

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2003-2004

Compte rendu intégral

des séances du mercredi 7 juillet 2004

(5^e jour de séance de la session)

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



SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	6155
2 ^e séance	6195

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2003-2004

14^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du mercredi 7 juillet 2004

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LOUIS DEBRÉ

1. **Ordre du jour de l'Assemblée** (p. 6158).
2. **Assurance maladie.** – Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi (p. 6158).

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 6158)

Article 4 (*suite*) (p. 6158)

Rejet de l'amendement n° 7013 de Mme Génisson.

Rejet des amendements n°s 8395 et 7014 de M. Le Guen et 7697 de Mme Billard.

Rappel au règlement (p. 6158)

MM. Jean-Marie Le Guen, le président.

Reprise de la discussion (p. 6159)

Amendement n° 7699 de Mme Billard : MM. Jean-Marie Le Guen, Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale ; Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale. – Rejet.

Amendement n° 7700 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 7701 de Mme Billard : MM. Jean-Marie Le Guen, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 79 de la commission spéciale, amendements identiques n°s 760 à 771 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains et amendements n°s 7762 de M. Le Guen et 7559 de Mme Billard : MM. le rapporteur, le ministre, Gilbert Biessy, Jean-Marie Le Guen. – Adoption de l'amendement n° 79 rectifié ; les amendements identiques et les amendements n°s 7762 et 7559 n'ont plus d'objet.

Amendement n° 7562 de Mme Billard : Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 7480 de M. Prétel : MM. Jean-Luc Prétel, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 6997 de M. Mallié : MM. Richard Mallié, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 4 modifié.

Article 5 (p. 6160)

M. Jean-Luc Prétel, Mme Martine Billard, MM. Daniel Paul, Alain Bocquet, Jean-Marie Le Guen, Jean-Pierre Door, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Gérard Bapt, Mme Catherine Génisson, MM. Henri Nayrou, Alain Vidalies, Mme Élisabeth Guigou, MM. Claude Évin, Simon Renucci, Jacques Domergue, Richard Mallié, Jean Le Garrec, le rapporteur, le ministre.

Rappel au règlement (p. 6170)

M. Maxime Gremetz.

Reprise de la discussion (p. 6171)

Amendements de suppression n°s 772 à 783 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains, 6296 à 6310 de membres du groupe socialiste et 7563 de

Mme Billard : MM. Gilbert Biessy, Maxime Gremetz, Gérard Bapt, Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 3994 à 4005 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendements n°s 8375 de M. Le Guen : MM. Gérard Bapt, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 7785 de Mme Gallez : Mme Cécile Gallez, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements n°s 70 et 71 de M. Door : M. Jean-Pierre Door. – Retrait de l'amendement n° 71.

MM. Jean-Pierre Door, le rapporteur, le ministre, Jean-Marie Le Guen. – Rejet de l'amendement n° 70.

M. Alain Bocquet.

Suspension et reprise de la séance (p. 6173)

Amendements identiques n°s 4018 à 4029 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains et amendement n° 7564 de Mme Billard : M. Daniel Paul, Mme Martine Billard, MM. le rapporteur, Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie ; Jean-Marie Le Guen, Jean-Claude Lemoine. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4030 à 4041 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Daniel Paul, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 80 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 7668 de Mme Billard : Mme Martine Billard. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4042 à 4053 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Gilbert Biessy. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4054 à 4065 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Alain Bocquet. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4066 à 4077 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Jacques Desallangre. – Rejet.

MM. Gérard Bapt, Jean-Marie Le Guen, le président, le ministre.

Amendements identiques n°s 4078 à 4089 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Gilbert Biessy. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4090 à 4101 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Jacques Desallangre, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4102 à 4113 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4114 à 4125 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Gilbert Biessy. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4126 à 4137 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Gilbert Biessy. – Rejet.

Amendements identiques n°s 4138 à 4149 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Alain Bocquet. – Rejet.

Mme Catherine Génisson, M. le ministre.

Amendements identiques n^{os} 4150 à 4161 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Jacques Desallangre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4162 à 4173 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4174 à 4185 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Alain Bocquet. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4186 à 4197 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Marie Le Guen, le secrétaire d'État, Jean-Pierre Door. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4198 à 4209 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4210 à 4221 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Desallangre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4222 à 4233 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : de M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4234 à 4245 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4246 à 4257 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Daniel Paul, Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Génisson. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4258 à 4269 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4270 à 4281 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4282 à 4293 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4294 à 4305 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4306 à 4317 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4318 à 4329 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4330 à 4341 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4342 à 4353 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4354 à 4365 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4366 à 4377 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4378 à 4389 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4390 à 4401 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4402 à 4413 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4414 à 4425 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4426 à 4437 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Daniel Paul, Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4438 à 4449 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 4450 à 4461 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Daniel Paul. – Rejet.

