'article 18.

M. le président. La parole est à Mme Marion Maréchal-Le Pen, pour soutenir l'amendement n° 766.

Mme Marion Maréchal-Le Pen. Cet article donne une nouvelle illustration de cette manie socialiste du Gouvernement de gouverner toujours contre le peuple. Il aurait été intéressant d'essayer de comprendre l'opposition des médecins plutôt que de crier immédiatement au corporatisme, comme vous l'avez fait en commission, les comptes rendus en témoignent.

C'était une promesse de campagne : cela signifie que vous aviez deux ans et demi pour préparer cette réforme sereinement, en coulisses. Et pourtant, vous ne répondez toujours pas concrètement, aujourd'hui, aux inquiétudes techniques des médecins sur le coût supplémentaire, la bureaucratisation, les risques de retard de paiement et le temps perdu à courir derrière près de 500 complémentaires de santé. Ces inquiétudes sont justifiées, puisque l'expérience a pu montrer que la généralisation du tiers payant posait des difficultés. On l'a vu notamment dans le secteur de la pharmacie, où certaines officines ont des ardoises de plusieurs milliers d'euros d'impayés.

Vous justifiez cette généralisation par un meilleur accès à la médecine pour les plus démunis de nos compatriotes, alors qu'ils bénéficient déjà, cela a été rappelé, du système de tiers payant. Pour tous les autres, ceux qui, parce qu'ils sont à quelques dizaines d'euros près, ne peuvent pas avancer les frais d'une consultation, le problème de fond, que vous n'évoquez jamais, est celui du pouvoir d'achat des Français. Le problème, ce sont les salaires et les pensions de retraite qui sont insuffisants pour vivre décemment dans notre pays. Il aurait été beaucoup plus judicieux de s'attarder sur ce problème de fond plutôt que de proposer des mesures cosmétiques et de se cacher derrière les médecins pour dissimuler votre impuissance sur ce sujet fondamental.

M. Gérard Bapt. Occupez-vous plutôt de Jean-Marie !

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 1300.

M. Arnaud Richard. Le Gouvernement et la majorité tiennent effectivement une promesse de campagne, et nous devrions nous en féliciter. Cette généralisation du tiers payant, qui est extrêmement habile en termes de marketing politique, puisqu'elle est plutôt populaire auprès de nos compatriotes, sert en réalité de paravent à deux phénomènes.

Le premier, qui inquiète profondément l'ensemble des professions médicales, c'est cette forme de fonctionnarisation ou de bureaucratisation de la profession des médecins en France.

M. Jean-Luc Laurent. Mais non !

M. Arnaud Richard. Ils sont face à un phénomène rampant. Désormais, ils n'auront plus des patients devant eux : ils auront comme seuls clients la Caisse primaire d'assurance maladie et les 560 complémentaires de France. Bernard Accoyer a parlé de *burn-out* pour qualifier l'état d'esprit de la profession. Il va peut-être un peu loin, mais on peut comprendre que les médecins en France soient totalement désemparés face à ce phénomène rampant. Vous ne voulez pas voir cela, c'est votre problème, mais c'est une réalité.

Le deuxième phénomène, c'est que vous ne répondez absolument pas au problème du reste à charge. C'est une problématique qui vous dépasse. Vous allez casser le rapport de confiance qui existe entre les patients et les médecins, tout en dévalorisant l'acte médical.

Donc, sous le paravent et le leurre d'une simplification administrative et financière pour le patient se cachent une bureaucratisation et, plus grave, une financiarisation et une privatisation du système de santé à la française.

Tout cela, dû à une très bonne idée de marketing politique pendant une campagne présidentielle, nous mène à une catastrophe. Je tiens au passage à saluer l'habileté de la ministre : le calendrier de mise en œuvre du dispositif nous imposera très certainement de perpétuer cette ineptie en 2017, dans la mesure où la plupart des Français seront dans le système à la fin de l'année 2016.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure de la commission des affaires sociales. L'avis de la commission est bien sûr défavorable à l'ensemble des amendements de suppression de l'article 18, pour de très nombreuses raisons dont vous me permettrez de dire quelques mots. Nous avons des points de vue totalement opposés, mais le débat est là pour me permettre de répondre à un certain nombre d'arguments qui ont été avancés.

Je tiens à souligner une chose fondamentale à mes yeux : le tiers payant, ce n'est qu'une technique de paiement du médecin. Ce n'est pas une gratuité des soins. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Le tiers payant ne couvre qu'à hauteur de ce pour quoi vous avez cotisé et vous êtes couvert ! Je rappelle aussi que l'assuré a déjà payé ses soins, par des cotisations ou par des impôts affectés au financement de l'assurance maladie. Et il en va de même pour les organismes complémentaires auxquels il a cotisé.

M. Dominique Tian. Hé bien oui, c'est gratuit !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Non, ce n'est pas gratuit, sauf à ce que vous considériez que les cotisations que vous versez mensuellement...

M. Dominique Tian. Ce sont les soins qui sont gratuits !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Non, je suis désolée, c'est une mauvaise analyse. Lisez le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, vous verrez qu'il arrive exactement aux mêmes conclusions que moi.

Vous avez également évoqué un recours inflationniste aux soins. Mais je ne connais pas beaucoup de gens qui ont très envie d'aller chez le médecin ! Sans vouloir être désagréable à leur rencontre, très sincèrement, on y va parce qu'on y est obligé de le faire, parce qu'on est malade !

M. Dominique Tian. Pour les arrêts de travail !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Mais qui signe les arrêts de travail ? C'est bien les médecins !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je ne connais personne qui y aille par plaisir.

M. Dominique Tian. On va vous en trouver parmi les bénéficiaires de l'AME ! Ou de la CMU !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je connais en revanche des personnes qui repoussent des consultations parce qu'elles n'ont pas les moyens de faire l'avance. Ça, c'est une réalité vécue, il est faux de dire que ça n'existe pas. Effectivement, nos compatriotes les plus défavorisés, tributaires de la CMU et de l'ACS, bénéficient du tiers payant. Mais, comme l'a rappelé Gérard Bapt, des membres de la classe moyenne hésitent à consulter, selon la période du mois, parce qu'ils n'ont pas les moyens de faire cette avance !

J'entends ceux qui disent ici que les médecins pratique-raient déjà des avances de trésorerie et reculeraient l'encaissement. Mais très sincèrement, chers collègues, combien de patients n'osent pas le demander ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Eh oui !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Et ne pensez-vous pas que, pour ceux qui le demandent, c'est un instant extrêmement difficile à vivre humainement ? Ce droit qui est ouvert est donc une avancée dont personne ne peut contester l'intérêt...

M. Julien Aubert. Une avancée dans le mur !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. ...et c'est la raison pour laquelle la commission est opposée à ces amendements. Les médecins ne sont d'ailleurs pas opposés au principe : ils sont opposés à certaines modalités de mise en œuvre, et les amendements déposés par le Gouvernement nous ont permis d'avancer sur ce point.

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Dommage que M. Accoyer ne soit plus là : il faut lui dire que le chiffre qu'il a donné de 3 000 euros d'impayés par officine et par mois est faux. Cela représenterait 800 millions d'euros par an. Je viens d'échanger par SMS avec les syndicats, ce chiffre est faux. Cela a été affirmé lors d'une émission par une dame qui sortait ce chiffre d'on ne sait où, mais c'est faux.

M. Dominique Tian. C'est combien alors ?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Venons-en à l'argument de l'inflation. D'après le raisonnement de M. Accoyer, dès que le tiers payant a été mis en place dans les officines, il y a maintenant plus de trente ans, on a constaté une augmentation immédiate de la consommation de médicaments. Mais un médicament couvert par le tiers payant est obligatoirement prescrit par le médecin ! Cela voudrait donc dire que les médecins – qui restent maîtres de leurs prescriptions, tant sur les médicaments que sur les arrêts de travail – sachant que leurs patients ne feraient plus l'avance des médicaments, se seraient mis à en prescrire de manière inflationniste ! Avouez que le raisonnement, pour le moins erroné,...

Mme Jacqueline Fraysse. Et désobligeant pour les médecins.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. ...tend à prouver que nos médecins sont déraisonnables et irresponsables. Je pense que M. Accoyer se trompe.

J'entends aussi que le médecin va passer son temps à demander la carte Vitale. Mais que fait-il aujourd'hui, pour chaque patient ? Il demande la carte Vitale, pour télétransmettre le montant de la consultation ! Chaque fois que je vais voir un médecin, il me la demande ! Cela se fait déjà, donc je ne crois pas du tout que ce genre d'argument soit valable et recevable pour demander la suppression de l'article 18.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour donner l'avis du Gouvernement sur cette série d'amendements identiques.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Avis défavorable, bien sûr. Je voudrais répondre au fond sur les questions qui ont été soulevées lors de la présentation de ces amendements et de la discussion sur l'article. Il y a incontestablement des points qui nous séparent sur cette question du tiers payant, mais je relèverai volontiers, sous une forme ou sous une autre – pas forcément politique – le défi lancé par M. Aboud : voyons ce qu'il en sera dans dix ans ! Je suis certaine que dans dix ans, on ne parlera plus du tiers payant parce qu'il sera devenu une banalité, une norme, une simplicité.

M. Dominique Tian. Dites surtout qu'il n'y aura plus de Sécurité sociale !

M. Julien Aubert. Ou plus de médecins !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je crois que nombre des réticences, qu'il ne s'agit pas d'occulter ou de nier, des professionnels de santé viennent de leur inquiétude quant à la mise en œuvre technique et concrète du système. Dès lors que le système sera simple et intuitif, qu'il apportera des garanties, alors il sera intégré dans la pratique quotidienne tout comme aujourd'hui les médecins télétransmettent avec la carte Vitale de manière simple et sans plus se poser de questions. Pourtant, l'introduction de la carte Vitale il y a plus de dix ans avait suscité des inquiétudes de même ordre que celles que l'on constate aujourd'hui.

Je voudrais dire pourquoi nous avons proposé le tiers payant.

M. Pierre Lellouche. Par idéologie !

Mme Marisol Touraine, ministre. Mesdames et messieurs les députés, les renoncements aux soins sont une réalité dans notre pays. Et les renoncements aux soins ne concernent pas uniquement les plus pauvres.

M. Julien Aubert. Et quand il n'y aura plus de médecins, on fera comment ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous parlez de la CMU, mais pour y avoir droit, il faut un revenu inférieur à 720 euros par mois. Il y a des hommes et des femmes dont les revenus sont supérieurs à 720 euros par mois et qui éprouvent des difficultés pour avancer des frais chez le généraliste, chez les spécialistes et chez d'autres professionnels de santé ! Nous disposons de toutes les données sur ce point.

Je ne voudrais pas revenir sur les 30 % de personnes qui, globalement, renoncent aux soins dans notre pays.

M. Daniel Fasquelle. Ce chiffre est complètement faux ! C'est 5 % !

Mme Marisol Touraine, ministre. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé indique que pour une personne dont les revenus se situent autour de 2 120 euros mensuels, on constate des renoncements aux soins, tous soins confondus, de l'ordre de 20 %.

Une étude encore plus intéressante, de mars dernier, réalisée par le Collectif interassociatif sur la santé, le CISS...

M. Dominique Tian. Qu'est-ce que c'est que ça? Ils sont financés par le ministère de la santé?

Mme Marisol Touraine, ministre. ... indique que 25 % des malades en ALD ont renoncé à des soins.

M. Bernard Debré. Ce n'est pas vrai!

M. Dominique Tian. Ce n'est pas possible!

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est tout de même extrêmement préoccupant. De même, 17 % des Français ont déjà renoncé à consulter du fait du montant de la consultation.

La première chose que je veux donc dire, mesdames et messieurs les députés, c'est que pour le Gouvernement, il ne s'agit pas d'un tiers payant social. Il s'agit de garantir l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens, et notamment des classes moyennes. Car les plus pauvres de nos concitoyens, grâce à la CMU, ont déjà des garanties. Il s'agit donc de faire en sorte que ceux qui ne sont pas les plus pauvres puissent consulter dans des conditions satisfaisantes. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Pierre Lellouche. Arrêtez plutôt de taxer les classes moyennes!

M. le président. Mes chers collègues, écoutez Mme la ministre!

Mme Marisol Touraine, ministre. Le deuxième élément que vous avancez, avant d'en venir aux arguments techniques, est qu'au fond, le tiers payant organise une irresponsabilité généralisée. Je conteste absolument cette vision de nos concitoyens d'un pessimisme affreux. Non, les Français ne sont pas 60 millions d'irresponsables infantilisés, incapables de comprendre quand ils ont besoin d'aller voir un médecin!

M. Jean-Luc Laurent. Bien sûr! C'est méprisant!

Mme Marisol Touraine, ministre. On ne va pas voir son médecin ou un professionnel de santé par plaisir. On y va lorsqu'on a besoin d'être soigné. C'est d'autant plus vrai que vous avez été nombreux à dire qu'il y avait parfois des difficultés pour obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables: dès lors qu'il y a des contraintes dans l'accès, ne serait-ce que pour des raisons de calendrier, on ne multiplie donc pas les rendez-vous de cette manière.

M. Daniel Fasquelle. Quelle salade!

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous vous plaisez à dépeindre la France comme marchant d'un pas guilleret vers une espèce d'étatisation absolue, de socialisme des années cinquante tel que l'ont connu certains pays hors de notre continent européen. Mais sachez que l'Organisation mondiale de la santé, qui n'est tout de même pas une organisation extrémiste, défend la généralisation du tiers payant et considère qu'il doit être mis en place dans les pays qui ont une assurance maladie universelle.

M. Dominique Tian. Obligatoire!

Mme Marisol Touraine, ministre. La plupart de nos voisins, qui ne sont quand même pas des clones de l'Union soviétique stalinienne, ont mis en place des dispositifs de tiers payant. Et dans ces pays, que vous nous citez à l'envi en matière de finances publiques, on constate que les dépenses de soins sont globalement inférieures aux nôtres. Donc, là où le tiers payant existe, on ne peut pas dire que l'on constate que les habitants se soient transformés en armées de consommateurs de soins.