Amendement n^o 81 de la commission : MM. le rapporteur, le secrétaire d'État, Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Génisson, M. Simon Renucci. – Adoption.

Adoption de l'article 5 modifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 6183)

M. le président.

Après l'article 5 (p. 6183)

Amendements identiques n^{os} 832 à 843 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Jacques Desallangre, le rapporteur, le secrétaire d'État, Richard Mallié, Jean-Luc Prével, Jean-Marie Le Guen, Alain Vidalies, Henri Nayrou, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 868 à 879 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. André Chassaigne, le rapporteur, le secrétaire d'État, Mme Catherine Génisson, M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

M. Jean-Marie Le Guen.

Suspension et reprise de la séance (p. 6188)

Amendements identiques n^{os} 784 à 795 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : M. Gilbert Biessy. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 856 à 867 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. André Chassaigne, le rapporteur, le secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n^o 8240 de M. Domergue : MM. Jacques Domergue, le rapporteur, le ministre, Jean-Marie Le Guen, Richard Mallié, Gérard Bapt. – Adoption par scrutin.

MM. Jean-Marie Le Guen, le président, le secrétaire d'État.

Amendements identiques n^{os} 796 à 807 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Jacques Desallangre, le rapporteur, le secrétaire d'État, Maxime Gremetz, Jean-Pierre Door. – Rejet par scrutin.

Amendements identiques n^{os} 820 à 831 de membres du groupe des député-e-s communistes et républicains : MM. Daniel Paul, le rapporteur, le secrétaire d'État, Maxime Gremetz. – Rejet par scrutin.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

3. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 6193).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LOUIS DEBRÉ

M. le président. La séance est ouverte.
(*La séance est ouverte à quinze heures.*)

1

ORDRE DU JOUR DE L'ASSEMBLÉE

M. le président. L'ordre du jour des séances que l'Assemblée tiendra jusqu'au vendredi 16 juillet inclus, a été fixé ce matin en conférence des présidents.

Cet ordre du jour sera annexé au compte rendu.

2

ASSURANCE MALADIE

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi relatif à l'assurance maladie (n^{os} 1675, 1703).

Discussion des articles (*suite*)

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles et s'est arrêtée avant le vote sur l'amendement n^o 7013 à l'article 4.

Article 4 (*suite*)

M. le président. Je rappelle que le vote sur l'amendement n^o 7013 a été reporté à la suite d'une demande de vérification de quorum présentée par M. le président du groupe socialiste.

Je mets aux voix l'amendement n^o 7013.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Le débat ayant eu lieu hier sur les amendements n^{os} 8395, 7014 et 7697, qui étaient en discussion commune avec l'amendement n^o 7013, je vais les mettre successivement aux voix.

Je mets aux voix l'amendement n^o 8395.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 7014.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 7697.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Rappel au règlement

M. Jean-Marie Le Guen. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Marie Le Guen. Le débat s'étant terminé hier soir de façon un peu confuse, je tiens à préciser à nouveau notre position et à demander au Gouvernement quelques précisions. Si nous avons présenté les amendements qui viennent d'être mis aux voix, introduisant des exceptions pour certaines spécialités, ce n'est pas tant pour que ces exceptions figurent dans la loi que pour obtenir du Gouvernement des réponses précises sur les exceptions qu'il entend apporter par décret au dispositif prévu par l'article 4.

M. le président. Monsieur Le Guen, permettez-moi de vous interrompre. Conformément au règlement de notre assemblée, j'ai mis aux voix les amendements dont le vote a été reporté hier par la demande de vérification du quorum. Le débat sur ces amendements a eu lieu et il n'y a pas lieu de le rouvrir.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, je ne le conteste nullement. Ce rappel au règlement a pour objet, dans un débat quelque peu confus,...

M. Francis Delattre. Vous contribuez à sa confusion !

M. Jean-Marie Le Guen. ... de rappeler nos interrogations et de demander au Gouvernement une précision importante.

Pour ce qui est de l'ordre législatif, nous n'avons pas de position de principe : trouver la meilleure rédaction juridique relève de l'initiative du Gouvernement, et nous ne voyons pas d'obstacle à ce que ces exceptions soient précisées par décret plutôt que dans la loi. Nous demandons, en revanche, de connaître le contenu de ce décret, qui n'est pas sans conséquences quant à l'appréciation que nous porterons sur la loi. Le Gouvernement nous a répondu qu'il serait possible de consulter gynécologues, pédiatres et ophtalmologistes sans passer préalablement par le médecin traitant. Nous demandons solennellement, compte tenu des conséquences de cette mesure en termes de santé publique, d'inclure les psychiatres dans la liste de ces exceptions.

Nous souhaitons que le Gouvernement nous fasse connaître dès maintenant son choix et les raisons de son choix.