J'entends les arguments sur la faisabilité et le côté pratique des choses. Aujourd'hui, les médecins sont confrontés à des bugs informatiques dans la mise en place du tiers payant qu'ils pratiquent pour les bénéficiaires de la CMU. Je veux donc dire de la manière la plus solennelle qui soit que la mise en place du tiers payant, qui sera progressive, ne correspond pas à l'extension du système actuel de tiers payant. Il ne s'agit pas de généraliser le système actuel, qui pose un certain nombre de difficultés. Il s'agit de mettre en place un système nouveau, avec une gouvernance coordonnée par l'assurance maladie avec les organismes complémentaires, qui garantisse un paiement rapide – moins de sept jours – aux professionnels de santé, avec un paiement unique.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Très bien!

Mme Marisol Touraine, ministre. Aujourd'hui, les médecins passent du temps à leur comptabilité, tiers payant ou pas!

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Ils n'ont plus de secrétariat!

Mme Marisol Touraine, ministre. Je peux vous dire que lorsque le tiers payant sera généralisé, que le paiement arrivera de façon unifiée, malade par malade, on pourra considérer que le médecin gagne du temps dans la gestion de ses paiements et dans la relation avec les organismes payeurs, qu'il n'y aura plus autant de temps à passer sur ces tâches relativement chronophages.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Pourquoi ont-ils tous renoncé aux secrétariats et aux accueils? Ils n'ont qu'à faire des groupements d'employeurs!

Mme Marisol Touraine, ministre. Enfin, on ne peut pas à la fois dire que le tiers payant est la marche en avant vers un système de soumission absolue à l'assurance maladie et craindre une privatisation par les organismes complémentaires. C'est simplement un dispositif de paiement direct aux médecins, sans passer par les malades. Il ne s'agit pas de gratuité, j'insiste bien sur ce point, il s'agit de dispense d'avance de frais. Les patients contribuent, les patients et les entreprises cotisent, l'ensemble de nos concitoyens cotisent: il n'y a donc pas de gratuité. C'est simplement la mise en place d'un nouveau type de paiement aux professionnels.

C'est une mesure importante, de justice sociale, de progrès, qui donne tout son sens au caractère universel de notre assurance maladie. C'est une mesure au cœur du pacte social que nous portons. Ce n'est pas une révolution pour notre système de santé, c'est un élément central dans l'accès aux soins, ce qui ne veut évidemment pas dire que d'autres questions ne se posent pas, auxquelles nous apportons par ailleurs des réponses.

C'est en tout cas une mesure de justice dont nous pourrions, j'en suis certaine, être collectivement fiers. Les Français attendent que nous facilitions leur relation avec le système de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Dominique Tian. Comme pour les 35 heures!

M. le président. Mes chers collègues, je suis saisi de plusieurs demandes de parole. Pourront s'exprimer deux orateurs pour et deux orateurs contre les amendements.

M. Jean-Luc Laurent. Très bien! Le débat a déjà eu lieu!

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Madame la ministre, le tiers payant n'est pas le point central de votre réforme.

M. Gérard Bapt. Tout à fait!

M. Bernard Debré. J'y suis très opposé: à mon sens, cette mesure est démagogique et inflationniste. Et ne dites surtout pas qu'elle ne poussera pas les malades à consulter davantage: ce sera évidemment le cas, nous le savons!

Vous avez raison sur un point: on ne peut pas faire de parallèle entre les pharmaciens et les médecins. Les pharmaciens ne prescrivent pas, ils ne font que remettre aux patients les médicaments qui ont été prescrits par les médecins.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales et **M. Gérard Bapt.** Les pharmaciens apprécieront!

M. Bernard Debré. En revanche, vous affirmez que certains malades ne peuvent pas accéder aux soins. Mais de quels types de soins s'agit-il? Des lunettes, des soins dentaires, des consultations ORL!

M. Daniel Fasquelle. Voilà les vrais sujets!

M. Bernard Debré. En somme, il s'agit de la médecine spécialisée, et non de la médecine générale.

Mme Claude Greff. Le tiers payant ne va pas les aider!

M. Bernard Debré. Le tiers payant ne va pas aider les patients ayant des troubles de la vue ou des problèmes au niveau des oreilles ou des dents.

Mme Claude Greff. C'est pour ces soins-là qu'il y a un besoin!

M. Bernard Debré. Or c'est pour ces soins-là que nous avons besoin de faire progresser les remboursements, c'est évident!

Le tiers payant ne va pas rendre la médecine gratuite, mais en masquer le prix.

M. Gérard Sebaoun. Et les dépassements d'honoraires?

M. Bernard Debré. Quand un malade ira voir un médecin, il ne saura pas que la consultation coûte 23 euros – ce qui est, entre nous, un scandale: 23 euros, c'est le prix d'une place de cinéma! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. On voit que vous n'allez jamais au cinéma!

M. Élie Aboud. Dans un grand cinéma!

M. Christophe Caresche. Dans le XVI^e arrondissement, c'est très cher... (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. Quand on va au cinéma avec sa femme et son enfant, on paye plus que cela!

M. Élie Aboud. Avec les pop-corn! (*Sourires.*)

M. Bernard Debré. Je n'ai pas besoin de prendre d'autres exemples: le tiers payant ne permettra plus au patient de voir ce qu'il paie. Et ce serait, madame la ministre, une avancée? Mais à ce compte-là, il faudrait aussi de ne pas faire payer le gaz, l'électricité ou les loyers, et tout rendre gratuit!

M. Jean-Luc Laurent. Le tiers payant, ce n'est pas la gratuité!

M. Bernard Debré. Les médecins sont allés dans la rue, ils ont manifesté. Ils ne sont pas tous avides d'argent. Ils savent que leur métier sera transformé et que ce sera très difficile pour eux. C'est pourquoi je suis contre l'article 18.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Une intervention pour rien!

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

M. Gérard Bapt. Je me limiterai à présenter des arguments qui n'ont peut-être pas encore été avancés.

Au cours de ce débat, on a souvent entendu que la gratuité entraînerait une inflation des soins. Il se trouve que je suis président du conseil de surveillance du Fonds CMU, qui gère la couverture médicale universelle complémentaire. Il fonctionne sur la base d'un forfait, d'ailleurs réévalué annuellement dans le cadre du PLFSS, calculé en fonction du prix d'un panier de soins certes limité, mais très large en ce qui concerne les besoins de santé. Cela permet de connaître très exactement la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire et l'évolution de cette consommation.

Mme Claude Greff. Qu'est-ce que cela change?

M. Gérard Bapt. On constate qu'en moyenne, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ne consomment pas plus de soins que la moyenne des patients dans ce pays...

M. Dominique Tian. C'est faux!

M. Gérard Bapt. ...à une nuance près, que je me dois de préciser devant l'opposition pour être tout à fait exact: lorsqu'un patient accède au droit au Fonds CMU,...

M. Dominique Tian. Il surconsomme!

M. Gérard Bapt. ...sa consommation est, au départ, plus élevée, parce qu'il a un tel retard d'accès aux soins...

Plusieurs députés du groupe UMP. Non!

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Si! Avant d'avoir accès à la CMU complémentaire, il ne se soignait pas normalement!

M. Gérard Bapt. Consultez les nombreux membres du conseil de surveillance du Fonds CMU, ils vous le confirmeront! Et lisez son rapport annuel! L'argument selon lequel le tiers payant entraînerait une inflation des soins est donc faux.

M. Dominique Tian. Pas du tout! Il y a un effet d'aubaine!

M. Gérard Bapt. Enfin, je veux m'élever contre un argument avancé par M. Le Maire,...

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Il n'est plus là!

M. Gérard Bapt. ...non seulement dans cet hémicycle, mais aussi dans des publications médicales, selon lequel le tiers payant serait à l'origine d'une dérive vers la fonctionnarisation de notre système de santé...

Mme Claude Greff. Vers l'étatisation du système de santé, tout à fait!

M. Gérard Bapt. ...et donc vers une perte de confiance, de prestige et d'autorité médicale. Mais avais-je une autorité médicale lorsque j'exerçais à titre salarié à l'hôpital? Oui! Quelle a été ma satisfaction lorsque, m'installant en libéral, tout en conservant d'ailleurs des vacations à l'hôpital, j'ai constaté que des patients que j'avais vus et parfois accueillis aux urgences plusieurs années auparavant continuaient à venir me voir, non seulement parce qu'ils étaient satisfaits, mais aussi parce qu'ils me faisaient confiance! Ils m'avaient pourtant connu dans le cadre d'un exercice exclusivement salarié.

M. Bernard Debré. C'est parce que vous étiez un bon médecin!

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je vais vous expliquer pourquoi le groupe UMP a demandé un scrutin public et votera contre l'article 18.

M. Élie Aboud. Attention, le scrutin public porte sur les amendements de suppression de l'article!

M. Jean-Pierre Door. Contrairement à ce que j'ai entendu, il ne s'agit pas de corporatisme. Le 15 mars, vous avez vu toute la jeunesse médicale, les futurs médecins dans la rue, contestant la généralisation du tiers payant.

Madame la ministre, vous vous êtes énervée en donnant l'avis du Gouvernement sur nos amendements de suppression. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe SRC.*) Il ne faut pas!

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Pas du tout! Elle ne s'est pas énervée!

M. Jean-Pierre Door. Vous jouez simplement votre rôle politique: vous nous vendez un système idéologique...

M. Dominique Tian. Exactement! C'est électoral!

M. Jean-Pierre Door. ...qui va transformer radicalement la médecine libérale actuelle en médecine très administrée.

Avec la généralisation du tiers payant, vous faites croire que les soins seront gratuits. Vous savez très bien ce qui va se passer: en réalité, les patients penseront que les consultations seront gratuites...

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Ils continueront de payer leurs cotisations de Sécurité sociale!

M. Jean-Pierre Door. ...et il y aura un risque d'inflation d'actes de soins.

M. Arnaud Leroy. Mais non! Soyez sérieux!

M. Jean-Pierre Door. J'ai retrouvé un document de l'Académie nationale de médecine, qui a montré, à l'occasion de deux expériences, que la réduction du reste à charge pour les patients augmentait la consommation médicale et son coût. Dans le cadre d'une autre expérience, une mutuelle a comparé deux sous-groupes d'âge et de sexe similaires, l'un remboursé à 70 %, l'autre à 100 %: le nombre d'actes médicaux pratiqué sur le second a été supérieur de plus de 17 %.

M. Arnaud Leroy. Quelles sont vos sources?

M. Jean-Pierre Door. C'est une évidence: lorsque quelque chose est gratuit...

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. On se soigne!

M. Jean-Pierre Door. ...on pense qu'on y a droit. Ainsi, le patient, mais aussi éventuellement le prescripteur, multiplieront les actes.

Mme Martine Pinville. Ce n'est pas de la consommation!

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. On n'est pas au supermarché! Hier soir, à propos du délai de réflexion préalable à une IVG, vous aviez déjà comparé des actes médicaux à l'achat d'une voiture!

M. Jean-Pierre Door. C'est pourquoi nous nous opposerons à cet article 18. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Guy Delcourt.

M. Guy Delcourt. Je voterai bien sûr l'article 18, pour deux raisons.

Élu du Pas-de-Calais et du bassin minier, je peux témoigner du fait que nous avons connu pendant plusieurs années deux régimes de soins pour les anciens mineurs et leurs ayants-droit, notamment leurs veuves. Grâce à vous, madame la ministre, ces derniers sont totalement pris en charge par le régime minier: en abrogeant l'article 80 du décret du 30 août 2011, pris par le gouvernement précédent, vous avez maintenu les droits des anciens mineurs, qui seront ainsi pris en charge jusqu'au dernier vivant.

J'ai rencontré les médecins libéraux de Lens et des environs. Compte tenu de la liberté qu'ont maintenant les veufs et anciens mineurs de choisir leur médecin, les médecins se sont habitués au tiers payant, qui est naturel pour les personnes âgées soumises au régime général. Ils m'ont en effet parlé de la charge administrative qui serait la leur: d'ailleurs, nous avons évoqué cette question lors d'une réunion de concertation avec votre cabinet, et vous y avez répondu depuis. Voilà un exemple qui démontre bien que le tiers payant n'est pas cette machine qui va mener la Sécurité sociale là où personne ne veut aller.

Tout au long des débats, nous avons beaucoup parlé de cotisations sociales. Madame la ministre, je souhaite donc vous poser une question, sans aucun esprit polémique mais pour satisfaire ma curiosité – si vous ne me répondez pas, je le comprendrai, bien entendu. Les médecins, qui peuvent aussi, hélas, être eux-mêmes souffrants, paient-ils des cotisations sociales sur leurs honoraires?

M. le président. Madame Orliac, vous m'avez demandé la parole. J'ai précisé tout à l'heure que seulement deux orateurs pour et deux orateurs contre pourraient s'exprimer, sur sept

demandes de parole contre et cinq demandes de parole pour. Vous n'avez pas entendu mon propos et, à titre exceptionnel, je vais vous donner la parole, mais je ne le ferai plus à l'avenir, d'autant que vous m'avez déjà sollicité hier de la même façon. Je tiens compte du fait que votre groupe ne s'est pas encore exprimé...

Mme Dominique Orliac. Pardon, monsieur le président ? Mon groupe ne s'est pas exprimé ?

M. le président. Pas sur les amendements de suppression de l'article 18. Je suis déjà allé au-delà du règlement en donnant la parole à deux orateurs de chaque position.

Mme Dominique Orliac. Mais...

Mme Claude Greff. Il faut être souple, monsieur le président !

M. le président. En agissant ainsi, madame Orliac, j'essaie d'être le plus respectueux possible du débat public.

Mme Dominique Orliac. Monsieur le président, je vous ferai remarquer que ce n'est pas moi qui suis en train de faire perdre du temps à notre assemblée. (*Exclamations sur divers bancs.*)

M. Julien Aubert. Oh ! Respectez la présidence !

M. le président. Vous avez la parole, madame Orliac.

Mme Dominique Orliac. Ce projet de loi a été présenté et résumé dans les médias sous le seul angle de la généralisation du tiers payant. Compte tenu des inégalités sociales dans le domaine de la santé et des difficultés croissantes de la population, il est important que tout le monde ait aujourd'hui accès aux soins, mais il faut un corollaire : une simplification du tiers payant. De nombreux médecins généralistes, de nombreux médecins libéraux ne sont pas opposés au tiers payant mais à sa généralisation.

Mme Claude Greff. Bien sûr ! Les médecins sont responsables !

Mme Dominique Orliac. Les médecins libéraux et les médecins généralistes le disent : cette mesure va certainement mettre en péril le fonctionnement de nombreux cabinets médicaux et aggraver, par là même, la désertification de nos contrées...

Mme Claude Greff. Bien sûr !

Mme Dominique Orliac. ...alors que ce projet de loi ne prévoit rien pour améliorer la situation. Techniquement, rien n'est encore opérationnel pour que le tiers payant puisse être généralisé : voilà la difficulté.

Mme Claude Greff. Les médecins acceptent déjà le tiers payant pour les patients qui connaissent des difficultés !

Mme Dominique Orliac. Un système basé sur un flux unique est le seul acceptable, nous en reparlerons. Quant au virage ambulatoire annoncé, qui est indispensable, nous n'en trouvons pour l'instant aucune trace dans ce texte.

Franchement, tel qu'il est présenté aujourd'hui, le tiers payant généralisé n'est pas acceptable. Comme de nombreux députés, nous avons fait des propositions, mais elles n'ont pas été entendues.

Mme Claude Greff. L'idéologie a primé, une fois de plus !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	50
Nombre de suffrages exprimés	50
Majorité absolue	26
Pour l'adoption	17
contre	33

(*Les amendements identiques n^{os} 142, 204, 249, 278, 449, 766 et 1300 ne sont pas adoptés.*) (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Daniel Fasquelle. Les médecins apprécieront !

Mme Claude Greff. La gauche est malade !

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 205 et 250.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 205.

M. Jean-Pierre Door. La commission a adopté une nouvelle rédaction de l'article 18, en essayant d'assouplir les mesures prévoyant la généralisation du tiers payant. Ainsi, vous allez procéder par étapes. Mais il semble qu'il y ait un problème : si l'article 18 instaure tout d'abord une démarche volontaire, non obligatoire – même si le terme « facultatif » n'est pas utilisé – le tiers payant deviendrait un droit en 2017. Dès lors, il deviendrait obligatoire. Par cet amendement, nous souhaitons confirmer que ce système de tiers payant généralisé reste volontaire, facultatif, non obligatoire, y compris à partir de 2017. Il ne doit pas devenir un droit, ce qui impliquerait par définition un caractère obligatoire.

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre, pour soutenir l'amendement n^o 250.

M. Frédéric Lefebvre. J'ai dénoncé tout à l'heure la dérive bureaucratique de notre système de santé, à l'œuvre depuis vingt ans, « parachevée » aujourd'hui par l'instauration du tiers payant généralisé. Certes, M. Door vient de le rappeler, il y a encore quelques années à attendre avant que le couperet ne tombe définitivement. Mais c'est là une méthode bien connue des exécutifs qui se succèdent : donner le sentiment de ne pas aller jusqu'au bout et laisser évoluer le système automatiquement, dans la dérive la plus totale, vers son achèvement complet.

À l'instar de Jean-Pierre Door, je souhaite que nos compatriotes médecins puissent, dans la perspective de cet achèvement que je redoute, garder une liberté de choix et que seuls les professionnels qui le souhaitent appliquent le tiers payant généralisé que vous nous annoncez pour le futur.

Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes. Il n'est pas généralisé dans ce cas !

M. Frédéric Lefebvre. Vous avez parfaitement compris.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Ce sont des amendements de repli. Or, nous avons un désaccord de fond. La généralisation du tiers payant pose un certain

nombre de questions, de difficultés techniques qui seront levées. Dès lors qu'elles le seront, nous sommes persuadés que cela sera une réussite. Il n'y a donc aucune raison de ne pas prévoir d'instituer le tiers payant comme un droit.

M. Frédéric Lefebvre. Les médecins seront au garde au vous.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable également. Le texte du projet de loi, vous l'avez souligné, monsieur Door, a évolué. Il prévoit notamment une généralisation très progressive, par étapes, en fonction des publics concernés : au 1^{er} juillet de cette année, ce seront les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé ; l'année prochaine, les patients qui souffrent d'une affection de longue durée et à partir de 2017, l'ensemble de nos concitoyens.

Mais cette généralisation par étapes s'accompagne d'évaluations, de rapports techniques, d'expertises qui doivent nous permettre de nous assurer que le dispositif répond aux attentes que nous plaçons en lui, y compris d'un point de vue technique de simplicité de fiabilité.

Cela représente une garantie pour les professionnels et un droit pour nos concitoyens qui, du reste, devront remplir un certain nombre de conditions pour pouvoir en bénéficier. Il s'agit d'un droit que nos concitoyens vont pouvoir saisir progressivement. C'est à cela que le Gouvernement est attaché.

M. Frédéric Lefebvre. Le crime est parfait !

M. le président. La parole est à M. Bernard Debré.

M. Bernard Debré. Madame la ministre, je n'ai pas bien compris. Vous allez mettre le tiers payant généralisé en marche progressivement, soit. Mais il ne vous aura pas échappé que les médecins, les professionnels de santé sont descendus dans la rue, ce qui est assez rare. Or, j'ai entendu que le Premier ministre allait les réunir après le vote de la loi et qu'il allait ouvrir une nouvelle concertation.

M. Gérard Sebaoun. Pour leur expliquer comment ça marche.

M. Bernard Debré. À quoi cela rime-t-il ? À quoi servira cette réunion alors que la loi aura été votée par l'Assemblée et le Sénat ? Puisque vous avez demandé que le texte soit examiné en urgence, il n'y aura en principe qu'une lecture.

Cela traduirait-il une inquiétude de la part du Gouvernement ? Il est vrai qu'il est rare de voir autant de professionnels de santé manifester dans la rue. Pour ma part, je l'avais fait deux fois, en 1982 et contre la loi Bachelot – vous le voyez, je suis libre ! (*Sourires.*) Mais voilà que je l'ai fait une troisième fois, madame la ministre.

Je voudrais donc savoir pourquoi le Premier ministre réunira tout le monde à ce moment. Pour modifier la loi ? Pour rassurer les professionnels de santé ? Je n'en sais rien.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Pour ma part, j'étais favorable à ce que le tiers payant s'appliquât à l'ensemble des médecins. Je me suis rendu aux arguments de Mme la ministre qui a entendu « la rue », comme vous le dites si bien – et il est vrai que les médecins n'y descendent pas si souvent.

Pourquoi y étais-je favorable ? Méditons sur l'exemple de la télétransmission, qui est obligatoire depuis bien longtemps : 10 % des médecins, davantage les spécialistes que les généralistes,...

M. Dominique Tian. Refusent.

M. Gérard Sebaoun. ...résistent à ce système. Alors pour ce qui est de l'opportunité de laisser un choix, on a déjà donné ! Je m'en remets aux arguments du Gouvernement sur la progressivité mais à un moment donné, la puissance publique doit intervenir, et les patients en sont d'accord, pour qu'ils puissent bénéficier d'un nouveau droit qui s'appelle le tiers payant.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Lorsque l'on parle de progressivité, est-ce pour vous, madame la ministre, le besoin d'un temps technique...

M. Gérard Sebaoun. Bien sûr.

M. Élie Aboud. ...ou d'un temps politique ? Pour ma part, je penche pour la deuxième solution. Je ne reprendrai pas les arguments développés par Jean-Pierre Door, mais je veux répéter qu'il y a un problème de fond qui demeure entre nous.

Personne ne l'a dit, mais je vais le faire : vous considérez que les médecins sont tous des fonctionnaires de la Sécurité sociale. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Lamentable !

M. Élie Aboud. Si, mes chers collègues. C'est ainsi, c'est ancré. Nous, nous n'avons pas la même approche des choses.

(*Les amendements identiques n^{os} 205 et 250 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 994 et 1542.

La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n^o 994.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 1542.

M. Dominique Tian. Comme Fernand Siré, et Valérie Boyer, qui y tient également, je propose qu'à partir du 1^{er} juillet 2015, les médecins qui assurent la permanence des soins ambulatoires « peuvent » appliquer le tiers payant – et non « doivent ».

À l'UMP, nous considérons que l'extension du tiers payant doit rester une démarche volontaire pour les médecins et ne doit en aucun cas devenir une obligation comme le prévoit, malheureusement, le texte.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Cette nouvelle série d'amendements de repli s'inscrit dans la même logique de refus du tiers payant généralisé. En l'espèce, vous proposez d'instaurer une étape supplémentaire pour la mise en œuvre progressive du tiers payant. Je m'étonne d'abord de la date que vous proposez, à savoir le 1^{er} juillet 2015 : à cette date, le rapport conjoint assurance

maladie et complémentaire qui a été demandé par voie d'amendements en commission sur proposition du Gouvernement ne sera pas encore remis.

Sur le fond, vous ciblez une catégorie de professionnels, ceux qui interviennent dans le cadre de la permanence des soins. Ce n'est pas de bonne méthode. Le projet de loi établit, lui, des étapes progressives qui concernent l'ensemble des médecins mais pour certaines catégories de patients, ce qui évite un cloisonnement en fonction des professionnels.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable également. Je vous le dis très simplement, monsieur le député...

M. Dominique Tian. Ça va être très méchant.

Mme Marisol Touraine, ministre. ...ce n'est pas un avis défavorable sur le principe qui aurait consisté à introduire une étape supplémentaire. Il est défavorable parce que la fixer au 1^{er} juillet 2015 est infaisable techniquement.

En fait, votre solution de repli suppose que nous ayons réglé tous les problèmes techniques qui sont à régler en vue de la généralisation du tiers payant à l'ensemble des Français. Car, par définition, la permanence des soins concerne n'importe quel Français ! Elle ne se définit pas en fonction de la maladie, mais en fonction d'un besoin à un moment donné. Elle mobilise des remboursements ou des financements à la fois de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires. Or la principale difficulté technique réside dans le fait de faire travailler ensemble l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires afin qu'il y ait un paiement commun à l'arrivée.

C'est pour cela que c'est la dernière étape de la généralisation à l'ensemble des Français. Dans le projet de loi, il y a des étapes intermédiaires qui concernent des personnes prises en charge soit par un petit nombre d'organismes complémentaires, bénéficiaires de l'ACS, soit prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, les personnes en affection de longue durée.

Votre proposition, monsieur le député, n'est pas une position de repli car le jour où l'on sera capable de faire ce que vous proposez, on sera capable de tout faire !

(Les amendements identiques n° 994 et 1542 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1345.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1345, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 827.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Amendement de précision.

(L'amendement n° 827, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1347.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1347, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 828.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 828, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1037.

M. Dominique Tian. Madame la ministre, madame la rapporteure, quand on ne sait pas résoudre un problème, on demande un rapport ! Cela étant, Valérie Boyer et Élie Aboud suivront de près ce rapport pour connaître les difficultés de la mise en œuvre du tiers payant.

La mise en œuvre du tiers payant sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et celle prise en charge par l'assurance complémentaire doit se faire sans accroître la charge administrative des professionnels de santé.

On connaît la grande complexité de l'architecture de notre système de santé, et Mme la ministre l'a rappelé, avec les régimes obligatoires et les complémentaires. C'est pourquoi les médecins sont contre la généralisation du tiers payant. Bref, ce rapport de plus nous permettra d'en savoir un peu plus parce que nous nous engageons là sur les chemins mystérieux d'une aventure très électorale, comme l'a dit Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Que de bonnes références ! *(Sourires.)*

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. En réalité, monsieur le député, vous ne demandez pas un rapport de plus : vous vous opposez à une transmission conjointe d'un rapport de l'assurance maladie et des complémentaires sur la mise en œuvre du tiers payant, puisque votre amendement veut supprimer le mot « conjointement ».

Or les médecins demandent justement à n'avoir qu'un seul interlocuteur et à n'être pas confrontés à des dispositifs de tiers payant disparates. Il est donc pour le moins logique de demander une transmission conjointe, et que les organismes travaillent ensemble à proposer des solutions en ce sens. Il faut un travail conjoint pour mettre en place une solution technique simple, demandée par les professionnels, qui évite d'avoir un trop grand nombre d'interlocuteurs. C'est la raison pour laquelle la commission a repoussé votre amendement.

(L'amendement n° 1037, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, pour soutenir l'amendement n° 830.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 830, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1038.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(L'amendement n° 1038, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 829.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement tend à substituer, à la quatrième phrase de l'alinéa 4, au mot : « les », les mots : « et évaluer la faisabilité opérationnelle et financière des ».

En effet, bien que l'amendement adopté en commission réponde déjà à bon nombre des inquiétudes qui s'expriment à propos de l'article 18, ce complément viendrait utilement souligner que les choix se feront évidemment en tenant compte de la faisabilité technique, mais aussi des coûts que pourraient engendrer les diverses solutions. Je vous propose donc de le préciser. Nous répondrons ainsi encore mieux aux questions bien légitimes qui nous ont été adressées quant aux modalités qui seront finalement retenues.

(L'amendement n° 829, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1348.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1348, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fernand Siré, pour soutenir l'amendement n° 1349.

M. Fernand Siré. Il est défendu.

(L'amendement n° 1349, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi des amendements de précision n°s 831, 832 et de l'amendement rédactionnel n° 833 de Mme la rapporteure.

(Les amendements n°s 831, 832 et 833, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 1067.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement vise à clarifier le champ d'application de l'obligation de tiers payant dans les établissements de santé. En conformité avec les pratiques actuelles, il précise que cette obligation s'applique aussi bien aux prestations d'hospitalisation qu'aux actes et consultations externes.

(L'amendement n° 1067, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Julien Aubert, pour soutenir l'amendement n° 71.

M. Julien Aubert. Madame la ministre, vous expliquiez tout à l'heure que le tiers payant était comme une sorte de révolution dans l'organisation administrative. Or, ce que je

vous reproche, c'est de mettre la charrue avant les bœufs : tant que perdure cet écosystème d'organismes multiples, qui a un coût bureaucratique, votre système de tiers payant ne pourra pas fonctionner sans diminuer la rémunération des médecins français – laquelle se situe déjà, je le rappelle, à l'avant-dernière place d'un classement de l'OCDE –, ce qui pose tout de même la question du coût réel de la santé.

L'amendement n°71 tend à créer une caisse pivot qui serait l'interlocuteur financier principal des centres de santé, afin de faciliter leur gestion et de diminuer leurs frais de gestion. Nous nous situons ici dans le droit fil des recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales – l'IGAS –, avec une analyse technique réalisée en amont. Cette proposition participe d'une réorganisation visant à abaisser le coût général de la bureaucratisation rampante de la fonction médicale.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a émis un avis défavorable. Vous proposez – pour simplifier, dites-vous, la gestion administrative des centres –, la création d'un système de caisse pivot. Plusieurs objections ont été indiquées par le Gouvernement à l'Inspection générale des affaires sociales à la suite de son rapport de 2013.