Reprise de la discussion

M. le président. Je suis saisi, sur l'article 4, d'un amendement n° 7699.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le soutenir.

M. Jean-Marie Le Guen. Il est défendu.

M. le président. L'amendement n° 7699 est défendu.

La parole est à M. le rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, pour donner l'avis de la commission.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé et de la protection sociale, pour donner l'avis du Gouvernement.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7699.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7700.

La parole est à Mme Martine Billard, pour le soutenir.

Mme Martine Billard. Je regrette de n'avoir pas pu être présente hier soir pour défendre mes amendements dans un débat dont j'ai vu la complexité en lisant le compte rendu.

Dans la continuité de ce que vient de dire M. Le Guen, tout en comprenant bien que la liste des exceptions ne figure pas dans la loi, nous souhaitons quelques précisions. La possibilité de consulter directement un psychiatre, qui nous paraît souhaitable, a donné lieu à de longues discussions et un consensus semblait se dessiner en ce sens. Je souhaiterais donc connaître l'avis du Gouvernement sur ce point.

L'amendement n° 7701, que je vais défendre dès à présent, prévoit, quant à lui, d'exclure également les cardiologies des dispositions de l'article 4. En effet, les affections cardio-vasculaires sont – avec les allergies, qui motivaient l'amendement n° 7699 que je n'ai pu défendre hier soir – les maladies qui progressent le plus. Ces nouvelles maladies, qui touchent un nombre croissant de nos concitoyens, rendent nécessaire de pouvoir consulter directement un spécialiste. De même qu'une personne qui souffre d'allergies doit pouvoir consulter un allergologue, on doit pouvoir, après un accident cardiaque qui s'est traduit par une hospitalisation d'urgence, consulter un cardiologue sans passer par le médecin traitant. Il en va de même pour les personnes qui suivent un traitement permanent contre l'hypertension ou celles qui sont traitées directement dans un service hospitalier de cardiologie. Des précisions s'imposent donc.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 7700 et 7701 ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je m'en tiens au principe selon lequel les spécialités médicales directement accessibles doivent être précisées par décret.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7700.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, j'appelle votre attention sur la manière dont le Gouvernement traite l'opposition. Il ne nous a pas répondu sur l'accès direct à certains spécialistes, et particulièrement aux psychiatres. Ce silence est de mauvais augure pour la suite de nos débats !

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Le Gouvernement s'est exprimé très clairement et simplement : nous souhaitons une coordination des soins. Avant de consulter le spécialiste, il faudra d'abord consulter le médecin traitant, à l'exception de trois spécialités – l'ophtalmologie, la pédiatrie et la gynécologie, qu'elle soit médicale ou obstétrique –, pour lesquelles un décret permettra un primoaccès. C'est très précis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7701.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quinze amendements, n° 79, n°s 760 à 771, n° 7762 et n° 7559, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 760 à 771 sont identiques.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 79.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur de la commission spéciale. Cet amendement du groupe des député-e-s communistes et républicains a été adopté par la commission. Bien que je me désolidarise entièrement de l'exposé des motifs, le principe de cet amendement est bon : il va de soi qu'en cas d'urgence on doit pouvoir consulter directement un autre médecin que le médecin traitant.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Il conviendrait de remplacer, dans l'amendement n° 79, les mots : « désigné par l'organisme gestionnaire » par ceux-ci : « désigné à l'organisme gestionnaire ». Sous réserve de cette rectification rédactionnelle, avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Biessy.

M. Gilbert Biessy. L'adoption de cet amendement par la commission me semble illustrer le sérieux des amendements déposés par le groupe des député-e-s communistes et républicains.

M. Francis Delattre. Une fois n'est pas coutume !

M. Gilbert Biessy. Pour autant, cela n'enlève rien à la nocivité de l'article 4 tel qu'il est proposé.

Cet amendement vise à apporter une précision importante. Tout en rejetant le dispositif proposé, nous voulons démontrer les limites et l'inefficacité du système proposé par le Gouvernement.

Celui-ci prévoit, en effet, que tout assuré désigne auprès de l'assurance maladie son médecin traitant habituel et que, s'il ne le consulte pas préalablement à la

consultation d'un autre praticien, les honoraires de ce dernier pourront, dans des conditions définies par convention, être majorés. Le patient pourra assumer cette majoration si son assurance complémentaire lui propose cette prestation – ce qui suppose que l'assuré puisse assumer au moins le coût de cette prise en charge. Une fois encore, les plus modestes seront les plus touchés.

Surtout, ce système ne tient pas compte de certaines réalités. Une consultation d'urgence chez un médecin autre que le médecin traitant ou sur un lieu de vacances doit-elle entraîner une sanction financière du malade ? Faute d'avoir prévu ces situations, l'article répond implicitement par l'affirmative.

Il est donc clair que le dispositif proposé par l'article 4 a pour seule logique de culpabiliser les malades et de chercher à faire des économies déconnectées de toute considération médicale.