La proposition formulée nécessiterait en effet d'abandonner le système actuel de facturation pour mettre en place un système de facturation directe entre les centres et l'assurance maladie. Or, la migration d'un système à un autre serait très coûteuse, sans proportion avec les avantages qui pourraient en être attendus. Je suis du reste surprise que ces propositions puissent être reprises, car je vous ai souvent entendu contester le coût d'un tel dispositif et il y a ici un coût dont on ne voit pas à quels avantages réels il pourrait correspondre.

(L'amendement n° 71, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 834.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement tire les conséquences, dans le code rural et de la pêche maritime, des modifications que nous avons apportées à l'article L. 133-4 du code de la Sécurité sociale par les alinéas 12 à 14 de l'article 18.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je remercie la rapporteure pour sa vigilance. Avis favorable.

(L'amendement n° 834 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 719 et 1039.

La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 719.

M. Élie Aboud. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1039.

M. Dominique Tian. Il est retiré.

(L'amendement n° 1039 est retiré.)

(L'amendement n° 719, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1041.

M. Dominique Tian. Cet amendement, auquel j'associe Mme Boyer et M. Accoyer, est défendu. Il a pour objet de compléter l'alinéa 37 par les mots : « et lorsque le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement le propose, sur les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu à l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 » – ce qui doit évoquer quelque chose à toutes les personnes présentes dans cet hémicycle.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur le député, après avoir défendu des amendements visant à limiter la généralisation du tiers payant, vous proposez cette fois d'en étendre la portée en prévoyant que les contrats responsables doivent garantir le tiers payant pour l'ensemble des dépassements d'honoraires des médecins en contrat d'accès aux soins. La rédaction actuelle de l'alinéa 37 ne l'interdit pas, car elle prévoit le tiers payant pour les garanties au moins à la hauteur des tarifs de responsabilité, ce qui n'interdit pas d'aller au-delà. Du reste, de nombreux organismes complémentaires sont, bien sûr, désireux de le faire. Cette précision n'est donc pas opportune. Avis défavorable, donc.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Comment dire mieux ? Monsieur le député, vous proposez d'aller plus vite, tout de suite. Je souhaiterais pouvoir vous suivre ou, du moins, je partage votre objectif et je souhaite qu'à terme, le système de tiers payant qui sera mis en place permette au médecin de voir très simplement et tout de suite si le contrat complémentaire couvre une partie des dépassements d'honoraires, de telle sorte que le patient n'ait à payer que la partie des dépassements qui ne serait pas couverte par le contrat complémentaire – ce qui suppose un peu de travail technique.

M. Dominique Tian. Ça, c'est sûr !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je donne donc un avis défavorable, parce que je suis pragmatique, réaliste, soucieuse des conditions techniques dans lesquelles travaillent les professionnels de santé et cohérente avec moi-même, c'est-à-dire que je vais progressivement. L'étape que vous proposez viendra après.

M. Julien Aubert. Il y a donc un plan caché ! *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Dominique Tian. Un plan B !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Monsieur Tian se soviétise !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous voulez tout renverser et commencer par ce qui n'est pas faisable. Avis défavorable, donc.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, je vais vous faire un compliment : alors que vous rédigez des textes qui vont contre l'intérêt des médecins, certains amendements vous donnent l'occasion de leur faire de la calinothérapie. Ils veulent des actes, et non pas des paroles.

(L'amendement n° 1041 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 1069.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il s'agit d'un amendement de conséquence.

(L'amendement n° 1069, accepté par le Gouvernement, est adopté et l'amendement n° 364 rectifié tombe.)

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure, pour soutenir l'amendement n° 839.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'article 18 prévoit que l'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Il convient de formaliser la contribution d'un comité de pilotage, dans le but d'évaluer le déploiement et l'application du tiers payant, de mieux identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et de formuler, le cas échéant, des préconisations d'amélioration.

Cette instance collégiale, dont la composition sera précisée par décret, permettra de réunir l'ensemble des acteurs concernés, notamment les représentants des professionnels de santé, utilisateurs des outils de tiers payant. Sa contribution permettra, je le souhaite, à l'assurance maladie de mieux assumer sa mission générale de pilotage. L'association des utilisateurs du tiers payant constituera en outre une garantie d'appropriation du dispositif.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. La mise en place du tiers payant est un projet ambitieux et le fait de disposer d'une structure de pilotage associant l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les usagers et l'ensemble des professionnels, me semble un élément positif. En outre, faire la transparence sur le déploiement du tiers payant est un gage de qualité, d'appropriation et, au fond, de disponibilité de chacun. Donc, avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Julien Aubert.

M. Julien Aubert. Tout cela est un peu contradictoire avec les argumentations avancées lorsque j'ai proposé un interlocuteur unique, en démontrant que cette profusion d'organismes nécessitait une réorganisation. Pour l'heure, nous n'avons encore entendu strictement aucune proposition de la part du Gouvernement pour revoir le mode d'organisation de ces organismes afin de simplifier la tâche des médecins. Il a en effet beaucoup été question des objectifs – inatteignables –, mais pas du tout des moyens.

Vous nous proposez ici un prétendu comité de pilotage : c'est mieux que rien, mais il ne s'agit pas d'un comité de pilotage – au mieux, d'une instance de concertation qui permettra un tour de table avec 30 ou 40 personnes. Or, on ne pilote jamais avec 30 ou 40 personnes dans un cockpit ! *(Murmures sur divers bancs.)* Il s'agit là d'une hydre. Ainsi, qui parlera au nom des usagers du système de santé ? Tout cela est très flou.

C'est au demeurant la seule fois, dans le cadre de cet article 18, que vous proposez une solution un peu concrète pour la gestion du tiers payant sans provoquer un surcroît de bureaucratie. Vous reconnaissez dans l'exposé sommaire de votre amendement qu'il y aura des problèmes et qu'il faut superviser le dispositif. J'aurais préféré qu'on ne mette pas la charrue avant les bœufs et qu'on commence plutôt par voir comment généraliser le tiers payant sans problème et simplifier l'architecture, avant de penser à atteindre cet objectif. Vous avancez, mais je crains que ce ne soit dans le mur.

M. le président. Sur l'article 18, je suis saisi par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire et par le groupe de l'Union des démocrates et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je partage pleinement le point de vue de M. Aubert. En effet, un comité de pilotage de 40 personnes pourrait – sans qu'il soit besoin de recourir à l'image du cockpit ! –, se révéler un peu compliqué. Madame la ministre, entre les problèmes des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail – CARSAT – et ceux du Régime social des indépendants – RSI –, qui deviennent catastrophiques pour l'ensemble des assurés, je ne suis pas pleinement rassuré, et les médecins non plus, par l'évolution du dispositif.

Ainsi, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille était sûrement très bien pilotée, mais elle présente tout de même un milliard d'euros de dettes. Mieux vaudrait, pour commencer, laisser l'assurance maladie et les professionnels de santé s'occuper de la généralisation du système, avant d'y intégrer les ayants droit ou les associations d'usagers.

Les associations d'usagers, c'est très bien, mais vous en avez cité une dont vous connaissiez à peine le nom et que personne ne connaît, et qui se plaint que le remboursement ne soit pas de 100 % pour les affections de longue durée – ce qui est une erreur technique complète, car le traitement de ces affections est remboursé à 100 %. C'est donc à tort que cette association inconnue, dont nul ne sait qui elle représente, dénonce un refus de soins. Je le répète : ce ne serait déjà pas mal de se contenter de confier le pilotage du système aux professionnels de santé et à la Sécurité sociale.

(L'amendement n° 839 est adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, je vous demande de regagner vos places. Il reste un peu de temps avant que nous ne puissions de procéder au scrutin public, dans la mesure où j'en ai reçu la demande juste avant que M. Tian ne s'exprime.

Je note que les responsables de groupes – Mme Pinville, MM. Richard et Aboud – sont d'accord pour que nous procédions au scrutin. Je mets donc aux voix l'article 18, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	35
Nombre de suffrages exprimés	35
Majorité absolue	18
Pour l'adoption	23
contre	12

(L'article 18, amendé, est adopté.) (Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

Après l'article 18

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 457.

M. Gilles Lurton. En 2014, nous avons autorisé le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance pour modifier les conditions d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Je rappelle que cette loi vise à ce que tous les lieux, privés ou publics, soient rendus accessibles en toute autonomie aux personnes à mobilité réduite.

Or l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014, prise par le Gouvernement, institue une dérogation pour les cabinets médicaux situés au sein de copropriétés. En effet, si un syndicat de copropriétaires refuse qu'un cabinet médical – ou autre bureau où s'exerce une activité libérale – fasse l'objet des aménagements nécessaires pour devenir accessible, le médecin ou autre professionnel libéral qui y travaille ne peut pas effectuer les travaux correspondants.

Cet amendement vise à supprimer le sixième alinéa de l'article L. 111-7-3 du code de la construction et de l'habitation, afin que les cabinets médicaux situés dans des copropriétés puissent effectuer les travaux d'accessibilité nécessaires pour que les personnes à mobilité réduite puissent y accéder en toute autonomie. Cela me paraît essentiel dans la mesure où ils sont appelés à recevoir souvent des personnes à mobilité réduite.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, monsieur le député, mais je souhaite vous donner quelques éléments d'explication. Vous avez raison de le souligner, une dérogation à l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments est accordée pour les établissements recevant du public situés dans les immeubles collectifs à usage principal d'habitation existants à la date de publication de l'ordonnance du 26 septembre 2014 lorsque les copropriétaires refusent les travaux de mise en accessibilité. Je souligne que cette dérogation ne s'applique qu'au parc existant et non aux constructions nouvelles.

Votre amendement propose de supprimer complètement cette dérogation. Tel que rédigé, il aboutirait à ce que soient visés tous les établissements recevant du public, y compris ceux dénués de tout caractère médical, ce qui est beaucoup trop large. C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons y souscrire : la commission a donc repoussé cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Dino Cinieri.

M. Dino Cinieri. Un mot de l'amendement de notre collègue Gilles Lurton. Nous savons tous ce que signifie établissement recevant du public : une commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité en visite les locaux ! Lorsqu'un cabinet médical est situé dans une copropriété, et même si les travaux d'accessibilité sont soumis à l'avis de l'ensemble des copropriétaires, il me semble essentiel que les personnes handicapées, notamment celles se déplaçant en fauteuil, puissent y accéder. On doit leur faciliter cette accessibilité.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Une précision, madame la rapporteure : si j'ai bien compris votre réponse, l'adoption de mon amendement aurait pour conséquence d'élargir au-delà des cabinets médicaux la nécessité de réaliser les travaux d'accessibilité. Or je trouverais tout à fait normal qu'un cabinet d'avocats, un office notarial, ou quelque autre cabinet de professionnels libéraux, doivent être accessibles. On oblige bien tous les commerçants à garantir cette accessibilité : tous les commerces doivent être rendus accessibles. Je ne comprendrais pas qu'on ne puisse pas atteindre cet objectif de mise en accessibilité pour tout cabinet recevant du public.

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je vous comprends, monsieur le député, mais je vous invite à poursuivre ce débat dans le cadre de la ratification de l'ordonnance, pas dans celui du projet de loi que nous examinons.

(L'amendement n° 457 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Massonneau, pour soutenir l'amendement n° 1811.

Mme Véronique Massonneau. Aujourd'hui, une dérogation à l'obligation de mise aux normes des bâtiments accueillant du public existe pour les locaux situés dans des immeubles d'habitation. Afin de garantir l'accès aux soins pour tous, cet amendement vise à supprimer cette dérogation pour les cabinets médicaux installés dans de tels immeubles. Cet amendement est assez proche de celui défendu par M. Lurton.

J'ai bien entendu les arguments de la rapporteure lors de l'examen du texte en commission. Je perçois bien que cette mise aux normes obligatoire serait contraignante, notamment d'un point de vue financier, comme le sont d'ailleurs les mises aux normes en matière de sécurité. J'ai conscience de la difficulté de son application sur notre territoire à un moment où les médecins se font parfois déjà rares. Mais doit-on, pour cette raison, accepter que les personnes en situation de handicap ne bénéficient pas du même accès aux soins que les autres Français ?

Si ma proposition ne convient ni à la rapporteure ni au Gouvernement, et qu'ils la jugent inappropriée dans le cadre du présent projet de loi, que proposent-ils pour mettre fin à cette inégalité indigne de notre pays ?

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Madame la députée, je ne conteste pas qu'il y ait un problème et je vous remercie, comme je remercie M. le député Lurton, de le soulever, car c'est une difficulté rencontrée par beaucoup de nos concitoyens et que nous ne pouvons négliger. Pour autant, je ne

crois pas que nous puissions la résoudre dans ce texte. L'ordonnance devra être ratifiée par notre assemblée : le débat devra donc avoir lieu au moment de l'examen du projet de loi de ratification.

Mais ne pensez pas que la rapporteure que je suis néglige le problème que vous soulevez. J'ai d'ailleurs apprécié le ton avec lequel la question a été posée, en commission tout autant qu'en séance publique. Je crois que nous sommes effectivement très nombreux à souhaiter qu'il puisse être pris en considération, en même temps que les difficultés soulevées par sa solution. L'avis de la commission est donc défavorable, car le moment n'est pas opportun. Attendons plutôt le débat qui aura lieu lors de la ratification.

M. Dino Cinieri. Quand ?

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable également.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Massonneau.

Mme Véronique Massonneau. J'ai bien entendu votre réponse, madame la rapporteure, mais, dans le cadre de l'examen du projet de loi de ratification, sera-t-il possible d'amender le projet d'ordonnance ?

M. le président. La parole est à Mme Bernadette Laclais, rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Oui, madame la députée.

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

M. Dominique Tian. Je soutiens Mme la rapporteure. Il faut être logique. Regardez bien de quoi nous parlons : d'immeubles d'habitation où exercent des médecins et où le syndicat des copropriétaires refuse les travaux d'accessibilité. Que peut-on faire en pareil cas ? Il y a quand même une impossibilité matérielle. Il ne faut pas toujours s'en prendre aux médecins. Ceux d'entre eux qui sont concernés font tout ce qu'ils peuvent. Mme la rapporteure a raison de demander un peu de souplesse dans l'application du dispositif.

Nous avons déjà, vraiment, beaucoup de soucis avec les cabinets médicaux. Quand ils sont installés dans des immeubles collectifs à usage principal d'habitation, qu'ils remplissent leur rôle, mais qu'ils se trouvent dans l'incapacité matérielle de se mettre aux normes, que voulez-vous, madame Massonneau ? Que nous les fermions ? Auquel cas ne parlez plus de déserts médicaux ! Souvent, les cabinets concernés sont installés dans des groupes d'immeubles HLM construits il y a des années, dans des zones plutôt précaires ou en centre-ville, comme à Marseille, ville que je connais bien, où on en trouve dans des immeubles qui, oui, ne sont pas au « top niveau ». Mais enfin on ne va pas les fermer !

Mme Véronique Massonneau. Ce n'est pas ce que je demande.

M. Dominique Tian. Ils se heurtent à une impossibilité matérielle. Un peu de souplesse !

Nous sommes conscients de ce problème. En outre, il n'est pas très aimable à l'égard des médecins d'écrire dans l'exposé sommaire de votre amendement qu'il est inadmissible que

soit ainsi refusé « l'accès à la plupart des cabinets médicaux ». Mais ce n'est pas le cas ! Seule une infime minorité des cabinets médicaux rencontre cette difficulté. Il s'agit souvent de médecins relativement âgés et proches de la retraite. Un peu d'humanité à l'égard de ces médecins dont la tâche n'est pas très facile !

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Pour aller dans le sens de cet amendement, dont nous partageons l'esprit, il faudrait peut-être distinguer entre les cabinets médicaux déjà installés et les autres. Je reprends l'argument des cabinets installés dans les zones franches, en plein cœur de ville, dans un souci de démographie médicale. Peut-être faudrait-il rendre obligatoire l'accessibilité pour les nouveaux cabinets, de façon à inciter les médecins à un choix judicieux ou à une discussion sur le sujet avec la copropriété concernée ? C'est ainsi que nous pourrions, madame Massonneau, répondre à vos préoccupations.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour une intervention brève, je l'en remercie.

M. Gilles Lurton. Une précision : sans vouloir contredire mon ami Dominique Tian, je ne pense pas qu'il s'agisse d'une impossibilité matérielle de réaliser les travaux, mais d'une impossibilité de droit parce que la copropriété ne donne pas son accord pour réaliser les travaux. Et en l'absence de cet accord, le médecin ne peut pas les diligenter, même si cela est possible sur le plan matériel.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, puis nous procéderons au vote.

Mme Dominique Orliac. Il est impératif que tous les cabinets médicaux soient accessibles. C'est une question de justice et il ne doit pas être possible d'y déroger. Beaucoup de médecins m'ont néanmoins interrogée. Car ces médecins, qui font de la médecine, ne savent pas toujours comment s'y prendre pour réaliser ces travaux. Je crois savoir qu'à certains endroits, des organismes et des collectivités les accompagnent pour essayer de mettre en place cette accessibilité. Cet accompagnement me paraît important afin d'atteindre l'objectif, car il ne s'agit bien évidemment pas de leur part d'une volonté de ne pas réaliser les travaux nécessaires.

Il faut souligner également le travail réalisé par les collectivités, notamment par les conseils départementaux, par l'État, et par les agences régionales de santé pour créer des maisons de santé pluridisciplinaires, des pôles de santé et des maisons médicales, ce qui permet de disposer de locaux neufs et adaptés, qui répondent aux priorités actuelles d'accessibilité.

(L'amendement n° 1811 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 1731.

M. Arnaud Richard. Dans la mesure où je ne défendrai pas l'amendement n° 1730 qui vient ensuite, je vous remercie, monsieur le président, de m'autoriser à dépasser mon temps de parole fixé à deux minutes. Dans la mesure où le tiers payant serait définitivement adopté, comme il vient de l'être ici il y a quelques instants, nous vous proposons, avec Jean-Christophe Fromantin, par cet amendement, de systématiser le recours à la délégation de gestion.

Je m'explique : l'État souhaite généraliser le tiers payant. Il nous semble qu'il doit prendre ses responsabilités. Ce n'est pas aux médecins, qui sont là pour soigner et non pour jouer le rôle d'opérateurs administratifs pour le compte de l'assurance maladie ou des assurances complémentaires, d'en supporter les conséquences. La généralisation du tiers payant doit aller de pair avec la mise en place de la délégation de gestion, pour l'assurance maladie comme pour les assurances complémentaires. Le processus de généralisation du tiers payant va être extrêmement sourd, et je crois que nos compatriotes ne le comprennent pas bien. On parle d'un côté de bureaucratisation, d'étatisation, de fonctionnarisation des médecins, et, de l'autre, de privatisation de la santé : ils se demandent ce qui se passe, puisqu'ils entendent tout et son contraire.

Avec les réseaux de soins, les médecins vont être des fonctionnaires des réseaux de soins des mutuelles avec deux clients, l'assurance-maladie et les assurances complémentaires. Cela n'est pas pour demain et on restera bien soigné dans notre pays pendant encore de nombreuses années, mais ce phénomène est en marche. Ce qui m'inquiète le plus, c'est l'habileté de la ministre, laquelle se révèle chaque jour, notamment avec le calendrier qu'elle nous propose. La majorité de demain ne pourra malheureusement, et je m'en attriste, faire autre chose que de continuer dans cette voie.

M. Dominique Tian. Ça...

M. Arnaud Richard. Nous proposons que l'État prenne ses responsabilités avec cette délégation de gestion des contraintes liées à la généralisation du tiers payant.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable, pour deux raisons.

Vous proposez une nouvelle rédaction d'un article du code de la Sécurité sociale, l'article L 161-36-2, qui prévoit déjà la délégation de gestion. Cela ne me paraît donc pas utile.

Par ailleurs, je vous le dis avec le sourire, je sais que vous êtes attaché à la parité mais vous parlez des organismes d'assurance maladie dans la première phrase en prévoyant dans la seconde « qu'elles » sont responsables du versement de la part prise en charge par l'organisme. Il y a une incohérence grammaticale.

M. Arnaud Richard. Si c'est votre seule réponse je suis un peu déçu, mais c'est vrai.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne sais pas, monsieur le député, si je dois vous remercier de l'hommage sulfureux que vous rendez à mon habileté mais avouez que, dès lors que le Gouvernement met en place le tiers payant, il est souhaitable que le processus s'engage. La généralisation progressive est aussi une manière d'apporter des garanties à la fois à nos concitoyens et aux professionnels.

Vous proposez une architecture pour favoriser le paiement unique aux professionnels, sous l'égide de l'assurance maladie. J'ai déjà eu l'occasion d'expliquer clairement que je souhaitais qu'il y ait une gouvernance coordonnée et que l'assurance maladie, d'un côté, et les organismes complémentaires, de l'autre, proposent ensemble une organisation

technique garantissant le paiement unique aux professionnels de santé. Cette proposition doit être faite avant le 31 octobre 2015.

C'est à partir de là que le dispositif concret pourra se mettre en œuvre, et je ne préjuge pas les solutions techniques et opérationnelles qui seront alors présentées. Je suis donc, à ce stade, défavorable à votre amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. C'est un sujet important parce que l'un des problèmes majeurs, madame la ministre, sera de réunir à la fois l'assurance maladie en tant que pilote et, derrière, les nombreuses caisses mutuelles, qui n'y sont d'ailleurs pas tout à fait favorables. Vous savez comme moi que le secteur mutualiste rouspète car il en a assez d'être payeur aveugle et veut payer en connaissance de cause. Il sera donc difficile de relier l'ensemble mutualiste et les caisses d'assurance maladie. Nous ne savons pas qui pilotera ce système du tiers payant généralisé. Moi, j'ai des doutes.

En Australie, puisque l'on cite souvent ce pays dans d'autres domaines, les caisses, ne pouvant pas prendre en charge ce système de remboursement, ont été obligées de se diriger vers le secteur privé. Peut-être serez-vous obligés à un moment ou un autre de confier le pilotage de ce tiers payant à des organismes extérieurs. Ce sera une autre histoire.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je vous remercie, madame la rapporteure, pour votre réponse au fond, ainsi que pour votre observation sur la syntaxe de l'amendement.

Loin de moi, madame la ministre, l'idée de penser que votre habileté politique serait sulfureuse, ce qui voudrait dire qu'elle est infernale. C'est le processus dans lequel nous nous engageons qui est infernal. Je ne mets pas en cause votre engagement politique mais vous faites preuve d'une véritable habileté, c'est indéniable, qui nous entraîne dans un processus infernal.

Vous me répondez que vous n'êtes pas, à ce stade, favorable à cet amendement. C'est donc très certainement en ce sens que nous allons œuvrer, vous peut-être dans ce gouvernement, avec cette majorité, puisque le tiers payant étant maintenant généralisé, avec le calendrier qui est le sien, on ira jusqu'au bout de la démarche, et que je ne vois pas comment nous pourrions revenir sur le processus après 2017. Je vous remercie donc de l'hommage que vous rendez à cet amendement qui n'est pas à l'ordre du jour, mais dont le jour viendra.

(L'amendement n° 1731 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 1730.

M. Arnaud Richard. Il est retiré.

(L'amendement n° 1730 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Massonneau, pour soutenir l'amendement n° 1819.

Mme Véronique Massonneau. Le montant de l'allocation aux adultes handicapés, l'AAH, comme celui de nombreuses autres allocations, est calculé en tenant compte des revenus

du conjoint. Les personnes en situation de handicap sont bien souvent dépendantes de leur entourage du fait même de ce handicap.

Il nous paraît inopportun de conforter cet état de dépendance par un tel dispositif de calcul d'aide sociale, que l'amendement vise à supprimer. Nous demandons en fait la « déconjugalisation » du calcul de l'AAH.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a repoussé votre proposition, madame la députée. Je la comprends comme une volonté d'augmenter les montants versés au titre de l'AAH. Néanmoins, j'appelle votre attention sur le fait que, si nous pouvons examiner votre amendement, c'est parce qu'il n'a pas été exclu au motif qu'il créait une charge, ce qui doit sans doute nous inviter à étudier soigneusement quels en sont les effets véritables.

Les grilles, définies par décret, qui fixent le montant de l'AAH en prenant en compte les ressources du conjoint, sont en effet établies de telle sorte que, si les ressources du conjoint n'étaient plus prises en compte, les changements de catégorie seraient parfois favorables et parfois défavorables selon les cas, et cela entraînerait sans doute de nombreux changements de situation, ce qui ne nous paraît pas justifié.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, pour les mêmes raisons.

Les revenus du conjoint sont pris en compte pour toutes les prestations qui sont versées, il n'y aurait pas de raison qu'il y ait une dérogation particulière dans le cas présent.

J'appelle votre attention, madame la députée, sur le fait qu'un décret publié le week-end dernier porte la durée de service de l'AAH à cinq ans, contre deux ans normalement, pour les handicaps sévères. C'est une mesure importante qui vise précisément à stabiliser et à garantir les revenus des personnes dont la situation est la plus difficile au regard du handicap.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Pour ce qui me concerne, je suis assez favorable à l'amendement de Mme Massonneau.

Nous avons tous rencontré dans nos permanences des personnes pour lesquelles il y a eu une erreur de calcul dans le montant de leur retraite. Cette erreur de calcul est souvent rattrapée l'année suivante. L'année d'après, elles s'aperçoivent que l'AAH de leur conjoint a diminué parce que leurs revenus ont augmenté par simple rattrapage de ce qu'elles auraient dû percevoir deux ans avant. Il y a quelque chose qui n'est pas normal.

M. Gérard Sebaoun et M. Denys Robiliard. Il a raison !

(L'amendement n° 1819 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Massonneau, pour soutenir l'amendement n° 1910.

Mme Véronique Massonneau. Les centres de santé sont des acteurs essentiels de l'accès aux soins. La majorité d'entre eux appliquent déjà le tiers payant, en cohérence avec leur mission de justice sociale. Mon amendement propose que ces centres de santé puissent bénéficier d'un système de tiers

payant aussi simple que celui qui est mis en place pour les généralistes. Ce projet de loi garantit aux professionnels de santé que le système sera simple et le remboursement rapide. Les centres de soins veulent tout simplement qu'il en soit de même pour eux.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Votre amendement est d'ores et déjà satisfait, madame la députée. Vous proposez de mentionner les centres de santé dans l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale à l'alinéa relatif à la prise en charge du tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-C. Or ces centres bénéficient bien de la procédure de tiers payant coordonné.

Je vous invite donc à retirer votre amendement. Sinon, j'y serai défavorable.

(L'amendement n° 1910, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumeegas, pour soutenir l'amendement n° 1857.

M. Jean-Louis Roumeegas. Cet amendement tend à rendre obligatoire d'informer les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-c deux mois avant l'expiration de leurs droits. Il est fondé sur un rapport, précédé par une enquête de terrain, de notre collègue sénatrice Aline Archimbaud, qui a montré les difficultés des bénéficiaires de la CMU et de la CMU-c d'abord à obtenir et à remplir les dossiers.

Je voudrais en effet tordre le cou à cette idée véhiculée par certains qu'il y a une espèce de comptoir ouvert grâce auquel n'importe qui pourrait bénéficier très facilement de la couverture maladie universelle, ce qui n'est pas le cas. Il faut remplir un dossier très lourd et recommencer tous les ans. Il y a d'ailleurs de ce fait un assez grand nombre de gens qui ne demandent pas à en bénéficier. Pour eux, comme pour ceux qui en perdent le bénéfice, il y a notamment un problème d'information.

L'une des préconisations du rapport Archimbaud était donc qu'il fallait informer systématiquement les bénéficiaires de la nécessité de déposer à nouveau leur dossier deux mois avant l'expiration des droits. Il s'agit souvent de personnes isolées, parfois de personnes âgées, qui oublient ces obligations administratives. Cela me paraît donc très utile.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Comme je vous l'ai expliqué en commission, monsieur le député, votre demande est en pratique déjà satisfaite puisqu'un courrier informant le bénéficiaire de l'expiration prochaine de ses droits est envoyé par les caisses, qui leur fait part d'ailleurs des démarches à accomplir pour le renouvellement de ces droits.

Cette procédure est d'ailleurs rappelée dans le guide des procédures CMU-c, qui est disponible sur le site du fonds CMU.