M. le président. Monsieur Biessy, acceptez-vous la rectification rédactionnelle de l'amendement n° 79 proposée par le Gouvernement, consistant à remplacer : « par » par « à » ?

M. Gilbert Biessy. Oui, monsieur le président.

M. le président. Cet amendement devient donc l'amendement n° 79 rectifié.

Je le mets aux voix.

(Cet amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 760 à 771 n'ont plus d'objet, de même que les amendements n°s 7762 et 7559.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Alors que ces amendements visent à prendre en compte la notion d'urgence médicale, le fait de ne pas permettre l'accès direct au psychiatre et d'imposer la consultation préalable du médecin traitant désorganise tout l'accès à la psychiatrie, notamment la sectorisation psychiatrique.

Le Gouvernement semble, une fois encore, avoir insuffisamment réfléchi. Personne n'a jamais pensé que, dans le parcours de soins que nous souhaitons tous – certains depuis peu, d'autres depuis plus longtemps –, la psychiatrie devait être entièrement subordonnée à l'examen par un médecin traitant. Il s'agit là d'une rupture complète avec l'organisation des soins qui prévalait pour cette spécialité. L'impact de ces mesures n'a aucunement été envisagé !

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 7562 et 8189, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Martine Billard, pour soutenir l'amendement n° 7562.

Mme Martine Billard. Mon amendement vise à prendre en compte des cas particuliers. Par exemple, certains médecins, en tout cas dans les grandes villes, ne consultent pas le mercredi. C'est leur choix. Le patient dont le médecin traitant sera dans ce cas et qui aura besoin de consulter ce jour-là sera-t-il pénalisé ? En l'état, ce patient pourra être sanctionné pour avoir vu un médecin ce jour-là même si, sans vraiment relever de l'urgence, il n'aurait pas pu attendre vingt-quatre heures de plus. Je vous demande, monsieur le ministre, d'y penser dans la rédaction du décret, ou bien nous aboutirons à des situations absurdes.

M. le président. L'amendement n° 8189 n'est pas défendu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 7562 ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Défavorable.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis que la commission. Le décret prendra en considération ces situations, dans lesquelles le patient sera autorisé à consulter un autre médecin.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7562.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7480.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour le soutenir.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement propose de compléter l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale par l'alinéa suivant : « La convention des médecins généralistes et spécialistes mentionnée à l'article L. 162-5 détermine les modalités de mise en œuvre de ce signalement. » Il s'agit d'un amendement de précision.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement, considérant que son objet relève du décret.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7480.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 6997.

La parole est à M. Richard Mallié, pour le soutenir.

M. Richard Mallié. Cet amendement vise à autoriser, dans le cadre d'accords conventionnels, la consultation directe de certains spécialistes, dont le gynécologue dont nous avons parlé fort longuement. Il serait possible de les consulter, sans passer par un médecin généraliste, pour des consultations annuelles de prévention.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement. Les consultations de prévention ne se font pas à rythme annuel. Il ne faut pas multiplier les cas d'exonération.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 6997.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 4, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 4, ainsi modifié, est adopté.)

Article 5

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 5.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, premier orateur inscrit.

M. Jean-Luc Préal. L'article 5 est bien entendu le complément de l'article 4. Il prévoit un dispositif de dépassement d'honoraires en cas d'accès direct au spécialiste.

Notre système de soins à la française comporte un certain nombre de particularités, notamment le fort développement d'établissements de santé privés et une proportion très importante de spécialistes, en médecine ambulatoire ou en médecine de ville. Ce n'est pas le cas dans certains pays.

Le malaise des spécialistes, notamment ceux du secteur 1, est aujourd'hui très important. Ils se plaignent surtout qu'aucune revalorisation de leurs actes ne soit intervenue, alors que leurs charges, notamment d'assurance, ont considérablement augmenté. La plupart des spécialistes demandent soit l'ouverture du secteur 2, soit un espace de liberté tarifaire.

L'article 5 poursuit deux buts à la fois, ce qui est toujours dangereux.

Le premier est de conforter le parcours de soins, par l'intermédiaire du médecin traitant, pour assurer plus de cohérence dans le suivi et plus de coordination. L'objectif final étant l'amélioration de la qualité des soins. Nous sommes bien entendu d'accord sur ce point.

Le second est de donner un supplément de rémunération aux spécialistes, sans réouvrir officiellement le secteur 2.

A priori habile, cet article pose des problèmes d'application s'agissant de l'urgence, des vacances du patient ou du médecin traitant, de l'accès direct à certaines spécialités.

Si l'accès direct à un ophtalmo va de soi pour les lunettes, faut-il aussi l'autoriser pour le gynécologue ou le pédiatre, alors que le généraliste peut s'estimer, à bon droit, capable d'assurer l'essentiel de leurs pratiques, ceux-ci devenant alors des consultants ? Pourra-t-on consulter directement un cardiologue en cas de douleur thoracique ?

Certes, le spécialiste peut être médecin traitant, soit dans le cadre d'un protocole de soins ou d'un parcours de soins, soit parce qu'il aura été choisi par le patient, mais dans ce cas, est-il bien placé pour coordonner les soins et faire appel à d'autres spécialistes ?

Cet article soulève également le problème majeur de l'égal accès aux soins.

Des plages horaires spéciales doivent-elles être réservées à l'accès direct, et dans quelles proportions ?

Le surcoût de l'accès direct au spécialiste sera supportable par certains, mais pas par tous. Certes, les complémentaires pourront prendre en charge ce surcoût. Cela leur fera jouer un rôle plus important, mais renchéra leurs cotisations. Surtout, le caractère dissuasif du surcoût nous éloigne d'un des objectifs de l'article : la qualité des soins. Cela n'est pas cohérent.

Pour terminer, monsieur le ministre, j'ajoute que l'UDF aurait préféré que les spécialistes puissent obtenir une juste rémunération de leur activité autrement que par un dépassement d'honoraires en dehors du parcours de soins, et qu'on favorise la bonne pratique s'agissant du parcours de soins plutôt que de sanctionner ceux qui s'en écartent. Nous préférons donc l'incitation à la coercition.

M. Gérard Bapt. Très juste, monsieur Préal ! Tenez-en compte dans vos votes.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Les spécialistes du secteur 1 se plaignent de la non réévaluation de leurs honoraires. Cet article, apparemment anodin, répond à leur demande, mais d'une drôle de façon. Il témoigne d'un manque de courage politique pour dire si, oui ou non, il faut réévaluer les honoraires des spécialistes du secteur 1, et pour l'assumer publiquement.

Mme Élisabeth Guigou. Evidemment !

Mme Martine Billard. Des spécialistes, comme les gynécologues, les pédiatres, les ophtalmologistes, pourront être consultés directement. Mais ils ne bénéficieront pas des dépassements d'honoraires autorisés à leurs confrères des autres spécialités. Il y a de moins en moins de gynécologues et d'ophtalmologistes en secteur 1, mais ceux qui respectent les règles de ce secteur vont se retrouver dans la catégorie des spécialistes qui ne pourront pas faire de dépassements. Vous créez une inégalité entre les spécialistes.

M. Gérard Bapt. Très bonne remarque !

Mme Martine Billard. Je crains qu'à terme, le fait que vous n'assumiez pas l'augmentation des honoraires des spécialistes introduise des rivalités entre spécialités, entre celles qui auront droit au dépassement et les autres.

Cet article introduit également une nouvelle inégalité dans l'accès aux spécialistes, alors que vous savez qu'il en existe déjà beaucoup, en raison des différences d'honoraires, de la répartition géographique des praticiens et des relations des patients, certains d'entre eux trouvant toujours quelqu'un pour organiser un rendez-vous avec le spécialiste *ad hoc*.

Cet article est vraiment un des plus désastreux de ce projet de loi.

M. Richard Mallié. Au contraire, c'est le meilleur !

M. le président. La parole est à M. Jacques Le Guen.

M. Jacques Le Guen. Monsieur le ministre, monsieur le secrétaire d'État à l'assurance maladie, le dispositif que vous proposez à l'article 5 est bon parce qu'il remet le médecin au cœur du système. Mais les médecins généralistes, comme les spécialistes, attendent de nombreuses réponses.

En effet, il faut que le rôle du médecin traitant soit attractif et beaucoup reste à faire, notamment pour la valorisation des actes réalisés au titre de la coordination des soins.

Il en est de même pour les spécialistes disposant de la liberté tarifaire en cas d'accès direct. Le projet de loi prévoit d'autoriser les médecins de certaines spécialités à pratiquer des dépassements pour les patients qui ne leur auront pas été adressés par un médecin traitant.

Ce texte va dans le bon sens pour la majorité du corps médical et de ses représentants, mais il ne s'agit que d'une étape. Ce sont les négociations conventionnelles qui mettront en œuvre les dispositions que nous allons adopter.

Je veux faire le point sur la situation des chirurgiens du secteur 1.

Pour les chirurgiens, la consultation directe est rare : moins de 20 % des cas. La publication récente par la CARMF des revenus des spécialistes met en évidence une différence de un à onze : de 25 917 euros pour un chirurgien infantile du secteur 1 à 290 906 euros pour un médecin nucléaire du secteur 2. En dehors de ces extrêmes, les revenus varient, en moyenne, de un à quatre entre les deux secteurs.