Je vous confirme donc que la commission est défavorable à votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. C'est la pratique courante, mon cher collègue. Nous avons parlé de déresponsabilisation, nous atteignons un seuil supérieur, c'est de l'infantilisation. Un assuré social qui bénéficie de ces prestations est toujours informé et je ne vois pas pourquoi il faudrait ajouter une couche administrative de plus pour lui dire ce qu'il doit faire. C'est tout de même un peu trop déresponsabilisant.

(L'amendement n° 1857 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 113 rectifié et 947 rectifié.

La parole est à M. Élie Aboud, pour soutenir l'amendement n° 113 rectifié.

M. Élie Aboud. Cet amendement prévoit la prise en charge obligatoire des dépassements d'honoraires des médecins ayant signé le contrat d'accès aux soins afin de favoriser l'accès aux soins des patients aux tarifs opposables.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 947 rectifié.

M. Jean-Pierre Door. C'est un sujet important. À l'époque, madame la ministre, j'étais partisan du secteur optionnel auquel vous étiez opposée. Finalement, vous avez réussi, je crois que vous en êtes fière et vous avez raison, à ce que soit signé un avenant n° 8 à la convention nationale, qui prévoit la prise en charge obligatoire des dépassements d'honoraires, ce qu'on appelle le contrat d'accès aux soins, ce qui a d'ailleurs été validé par le Conseil d'État en 2012. Tout le monde était satisfait. Il y a aujourd'hui, je pense, plus de 12 000 médecins en secteur 1, qui ont signé ce contrat d'accès aux soins.

Comme l'UNOCAM s'y était engagé, il faudrait que cet avenant n° 8 soit respecté, les dépassements étant bien entendu limités en quantité et en pourcentage.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable. Le quatrième alinéa de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale prévoit que les contrats responsables fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes de médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins instauré par la convention nationale de ceux qui n'y adhèrent pas. Cette question relève de la liberté de négociation entre les professionnels et les assurances maladies, et j'y suis assez attachée.

(Les amendements identiques n° 113 rectifié et 947 rectifié, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 1165.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit d'un amendement proposé à l'initiative de Mme Huguette Bello et de nos collègues ultramarins pour garantir l'accès aux soins, notamment dans les régions d'outre-mer. Elle se félicite de la généralisation progressive du tiers payant, mais souligne que l'on ne doit pas occulter le fait que des millions de personnes demeurent sans couverture complémentaire. Faute de moyens, ces assurés renoncent à souscrire à une mutuelle et, par la suite, à recourir aux soins dont ils ont besoin. Il est à craindre que le tiers payant ne résolve pas la situation, puisque la part complémentaire continuera de rester à leur charge.

Pour les assurés des régions d'outre-mer qui ne sont pas couverts par une mutuelle, la situation est encore plus difficile, puisque le tarif des consultations y est plus élevé. Je découvre ainsi – je l'ignorais – qu'il est de 27,60 euros à la Réunion contre 23 euros dans l'Hexagone, tandis que le taux de remboursement est identique. Par conséquent, en l'absence de complémentaire, le reste à charge pour l'assuré ultramarin est plus élevé – 9,28 euros à la Réunion contre 7,90 euros en métropole. C'est pour ces raisons qu'il est demandé dans le présent amendement que, dans les douze mois qui suivent la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant les modalités de mise en œuvre et les coûts d'une mesure permettant aux assurés sans mutuelle de bénéficier d'une couverture complémentaire.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a repoussé cet amendement.

(L'amendement n° 1165, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 1371.

Mme Jacqueline Fraysse. Je regrette pour Mme Bello et mes collègues que notre rapporteure et notre ministre ne nous disent pas davantage que « L'amendement est repoussé » ...

M. Dominique Tian. Je suis d'accord. C'est sulfureux !

Mme Jacqueline Fraysse. ...car c'est un sujet important. Je demande, dans cet amendement, un rapport sur la possibilité pour l'assurance maladie de proposer également une assurance complémentaire. Je l'avais déjà déposé dans le cadre du PLFSS pour 2015 et je risque de le déposer de nouveau cette année, si nous n'obtenons pas satisfaction. À l'époque, Mme la ministre de la santé avait donné un avis défavorable, en expliquant qu'un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie envisageait déjà cette possibilité. De fait, il l'évoque, mais de façon très succincte, en s'en tenant au seul exemple très spécifique du régime d'Alsace-Moselle.

Je souhaite rappeler rapidement les avantages d'une assurance complémentaire proposée par l'assurance maladie. Elle est universelle, plus égalitaire et moins onéreuse, puisque les frais de gestion de l'assurance maladie sont quatre à cinq fois moindres que ceux des organismes complémentaires privés. Cela orienterait donc à la baisse l'ensemble des tarifs des autres complémentaires. De plus, en intégrant à ce système un montant de cotisations modulables, en fonction des revenus, il remplacerait les différents systèmes mis en place pour atténuer les effets de seuil de la sortie de la CMU.

Ce système pourrait être en partie financé par une réorientation des sommes actuellement versées aux organismes complémentaires privés pour les inciter à être plus solidaires. Le montant de ces sommes est estimé entre 6,3 et 6,8 milliards d'euros par an. Enfin, un tel système avec un financeur unique faciliterait la mise en œuvre du tiers payant intégral. Telles sont les raisons pour lesquelles j'ai déposé cet amendement auquel je tiens et que je souhaite voir étudié, parce qu'il n'aurait que des avantages pour la collectivité et pour l'ensemble des professionnels et des usagers de la santé.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable. Je reconnais votre constance, madame Fraysse, dans cette proposition qui est d'ailleurs portée par d'autres personnalités du monde des experts de la santé. Une réorganisation de la prise en charge par les organismes complémentaires est en cours avec la redéfinition des contrats responsables et solidaires ; l'appel d'offres sur les contrats pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, qui doit permettre une meilleure prise en charge de ces personnes ; enfin, la diffusion et la généralisation des complémentaires santé en entreprise. Toute une série d'actions sont lancées dans ce sens. Ce que vous proposez, c'est un *big bang*.

Mme Jacqueline Fraysse. Mais non !

Mme Marisol Touraine, ministre. Si, c'est un *big bang* ! Intégrer une complémentaire santé à l'assurance maladie obligatoire, cela transformerait complètement le paysage. J'entends votre position et, ne vous méprenez pas, je la trouve extrêmement intéressante. Mais nous nous inscrivons déjà dans un processus et nous disposons, me semble-t-il, des éléments pour nous prononcer le jour venu, si certains le souhaitent. Je ne suis donc pas certaine qu'un rapport de plus soit utile. J'entends votre constance, mais si je reconnais l'intérêt de votre position, je ne crois pas que nous ayons besoin de nouveaux rapports sur ce sujet.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je suis très inquiet, parce que je suis d'accord avec la ministre !

M. Paul Giacobbi. Tout arrive !

M. Arnaud Richard. Cette piste, que je n'oserais qualifier de révolutionnaire ou de collectiviste, a le mérite d'exister. Nous sommes à la veille d'un *big bang*, pour peu que nous ne le vivions pas déjà, sauf que votre *big bang*, qui est à peu près le même que celui de notre collègue Fraysse, madame la ministre, est latent. Il nous pend au nez. Mme Fraysse a au moins l'honnêteté d'être franche. Elle dit les choses, les écrit et demande un rapport sur ce *big bang* qui est en train d'avoir lieu, à la suite de la généralisation du tiers payant. Même si je ne la partage pas, je trouve sa proposition très intéressante à étudier.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne partage pas avec vous ce qualificatif de « *big bang* ». Je respecte le système actuel qui repose sur le libre choix de chacun de nos concitoyens, mais je ne vois pas pourquoi nous nous priverions d'une possibilité supplémentaire, qui n'est pas un *big bang* et qui ferait bouger des lignes dans un sens que je crois utile et intéressant. Je continuerai sans doute de porter cette proposition qui mérite d'être creusée.

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

M. Dominique Tian. Cet amendement pose d'énormes problèmes. Si nous l'adoptons, ce serait ou la fin des mutuelles privées ou la fin de la Sécurité sociale !

Mme Jacqueline Fraysse. Non !

M. Dominique Tian. Mme Fraysse est dans sa logique, et chacun peut le comprendre. Toutefois, ce qui m'effraie beaucoup plus, c'est d'entendre Mme la ministre dire qu'il s'agit d'une piste intéressante. Pour nous, à l'UMP, cette piste n'a rien d'intéressant, car nous ne voulons ni la fin de la Sécurité sociale, ni celle des mutuelles. C'est un amendement extrêmement dangereux, de type soviétique, comme le diraient certains de nos collègues. *(Sourires.)*

Mme Jacqueline Fraysse. La CMU aussi est soviétique !

M. Dominique Tian. Ce n'est absolument pas le vent de l'Histoire ! Que cela n'arrive jamais, car ce serait assurément pour le coup le *Big bang* !

(L'amendement n° 1371 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 1729.

M. Arnaud Richard. La demande de rapport que je fais au Gouvernement est en fait, comme l'a montré le président de la commission des lois, une demande de rapport que j'adresse au Parlement lui-même, car nos commissions sont tout à fait capables de les faire. Ce *big bang* ou cette nouvelle forme de système de santé, qui est en train de naître avec le tiers payant généralisé, va nécessiter la création d'une forme de GIE rassemblant l'assurance maladie et les mutuelles pour toutes les procédures administratives avec les professionnels de santé. J'imagine que le Gouvernement et la rapporteure seront contre ma demande de rapport, mais c'est à la présidente de la commission que je m'adresse. Le Parlement devrait prendre sa part pour contribuer à la réflexion que va mener le Gouvernement avec les mutuelles dans les deux années à venir, pour mettre en œuvre le tiers payant généralisé.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable. Il ne nous semble pas envisageable de réunir au sein d'une caisse unique de paiement l'assurance maladie et l'ensemble des organismes d'assurance maladie complémentaires, comme cela est demandé dans cet amendement, sauf à compromettre l'autonomie de ces complémentaires. Si votre objectif est de simplifier les modalités de remboursements aux professionnels de santé dans le cadre du tiers payant, un rapport sur ce sujet sera remis le 31 octobre 2015.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je vais retirer mon amendement, mais je ne comprends pas pourquoi la rapporteure me parle de mettre à mal l'autonomie des complémentaires, qui sont plutôt enclines à créer un GIE entre elles pour gérer les suites du tiers payant généralisé.

(L'amendement n° 1729 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte, pour soutenir l'amendement n° 2080.

Mme Fanélie Carrey-Conte. C'est un amendement d'appel qui a pour but d'évoquer à ce moment du débat la question des personnes ne bénéficiant pas actuellement de complémentaire santé. Nous avons fait beaucoup de choses en la matière ces dernières années : augmentation du plafond de

l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ; augmentation du plafond de la CMU-c ; généralisation de la complémentaire santé pour tous à partir du prisme de l'entreprise. Cela dit, nous savons très bien aujourd'hui que des questions continuent de se poser pour certains cas – je pense notamment aux travailleurs non salariés, très nombreux dans notre pays, aux retraités, pour lesquels le coût de l'accès à une complémentaire santé, quand ils cessent le travail, représente une charge supplémentaire, ou encore aux chômeurs non éligibles à l'ACS ou à la CMU-c. Un vrai problème d'accès aux soins demeure aujourd'hui pour tous ceux qui ne reçoivent pas d'aides pour souscrire une complémentaire santé.

Je reste convaincue que nous devons continuer à mener des réflexions sur cet accès à la complémentaire santé pour les personnes dans les situations que j'ai citées, et que cela passe par une réflexion sur une remise à plat des aides directes et indirectes accordées au financement de cette complémentaire – je pense à la question des exonérations de cotisations patronales pour les contrats collectifs – ainsi que sur une refonte de la fiscalité appliquée aux contrats. Il faut dégager des marges de manœuvre financières pour pouvoir aider ces personnes qui ne bénéficient pas de complémentaire santé à en obtenir une. Cet amendement, madame la ministre, vise à vous interroger sur la manière dont nous allons travailler en faveur de ces personnes. Nous n'avons pas encore réglé toutes les situations.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suggère le retrait de cet amendement, à défaut de quoi j'émets un avis défavorable. Nous avons engagé une politique résolue pour remettre à plat et redéfinir la prise en charge complémentaire de nos concitoyens, et pas seulement celle des plus modestes. J'ai évoqué tout à l'heure la redéfinition des contrats solidaires et responsables. Elle ne s'adresse pas uniquement aux plus modestes de nos concitoyens, puisque cela concerne l'ensemble des contrats accessibles.

Nous avons pris un certain nombre de mesures qui ont pour objet de faciliter l'accès à une complémentaire santé à ceux qui n'en ont pas. Parmi ces mesures, il y a en particulier le lancement d'appels d'offres afin de pouvoir proposer des complémentaires santé labellisées « Aide à la complémentaire santé ». Comme vous le savez, une partie des personnes éligibles à l'aide à la complémentaire santé ne souscrivent pas de complémentaire. Ces personnes ont un revenu supérieur à celui qui leur permet d'avoir la CMU-c, soit 720 euros par mois, et inférieur à 980 euros par mois, de mémoire.

Par conséquent, ces personnes, je le répète, peuvent être aidées, mais soit elles ne le savent pas, soit l'aide leur apparaît difficile à percevoir, soit encore les contrats proposés paraissent ne pas leur convenir. C'est pourquoi des appels d'offre ont été lancés. La procédure s'est terminée il y a quelques jours. La sélection va être effectuée et je peux vous dire que cela se traduira très prochainement par des baisses de prix très significatives. La mutualisation des offres et cette sélection à partir d'un cahier des charges précis permettent d'avancer, d'aboutir à des offres moins chères. Voilà un exemple concret de ce qui peut être fait en direction de personnes aujourd'hui non couvertes et qui, demain, pourront accéder plus facile-

ment à une complémentaire santé. La remise à plat se poursuit, y compris avec la généralisation des complémentaires santé dans les entreprises.

C'est le sens de la démarche que j'ai engagée. Vous le voyez, madame la députée : une politique systématique se met en place ; nous examinons, étape après étape, ce qui peut être mené à bien. Je vous demande donc de retirer votre amendement parce que nous poursuivons le même objectif et que le travail engagé va dans le sens de ce que vous souhaitez. À défaut de retrait, l'avis serait défavorable.

M. le président. Madame Carrey-Conte, retirez-vous votre amendement ?

Mme Fanélie Carrey-Conte. Je vais le retirer parce que je ne crois pas qu'on ait vraiment besoin d'un rapport supplémentaire sur le sujet.