Certes, l'ouverture du secteur 2 a permis à une majorité de chirurgiens de contourner la stagnation de la lettre clé KCC à 2,06 euros depuis 1991. Mais certains ont préféré, pour des raisons culturelles, déontologiques ou éthiques, rester en secteur 1. C'est le cas de ceux du Grand Ouest.

La judiciarisation, la baisse des revenus et la réalité de plus en plus difficile du métier ont complètement dissuadé les étudiants de s'inscrire en DES de chirurgie. Particulièrement sinistrée, la chirurgie viscérale a attiré moins de dix internes en France cette année.

Alors, quelles réponses apporter ?

Le Conseil supérieur de la chirurgie, présidée par notre collègue Jacques Domergue, devra définir des axes de réflexion, qu'il s'agisse de la mutualisation des risques dus aux infections nosocomiales et de son retentissement sur la RCP, ou de la revalorisation des actes de chirurgie dans le cadre de la CCAM.

Il faut donc que nous trouvions une solution de liberté tarifaire négociée. Il y a quelques années, l'Union des chirurgiens de France avait proposé la création d'un observatoire de la chirurgie française permettant de créer une base de données nationales, nécessaire à la gestion de la santé publique. Certains contacts avaient d'ailleurs été pris auprès de la Mutualité française. Cela permettrait une rémunération complémentaire à l'acte chirurgical en fonction des dossiers complets, ce qui rendrait possible une importante étude de santé publique relative aux actes chirurgicaux dans notre pays.

Voilà, monsieur le ministre, quelques réflexions sur les chirurgiens du secteur 1, que nous ne devons pas oublier dans ce débat. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. M. Vaxès, inscrit sur l'article, n'est pas là.

M. Daniel Paul. Il m'a donné son pouvoir, monsieur le président.

M. le président. Vous ne vous appelez pas Michel Vaxès, monsieur Paul. Je donne d'abord la parole aux orateurs présents.

M. Maxime Gremetz n'est pas là.

M. Alain Bocquet. Je le remplace, monsieur le président. (*« Il est remplaçable ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. Il est en effet irremplaçable, monsieur Bocquet, même par vous ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen n'est pas là non plus.

Dans ces conditions, je vous donne la parole pour intervenir sur l'article 5, monsieur Paul.

M. Daniel Paul. Messieurs les ministres, l'article 5 est l'article miroir de l'article 4 que nous venons d'examiner. Il répond aux mêmes logiques et aux mêmes justifications. Il s'inscrit parfaitement dans cette série d'articles qui visent à comprimer l'offre de soins faute de courage et de volonté pour réformer les modes de financement, et par conséquent à faire porter l'ensemble des économies sur les assurés sociaux. C'est là le fond du problème. C'est le véritable fil rouge de votre loi.

Cet article 5 vise à autoriser la rédaction d'une convention conclue entre les organisations représentatives de médecins et les caisses d'assurance maladie, en vue d'augmenter leurs honoraires si un patient les consulte sans être passé au préalable par son médecin traitant. En

d'autres termes, l'accès direct à un spécialiste sans être recommandé par un médecin traitant est fortement contraint en raison d'une majoration des honoraires.

Cela aura deux conséquences directes.

Tout d'abord, bien que vous vous en défendiez, il s'agit bien d'un commencement de médecine à deux vitesses. En effet, les personnes dont les ressources personnelles le permettront, ou bien qui auront souscrit à une complémentaire santé, bénéficieront d'une prise en charge de ces dépassements d'honoraires. Ce sont les plus modestes qui en souffriront, ceux qui ne pourront pas satisfaire à ces exigences financières. Ou alors, vous rendez-vous compte que pour certaines d'entre elles, la santé va devenir un coût, voire un luxe ?

Hier soir, messieurs les ministres, nous avons déjà évoqué cette question, et en particulier le champ ouvert aux complémentaires santé, lesquelles verront la possibilité de s'engouffrer dans cette brèche, même si celle-ci sera au départ relativement étroite. Elles pourront ainsi proposer – à des tarifs adaptés, bien évidemment – la couverture totale de ce nomadisme médical.

L'esprit de 1945 aura fait long feu. Nous serons loin des préoccupations des pères fondateurs de la sécurité sociale : le droit à la santé sans distinction d'âge, de ressources ou d'état pathologique.

La deuxième conséquence concerne la qualité des soins. Vous privez les personnes d'un accès normal à un spécialiste. Vous l'avez reconnu vous-même, monsieur le ministre. D'ailleurs, vous avez précisé qu'une dérogation à ce principe sera accordée pour une série de spécialistes, parmi lesquels les gynécologues, les pédiatres ou les ophtalmologues. Preuve s'il en est que votre dispositif ne tient à rien, vous reconnaissez implicitement qu'il n'est pas pertinent. Et cela prouve que nous ne sommes pas totalement dans une démarche de médicalisation des soins mais bien de maîtrise comptable. Sinon, le souci de cohérence et de médicalisation des soins ne vous aurait pas conduit à proposer de telles dispositions.