M. Dominique Tian. Ça, c'est sûr !

Mme Fanélie Carrey-Conte. Je remercie madame la ministre pour sa réponse et pour les éléments d'information qu'elle a donnés. Beaucoup de choses ont en effet été faites ces dernières années en matière d'accès à la complémentaire santé. Cela dit, je maintiens qu'il faut continuer à travailler sur le sujet, je pense notamment aux personnes qui ne sont pas éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire. À cet égard, des propositions ont été faites qui devraient continuer à nourrir notre réflexion sur des dispositifs de mutualisation. Il y a encore des choses à remettre à plat, notamment des dispositifs fiscaux qui fonctionnent mal aujourd'hui. Mon amendement était une incitation à continuer à travailler sur le sujet.

(L'amendement n° 2080 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Monique Orphé, pour soutenir l'amendement n° 2185.

Mme Monique Orphé. La médecine ambulatoire est caractérisée dans les outre-mer par une densité médicale et paramédicale très inférieure à la métropole. Ces inégalités existent également entre les territoires ultramarins eux-mêmes. Je veux ici évoquer le cinquième DOM, c'est-à-dire Mayotte, un département nouveau de 200 000 habitants. Là-bas, la situation sanitaire est plus que préoccupante : tout le système de santé tourne autour de l'hôpital public et la densité médicale est extrêmement faible – dix-sept médecins pour 100 000 habitants contre 201 en métropole, et entre 71 et 180 dans les autres départements d'outre-mer. Il y a un retard considérable dans un contexte économique très difficile. Dans mon rapport d'information sur le projet de loi, j'ai souligné que les tarifs des actes ambulatoires y sont 20 % plus élevés qu'en métropole, ainsi que les tarifs en pharmacie.

J'ajoute que les quatre autres DOM – Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane – bénéficient de la CMU-C depuis 1999, ce qui n'est pas le cas de Mayotte en raison du caractère récent de son évolution statutaire. Pour développer l'offre de soins ambulatoires, il serait intéressant d'étudier la mise en place de la CMU-C à Mayotte. Tel est le sens de mon amendement, qui propose que le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur ce sujet d'ici à la fin de l'année 2016.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a émis un avis favorable à cette demande de rapport, ce qui est plutôt rare tant celles-ci sont fréquentes. Il nous paraît en effet essentiel de parvenir à transposer à Mayotte le système de protection sociale qui existe dans les autres départements français, et ouvrir le chantier de la mise en place de la CMU-C y participe bien sûr. On sait que des travaux sont en cours pour appliquer dans ce département les règles de droit commun de la Sécurité sociale, et qu'ils constituent le préalable à toute extension de la CMU-C. Dès lors, un rapport sur la poursuite de ces travaux nous paraît tout à fait pertinent. Avis favorable donc, sous réserve de la position du Gouvernement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vais moi aussi, madame la députée, donner un avis favorable. Le Gouvernement partage votre volonté de voir étendue à Mayotte les règles d'accès aux soins et à la complémentaire santé en vigueur dans les autres départements. Les difficultés opérationnelles de la mise en place de la CMU-C sont pour la plupart identifiées, mais des obstacles demeurent. Le rapport que vous souhaitez devrait donc nous permettre d'accélérer le processus.

(L'amendement n° 2185 est adopté.)

Article 19

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 19.

La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Madame la ministre, vous connaissez les conditions d'exercice des médecins : un cadre humainement de plus en plus difficile ; le problème de la démographie médicale, toujours pas résolu ; les problèmes juridiques, avec une judiciarisation de la médecine dans une société qui s'américanise de plus en plus ; et bientôt, avec ce projet de loi, les problèmes administratifs. Or que dit-on aux médecins à travers cet article ? : « On va faire du flicage. » Ils ont pourtant juste envie de soigner. Il peut y avoir des problèmes dans tel ou tel territoire, mais il y a une instance ordinale pour les régler : des rapports sont commis sous son autorité, et les personnes ayant commis des erreurs sont sanctionnées – car l'erreur humaine est bien sûr possible. Incrire dans la loi le principe du *testing*, c'est profondément vexatoire pour les médecins et n'apporte rien à la santé publique.

Mme Jacqueline Fraysse. Si, ça devrait apporter quelque chose !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je regrette ce que propose l'article 19, madame la ministre. Le même débat avait déjà eu lieu lors de l'examen du projet de loi HPST, et je m'étais opposé ouvertement à une telle disposition car elle me semblait anormale. J'ai l'impression qu'elle revient aujourd'hui sur le tapis comme un serpent de mer. Je signale au passage, monsieur le président, que je défendrai par avance dans mon intervention les amendements n° 206, 523 et 784. Je n'y reviendrai pas.

C'est tout de même jeter non seulement la suspicion mais le discrédit sur l'activité des professionnels de santé. Je pense même qu'il s'agit d'un procès d'intention à l'encontre des

médecins alors que ceux-ci sont soumis, je le rappelle, à des règles déontologiques dans lesquelles ils inscrivent leur démarche éthique. Bien entendu, il peut exister marginalement des conduites délictueuses et, en ce cas, il existe des possibilités d'y mettre fin soit par les conseils de l'ordre, dont c'est le rôle en matière éthique, soit par le Défenseur des droits en cas de faute discriminatoire. Mais comment est-il possible d'inscrire dans la loi de santé ce genre d'article alors qu'on dit depuis plusieurs jours qu'il faut redonner de la confiance au secteur médical, qu'il s'agisse des généralistes ou des autres spécialistes? Quant aux jeunes, ils se disent: « Vais-je entrer dans cette profession si je dois me sentir jugé dans ma propre activité lorsque je soigne un patient? » Le groupe UMP votera bien entendu contre l'article 19.

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

M. Dominique Tian. Je partage le point de vue d'Élie Aboud et de Jean-Pierre Door. Cet article est tout de même assez particulier: le refus de soins envers les bénéficiaires de la CMU est reconnu comme peu répandu, mais on va tout de même confier aux ordres professionnels – ce qui est assez grave puisqu'on les invite à juger leurs confrères –...

Mme Jacqueline Fraysse. C'est déjà le cas! Ce ne serait pas nouveau!

M. Dominique Tian. ...la possibilité de faire des tests de situation, c'est-à-dire du *testing* pour vérifier si le refus est vraiment si peu répandu, comme on teste la qualité des chambres d'hôtel. On va donc envoyer chez les professionnels des testeurs – je rappelle qu'on a même confié à des associations assez particulières le soin de pratiquer des *testings* à l'entrée des boîtes de nuit et d'en évaluer les résultats... Ensuite, il y aura un bilan annuel. C'est un très mauvais message adressé aux professionnels de la santé. Cela va leur créer des difficultés supplémentaires alors qu'on connaît déjà celles qu'ils endurent – déserts médicaux et autres.

Et puis je rappelle qu'on peut aussi pratiquer un refus de soins parce que ceux-ci ne sont pas justifiés, y compris s'il s'agit d'une personne couverte par la CMU: « Monsieur, votre état de santé est parfait. Je refuse de vous soigner tout simplement pour cette raison – ou encore parce que vous consommez déjà trop de médicaments. » Je confirme que nous voterons bien évidemment contre cet article.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet article permet donc de faire réaliser des tests pour mesurer l'importance et la nature des refus de soins dans les cabinets médicaux. Comme mes collègues, je trouve cette disposition profondément vexatoire vis-à-vis des médecins. Ils ont tous une déontologie et ne refusent jamais de dispenser les soins qu'attendent les patients qu'ils reçoivent, sauf dans des cas bien précis qui peuvent se produire. Dans la discussion générale, quand nous avons dit que la généralisation du tiers payant augmenterait le nombre de visites chez le médecin, vous nous avez répondu que c'était profondément méprisant vis-à-vis des patients. Je ne trouve pas cela méprisant, mais je reste persuadé, après l'examen de l'article 18, que son adoption augmentera le nombre de visites. En revanche, ce que je trouve profondément méprisant vis-à-vis des médecins, c'est de réaliser le genre de test que vous proposez. C'est un très mauvais signe qui leur est envoyé alors qu'ils ont déjà manifesté leur très profond mécontentement à l'égard de ce projet de loi. Ce n'est pas de nature à améliorer les choses.

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

M. Gérard Bapt. Juste un mot pour faire écho aux préoccupations du docteur Tian et du docteur Lurton (*Mouvements divers*)... L'essence même d'un ordre professionnel, c'est bien de faire respecter l'éthique de la profession et d'être en position de prononcer une sanction ou un rappel à l'ordre vis-à-vis de tel ou tel comportement qu'il jugerait déviant.

M. Dominique Tian. Pourquoi pas un *testing* des élus, pendant que vous y êtes?

M. Gérard Bapt. Comme vous, médecin en exercice, je me suis plié à la nécessité de respecter l'éthique dont notre ordre est le gardien. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles j'ai renoncé à l'idée qu'il fallait supprimer l'Ordre des médecins.

M. Jean-Pierre Door. C'était pourtant dans le programme de Mitterrand!

M. Gérard Bapt. Je suis même passé au tribunal, il y a de nombreuses années, parce que j'avais refusé de payer ma cotisation. Il faut dire que c'était à une époque où l'ordre des médecins avait des prises des positions particulièrement conservatrices, voire réactionnaires. Il faut reconnaître que depuis quelques années, il joue au contraire un rôle positif dans l'évolution de notre système de santé et donc de l'offre médicale. En l'occurrence, il n'est pas éthique de faire une discrimination dans la prise en charge des patients, sauf dans certaines conditions et en faisant alors en sorte que le patient soit pris en charge dans la continuité par un confrère. Je ne vois donc pas, mes chers confrères Tian et Lurton,...

M. Jean-Pierre Door. Moi, je ne suis pas dans le coup! Je suis transparent! (*Sourires.*)

M. Gérard Bapt. ...ce qui explique de votre part un tel refus exacerbé de l'article 19.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. L'article 19 vise à mieux lutter contre le refus de soins, en proposant aux ordres professionnels concernés d'objectiver cette pratique.

Je tiens tout d'abord à préciser que, dans cette assemblée, on n'est pas médecin: nous sommes tous des parlementaires. Il ne s'agit pas d'un débat entre médecins! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. Un peu d'humour, s'il vous plaît!

M. Arnaud Richard. Je suis pour ma part un patient, mais je suis aussi et avant tout un parlementaire, et je ne vois pas en quoi le fait que vous soyez médecins vous donnerait davantage voix au chapitre sur le sujet.

Aux termes de l'article, les travaux de vos ordres professionnels, chers collègues, seraient alimentés par les résultats de tests de situation. Cette disposition me paraît problématique, et cela pour deux raisons. D'abord, elle stigmatise et discrédite les professionnels de santé, qui sont pourtant dévoués et au service de l'intérêt général, et qui sont de plus en plus nombreux à subir des agressions dans leur cabinet. Ensuite, elle place les ordres professionnels en situation d'être juge et partie; à notre avis, elle s'avèrera de ce fait inefficace. Nous demandons donc la suppression de l'article.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je n'avais pas prévu d'intervenir sur l'article, mais ce que j'entends me surprend et m'amène à donner mon point de vue.

Les refus de soins existent-ils ? Oui !

M. Gilles Lurton. Bien sûr !

Mme Jacqueline Fraysse. Leur nombre est-il relativement modeste, rapporté à l'ensemble de l'exercice médical ? Heureusement !

M. Arnaud Richard. Oui, heureusement !

Mme Jacqueline Fraysse. Est-il légitime d'essayer de réduire encore, voire de faire disparaître les refus de soins ? Oui, probablement : je ne pense pas que M. Tian considère qu'il soit normal de refuser de donner des soins. Il serait donc responsable de nous mettre d'accord pour lutter contre ces pratiques.

Tel est l'objet de l'article 19. Qu'y a-t-il là-dedans de vexatoire pour les médecins ? Tous ceux qui pratiquent normalement la médecine – et c'est l'écrasante majorité d'entre eux – n'ont rien à redouter de cette disposition ; quant aux autres, nous les invitons à corriger leur pratique. Vous savez bien que le conseil de l'Ordre est là pour ça, monsieur Tian ; je ne répéterai pas ce que vient de dire notre collègue Gérard Bapt. Il le fait déjà, d'ailleurs, puisqu'il prononce des rappels à l'ordre, voire des sanctions.

M. Dominique Tian. Bah alors ?

Mme Jacqueline Fraysse. C'est le rôle de l'Ordre, et je ne vois pas ce que cette disposition aurait de nouveau.

Contrairement à vous, j'estime qu'elle n'a rien de vexatoire pour les médecins ; j'aurais plutôt tendance à penser que c'est réhabiliter les médecins que de lutter contre le refus de soins. Il est dommage que l'immense majorité du corps médical, qui accepte de soigner tous les patients, soit discrédité par quelques-uns, très minoritaires, qui refusent de dispenser des soins.

Je crois par conséquent que cet article est légitime et respectueux de l'exercice médical.

M. Jean-Pierre Door. Non !

Mme Jacqueline Fraysse. Il confie au conseil de l'Ordre des responsabilités qui sont parfaitement les siennes, et il défend l'intérêt des patients – ce qui devrait être un souci partagé sur tous les bancs.

M. Jean-Pierre Door. Cela n'a rien à voir !

Mme Jacqueline Fraysse. Ceux qui se trouvent dans une situation sociale difficile ne doivent pas faire l'objet de refus de soins !

M. le président. Nous en venons aux amendements sur l'article.

Monsieur Door nous a indiqué tout à l'heure que l'amendement n° 206 était défendu.

Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ?

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a bien évidemment émis un avis défavorable à cet amendement, qui tend à supprimer l'article 19.

Nos collègues Jacqueline Fraysse et Gérard Bapt ont parfaitement résumé les enjeux de cet article. Je crois que personne ne peut nier que dans notre pays, certains patients sont confrontés à diverses formes de refus de soins illégitimes – car nous ne parlons bien évidemment que de ceux-là. L'article 19 vise à objectiver ces refus, de manière à en mesurer la portée exacte et à en connaître les motifs.

Évitons les polémiques inutiles : il ne s'agit pas d'une mesure répressive, il s'agit de faire de la prévention et de limiter en amont les comportements éventuellement fautifs. Il n'y aura aucune forme de stigmatisation des médecins. Mme Fraysse a parfaitement raison : l'écrasante majorité d'entre eux sont dans une situation qui ne peut leur faire redouter l'application de l'article 19. Nous nous inscrivons plutôt dans une logique de respect de la déontologie médicale par chaque membre de l'Ordre. Il me semble par conséquent que nous pouvons adopter sans réserve cet article et repousser tout amendement tendant à le supprimer.