D'ailleurs, et c'est là une question que nous vous avons posée à plusieurs reprises, sauriez-vous nous dire quelle est la part des dépenses de santé occasionnée par la consultation directe d'un spécialiste qui se fait sans passer d'abord par un généraliste ? Cette évaluation a-t-elle été faite ? Ne courez-vous pas le risque, en ouvrant un champ aux complémentaires santé, de réduire à terme les contraintes que vous voulez imposer ici ?

Véritablement, l'article 5 est à l'image de l'ensemble du projet de loi : culpabilisation des assurés sociaux qui auraient une fâcheuse tendance à consulter les spécialistes ; pénalisation des malades qui se verront majorer les honoraires ; et enfin, accusation de complicité lancée à l'endroit des professionnels qui abuseraient de consultations injustifiées.

Vraiment, cet article ne rachète pas les autres articles. Au contraire, il les confirme. Et nous confirmons nous aussi notre opposition.

M. le président. La parole est à M. Alain Bocquet.

M. Alain Bocquet. Dans la droite ligne de l'article précédent, l'article 5 s'inscrit dans la logique que vous avez choisi de privilégier : celle de la sanction au détriment de la prévention.

Cet article prévoit en effet que tout patient qui se rendrait chez un médecin spécialiste sans être passé par son médecin traitant pourra se voir appliquer des dépassements d'honoraires.

Ainsi, conformément à l'article 4, tout assuré social âgé d'au moins seize ans qui n'aura pas indiqué à sa caisse d'assurance maladie l'identité de son médecin traitant, ou qui consultera directement un médecin spécialiste sans passer par son médecin référent, pourra voir sa participation majorée. Une fois de plus, les moins aisés seront les plus lésés par votre politique.

Qu'importe, pour une personne qui dispose de revenus confortables, de payer un dépassement d'honoraires. En revanche, pour toutes les autres, les plus nombreuses, cette disposition est particulièrement inique.

Dans l'exposé des motifs de l'article 5, vous n'hésitez pas à parler d'incitation. Je vous cite : « Cet article prévoit un dispositif pour inciter à une prise en charge coordonnée des soins ». Mais où se situe l'incitation ? Dans la sanction !

L'Allemagne, qui avait fait ce choix de la pénalisation financière, a finalement décidé de l'abandonner pour un système incitatif avantageant les patients qui passent préalablement par le médecin référent. La pénalisation financière n'est pas la bonne option, monsieur le ministre. D'ailleurs, certains médecins spécialistes peu scrupuleux ne feront-ils pas le choix de ne recevoir que les patients qui les consulteront directement, afin de pouvoir majorer leurs consultations ?

Là encore, c'est la voie de la médecine à deux vitesses que vous avez décidé d'emprunter : celle des riches, qui consulteront les spécialistes de leur choix sans se soucier des conséquences financières ; et celle des autres, qui devront, sous peine de se voir pénaliser financièrement, patienter le temps de deux rendez-vous avant de pouvoir bénéficier des soins du médecin compétent, alors qu'il est évident qu'ils doivent bénéficier des soins d'un spécialiste. On retrouve ainsi la logique d'ensemble de votre projet de réforme. C'est un peu comme pour les véhicules automobiles : il y aura les assurés tous risques et les assurés tierce collision. Pour une voiture, c'est moins grave, mais pour un cancer ou une autre maladie grave, vous conviendrez que c'est autre chose.

Une étude de la consommation médicale est à cet égard très intéressante. Si la consommation médicale totale varie relativement peu selon le niveau social, les différences sont par contre très accentuées lorsqu'on s'intéresse à sa structure. Les soins de spécialistes sont en effet très liés à l'appartenance sociale. Les catégories favorisées consomment ainsi généralement plus de soins spécialisés que les catégories défavorisées, qui se caractérisent par une plus forte consommation relative d'hospitalisation et de soins de médecine générale. Les cadres ont une consommation faible de soins généralistes mais la plus forte consommation de soins de spécialistes. Les ouvriers ont, pour leur part, une consommation faible de spécialistes et modérée de généralistes.

Le constat est donc simple, mes chers collègues, plus on a d'argent plus on consulte de spécialistes. Dès lors, pensez-vous sincèrement que cette politique sera réellement incitative ?

Les hauts revenus, ceux qui sont les plus gros consommateurs de médecine spécialiste, seront-ils incités par un simple dépassement d'honoraires à consulter dans un premier temps leur médecin généraliste ? Soyons réaliste, la réponse est non : la pénalisation financière ne changera rien pour eux et ils ne seront pas dissuadés par une telle mesure. Alors qu'il est très certainement nécessaire de combattre les abus, de faire en sorte que les patients qui peuvent être soignés par un médecin généraliste ne

consultent pas systématiquement un spécialiste, ce n'est certainement pas au moyen d'une telle mesure que le but sera atteint.