La mise en œuvre du dispositif sera définie par décret. Elle prendra la forme, et je m'en réjouis, de la création d'observatoires du refus de soins, ce qui contribuera à accroître la transparence. Toutes les parties pourront ainsi examiner les choses avec objectivité et participer à la réflexion.

La commission a en outre expressément prévu la participation d'associations de patients au dispositif : il s'agit d'un autre point positif.

M. Dominique Tian. C'est ce qu'il y a de pire !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Je veux dire à mon tour qu'il n'y a aucune volonté de stigmatisation. Comme cela a été indiqué, l'écrasante majorité des professionnels accomplit son travail de manière parfaitement conforme à la déontologie, en soignant tous ceux qui le demandent. Toutefois, nous savons que dans certains cas, des soins sont refusés. La situation est très contrastée suivant les territoires, les professions, les spécialités. Nous avons besoin d'y voir plus clair, ne serait-ce que pour éviter d'avoir des avis qui ne seraient pas conformes à la réalité.

On ne peut pas d'un côté déclarer que cela ne concerne qu'une infime minorité de professionnels, et de l'autre s'inquiéter de la mise en œuvre de cette démarche, qui plus est sous l'égide des ordres professionnels. Ce seront en effet des professionnels qui la conduiront, avec les moyens qu'ils jugeront appropriés.

En outre, je donnerai un avis favorable à l'amendement présenté par plusieurs parlementaires, dont M. Sebaoun, qui vise à supprimer toute référence à des « tests », afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur les démarches qui seront engagées.

M. Arnaud Richard. Bien !

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce sont, je le répète, les moyens que les ordres professionnels jugeront appropriés qui seront utilisés pour identifier les cas de refus de soins, objectiver la situation et proposer des solutions pour y remédier.

(L'amendement n° 206 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1854.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement vise à caractériser, selon des critères précis, les refus de soins : il inclut non seulement les refus de soins en raison de la situation sociale des personnes – bénéficiaires de l'AME, de la CMU-C, de l'ACS –, de leur état de santé ou de leurs pathologies, comme le VIH ou l'hépatite, de leurs pratiques, orientations sexuelles ou identité de genre, mais aussi de leur âge et de leur situation de dépendance, par exemple lorsqu'il s'agit de personnes prises en charge dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces critères sont issus de l'enquête de terrain menée par notre collègue sénatrice dans le cadre de son rapport.

Nous proposons également de demander au professionnel d'apporter des éléments de nature à justifier les éventuels refus.

Enfin, l'amendement prévoit pour les victimes de refus de soins la possibilité d'un accompagnement personnalisé par une association intervenant dans le champ du droit à la santé et de la lutte contre les discriminations.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable.

Lorsque nous l'avons auditionné, le Défenseur des droits a confirmé que les données sur les refus de soins illégitimes n'étaient à ce stade ni suffisamment précises, ni actualisées. Il semble donc difficile de définir avec précision dans la loi toutes les situations qui pourraient être assimilées à de tels refus.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demanderai à M. Roumegas de bien vouloir retirer son amendement ; à défaut, mon avis serait défavorable.

Je tiens, à cette occasion, à rendre hommage au travail que votre collègue, Mme Archimbaud, a engagé au Sénat ; elle s'est mobilisée sur la question de l'accès aux soins des plus démunis, donc sur celle des refus de soins. Toutefois, je ne crois pas que la judiciarisation soit la voie la plus appropriée aujourd'hui. Je le répète : nous avons besoin d'éléments pour analyser et comprendre le phénomène. Mme la rapporteure vient de mentionner le Défenseur des droits : cela prouve que l'enjeu ne concerne pas seulement les associations et les partis politiques ; il a également été identifié par une institution de la République, qui s'est alarmée à plusieurs reprises de la situation.

Il me semble, monsieur le député, que l'article de loi proposé, qui sera amendé à l'initiative de certains d'entre vous, permettra d'aller de l'avant de manière à la fois rigoureuse et volontariste, sans être pour autant stigmatisant.

M. le président. Monsieur Roumegas, que décidez-vous ?

M. Jean-Louis Roumegas. Mettons l'amendement aux voix.

(L'amendement n° 1854 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 523 et 2358.

Monsieur Door a précédemment indiqué que l'amendement n° 523 était défendu.

La parole est donc à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2358. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Dominique Tian. Je suis moi aussi signataire de l'amendement n° 523 et je voudrais prendre la parole, monsieur le président !

Mme Dominique Orliac. Il existe indéniablement des refus de soins parfaitement illégitimes. Toutefois, il faudrait veiller à ne pas inclure dans cette catégorie certains comportements liés à l'augmentation constante des déclarations d'agression de la part des médecins, en particulier des ophtalmologues.

Il convient aussi de préciser que les ordres des professions médicales ont vocation à prévenir et à sanctionner les comportements discriminatoires de leurs membres. En revanche, ils ne sont pas à même d'organiser les évaluations et les tests susceptibles de signaler ces pratiques discriminatoires. De surcroît, l'organe évaluateur ne peut pas être celui qui sanctionne.

J'en profite pour remercier Gérard Bapt qui a rendu tout à l'heure hommage à l'Ordre des médecins. Celui-ci a été fondé, je le rappelle, par le général de Gaulle avec le ministre – communiste – de la santé de l'époque, François Billoux. Je regrette, madame la ministre, que l'Ordre n'ait pas pu avoir une place à l'article 12, notamment s'agissant des contrats qui seront conclus entre les médecins généralistes libéraux et les agences régionales de santé.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable : ces amendements tendent à supprimer la nouvelle mission des conseils nationaux des ordres professionnels, se contentant d'indiquer que ces derniers seront informés des recours engagés devant les conseils départementaux. Je trouve cela dommage, car les recours sont trop peu nombreux pour dresser un état exact de la situation.

Les pratiques de refus de soins existent, on le sait ; elles constituent un frein à l'accès aux soins. Je regrette que soient présentés de tels amendements, qui pourraient être assimilés à une volonté d'immobilisme.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Monsieur Tian, vous vouliez ajouter quelque chose ?

M. Dominique Tian. Oui, monsieur le président. Je souhaite préciser, afin de défendre Gilles Lurton et moi-même, qui craignons d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine, que, contrairement à ce qu'a affirmé M. Bapt, nous ne sommes ni l'un ni l'autre médecins ! *(Rires.)*

Pour revenir à notre sujet, l'Ordre des médecins, par définition, a une éthique ; il ne découvre pas la situation, puisque, sauf erreur, sa création remonte à 1945. Il dispose déjà de moyens et sait s'organiser sur le plan éthique. Vous incluez dans le dispositif des associations de *testing*.

De vraiment bons testeurs de médecins devraient être eux-mêmes médecins. Ainsi pourraient-ils juger en professionnels, apprécier si le refus de soins est justifié ou non, savoir s'il est lié au comportement de l'un ou de l'autre. Seul un médecin peut juger un autre médecin. Ce n'est sûrement pas une association de *testing*, subventionnée et orientée, qui peut

le faire, alors, que, de toute façon, elle devra prouver qu'il existe des refus de soins, faute de quoi son existence même ne se justifierait plus. Il y a là un vrai problème déontologique, vis-à-vis de l'Ordre des médecins notamment.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Je ne comprends pas, madame la rapporteure, pourquoi vous parlez d'immobilisme. Des cas peuvent être signalés, des sanctions peuvent être prononcées et les sections disciplinaires des conseils de l'Ordre sont présidées par un juriste. Il n'est absolument pas question de corporatisme ni d'immobilisme: il n'y en a aucun. Cette façon de voir les choses est quand même assez réductrice.

(Les amendements identiques n° 523 et 2358 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 1372.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article 19, qui prévoit que le conseil national de l'Ordre des médecins procède à l'évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, est important et utile. En commission, l'examen du projet de loi nous a conduits, et je m'en félicite, à associer à cette mission les associations de patients agréées. C'est tout à fait essentiel, puisque les patients sont les premiers concernés.

Cet amendement vise à ouvrir davantage la participation à cette mission. Il nous semble en effet que l'on pourrait encore gagner en efficacité en y associant des représentants des organismes d'assurance maladie et de l'ensemble des ordres professionnels. L'objectif serait de parvenir à une plus grande objectivité dans l'élaboration des contrôles, mais aussi de sensibiliser et de responsabiliser davantage sur ce sujet.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, pour deux raisons.

L'élargissement que vous proposez ne paraît pas utile, puisque l'assurance maladie est déjà compétente aujourd'hui. Le directeur de la CPAM peut prononcer des sanctions en cas de refus de soins illégitime. Quant aux partenariats avec les autres ordres professionnels, c'est le décret qui définira plus précisément la composition des observatoires des refus de soins. À ce stade, la commission est donc défavorable à votre amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 1372 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun, pour soutenir l'amendement n° 1358.

M. Gérard Sebaoun. Beaucoup de choses ont été dites sur le refus de soins. Personne ne conteste la réalité de ce phénomène, même s'il reste marginal. Il a notamment été constaté par des associations de patients, grâce à des *testings*, c'est vrai, et le Défenseur des droits en fait état dans son rapport. Il est donc important qu'un article affirme le principe de non-discrimination dans l'accès aux soins, qui est un principe déontologique.

Je crois que c'est le mot qui fait polémique. Que figure dans le texte de la loi l'idée de *testing* pose problème, et on voit bien que tous les débats tournent autour de cette question. Je ferai donc une proposition relativement simple, qui confie un rôle de garant à l'Ordre, qui est responsable de la déontologie. Nous sommes d'accord, chers collègues de l'opposition, avec une partie de vos propos, et je propose donc qu'il revienne à l'Ordre de « mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés ». Cela me paraît raisonnable, et cela me paraît aussi répondre à la volonté du Gouvernement d'inscrire la question du refus de soins dans la loi, tout en participant d'une forme de sagesse. Et, le mot « test » disparaissant, cette proposition me paraît éteindre la polémique.

M. Élie Aboud. Parfait !

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je tiens à signaler que votre amendement a initialement été repoussé par la commission, cher collègue. Cependant, votre rapporteure estime – et j'ai cru comprendre que les membres présents de l'opposition avaient exactement la même position...

M. Dominique Tian. Oui, médecins et non-médecins ! *(Sourires.)*

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Personnellement, je ne suis pas médecin, donc cela ne me gêne pas !

M. Élie Aboud. Nous avons les mêmes préoccupations !

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement présente un avantage indéniable : sans rien enlever à la définition de la mission des conseils nationaux des ordres professionnels, il supprime une mention dont on a compris qu'elle cristallise aujourd'hui les tensions et induit de mauvais procès. Pour cette raison, j'émettrai, en ce qui me concerne, un avis favorable, en soulignant que le conseil national d'un ordre pourra mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés. On peut vraiment accepter cet amendement, qui présente de nombreux avantages.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. J'ai dit tout à l'heure, monsieur le député, que je me prononcerais en faveur de votre amendement, qui répond à l'objectif poursuivi par le Gouvernement et permet en outre d'ouvrir le spectre des démarches qui pourraient être engagées et des moyens qui pourraient être mis en place, selon la volonté et à l'initiative des ordres.

M. le président. La parole est à M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. C'est extraordinaire, c'est exactement ce que nous demandions, madame la ministre ! Pourquoi donc ces prises de position à géométrie variable ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous parliez de supprimer l'article, monsieur le député !

M. Élie Aboud. Enfin, bon... Nous sommes tout à fait d'accord avec les propos que notre collègue Sebaoun vient de tenir.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement défendu par notre collègue Sebaoun nous donne satisfaction, allant exactement dans le sens de mon intervention sur l'article. Dès l'instant où les termes de « *testing* », de « test », de « contrôle » sont supprimés, nous allons rassurer non pas les anciens médecins, qui connaissent leur métier, mais les jeunes étudiants qui veulent s'installer en exercice libéral. Ce genre d'article aurait pu les inquiéter et les dissuader de le faire, les poussant à se dire : « Autant aller en secteur salarié ! » C'était une épée de Damoclès que nous leur suspendions au-dessus de la tête puisqu'ils auraient pu craindre d'être contrôlés tous les jours s'ils s'engageaient dans cette voie, alors que leur but est d'exercer la médecine et de soigner les gens.

Merci, donc, monsieur Sebaoun, nous allons voter votre amendement.

(L'amendement n° 1358 est adopté. En conséquence, les amendements n° 6, 53, 85, 355, 537, 784, 800, 876, 1578, 2029 rectifié, 513 et 1103 tombent.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 1855 et 1856, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour les soutenir.

M. Jean-Louis Roumegas. Ces amendements sont en effet de même nature. L'amendement n° 1855 précise qu'il appartient aux professionnels de santé de prouver, le cas échéant, que leur refus de soins est justifié par des éléments objectifs, étrangers à toute discrimination, tandis que l'amendement n° 1856 ouvrirait la possibilité pour des associations intervenant dans le domaine du droit à la santé ou de la lutte contre les exclusions, d'accompagner les personnes victimes de refus de soins.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission est défavorable aux deux amendements. Nous pourrions, le cas échéant, modifier les conditions d'exercice des recours contre les refus de soins sur la base des données objectives recueillies à l'issue des travaux des observatoires. À ce stade, ce que vous nous proposez nous semble tout à fait prématuré, cher collègue.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis sur les deux amendements.

(Les amendements n° 1855 et 1856, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 2357.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement dispose que les chambres disciplinaires doivent pouvoir sanctionner des comportements cupides par des sanctions adaptées, particulièrement des sanctions financières.

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

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La commission a émis un avis défavorable, parce que l'article L. 4124-6 du code de la santé publique prévoit déjà un certain nombre de sanctions disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut prononcer, et l'ajout d'une sanction pécuniaire serait redondant avec les sanctions que peut déjà prendre le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, qui sont définies par le code de la Sécurité sociale.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

(L'amendement n° 2357 n'est pas adopté.)

(L'article 19, amendé, est adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Suite de la discussion du projet de loi de modernisation du système de santé.

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures cinquante-cinq.)

La Directrice du service du compte rendu de la séance de l'Assemblée nationale

CATHERINE JOLY