Cette politique, que vous qualifiez d'incitative, n'aura même pas les vertus d'une politique dissuasive !

Pour toutes ces raisons, monsieur le ministre, le groupe des député-e-s communistes et républicains votera évidemment contre l'article 5.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Les articles 4 et 5 constituent un habillage qui se voulait habile, mais qui a désormais fait long feu. Présentent-ils, comme vous le prétendez, messieurs les ministres, à un avantage quelconque pour le malade, pour l'assuré, pour le médecin ?

Voyons d'abord ce qu'il en est pour le malade, auquel vous vous référez en parlant de parcours de soins. À l'article 4 – car les articles 4 et 5 ne peuvent bien sûr s'analyser que conjointement –, vous avez institué un médecin traitant qui ne correspond en fait, essentiellement, qu'à une référence administrative. D'ailleurs, il est obligatoire. Il ne s'agit pas d'un choix volontaire du patient, ni de la part du médecin. Celui-ci n'est absolument pas considéré dans son nouveau rôle de médecin traitant : il n'est pas rémunéré pour la fonction qu'il remplit, celle-ci n'est pas validée, elle ne fait pas l'objet d'une évaluation, et aucun protocole aide le médecin traitant dans son travail. Bref, il n'est qu'une référence administrative.

À partir de là, l'accueil du patient dans le parcours de soins n'étant pas véritablement organisé par l'article 4 instituant le médecin traitant, le patient n'a pas l'avantage d'être orienté vers un spécialiste, mais seulement l'inconvénient d'être envoyé vers lui, sans aucun élément positif. Et s'il lui venait l'idée de s'adresser directement au spécialiste, il serait doublement pénalisé : mes collègues ont déjà insisté sur cet aspect des choses, sans qu'il soit besoin que j'y revienne.

Si l'on se place maintenant du point de vue du médecin, notre collègue Martine Billard a bien souligné qu'un certain nombre de praticiens vont être en quelque sorte les dindons de la farce. Selon qu'ils seront médecin traitant ou pas, ils seront traités différemment.

Mais c'est du point de vue de l'assuré que votre projet prend toute sa signification. Le parcours de soins que vous proposez est un parcours *a minima*. Et vous le faites en laissant les complémentaires jouer pleinement leur rôle dans la prise en charge des dépassements d'honoraires ou des moindres remboursements que vous organisez. Elles vont donc prendre en main la qualité des soins dans la médecine de ville. Et c'est bien là le sens du projet. C'est à cette aune qu'il faut lire les articles 4 et 5 : une moins-value pour les malades, une moins-value pour un certain nombre de praticiens, mais l'entrée en force des complémentaires, qui, elles, auront les moyens de mettre à profit l'espace économique que vous créez en diminuant les remboursements et en augmentant les tarifs, c'est-à-dire en mettant fin, d'une certaine façon, à l'opposabilité des tarifs.

Car tout votre texte est construit autour de la séparation entre les dépenses de santé, le véritable coût payé par le malade, et ce qui est remboursé par la sécurité sociale. Ainsi, nous nous retrouverons demain à peu près dans la situation qui prévaut actuellement en matière de soins dentaires : nous allons chez le dentiste, nous payons une certaine somme, et lorsque nous envoyons notre feuille de

soins à la sécurité sociale, celle-ci rembourse sur la base d'un tarif qui n'a absolument rien à voir avec celui qui a été appliqué par le praticien.

Voilà ce que vous mettez en œuvre. C'est le premier pilier de la privatisation que vous construisez. Les complémentaires seront le principal levier de cette privatisation. Celle-ci se fait sur le petit risque, là où elle est potentiellement rentable, mais cela aura des conséquences sociales considérables, le système excluant de la prise en charge par les complémentaires tous ceux qui n'auront pas les moyens d'en payer une, alors même que les prix vont exploser.

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

M. Jean-Pierre Door. L'article 5 nous permet, à la suite de l'article 4, d'engager des modifications dans le comportement des patients. Ces dispositions que l'opposition combat depuis hier font partie intégrante du système que nous voulons construire. Il ne s'agit aucunement de sanction mais plutôt d'une action en faveur de la coordination des soins. Le généraliste et le spécialiste sont, vous le savez, complémentaires, et leur collaboration est indispensable. D'ailleurs, dans la majorité des cas, les choses se passent parfaitement bien. Une bonne médecine passe par cette collaboration étroite. La participation active du généraliste à la surveillance médicale du patient augmente bien entendu l'efficacité du système.

Une meilleure coordination, une meilleure gestion du dossier médical, un meilleur rendement des décisions thérapeutiques sont les corollaires systématiques de cette coordination.

Faut-il limiter l'accès direct aux spécialistes? Faut-il limiter la demande du patient, s'il souhaite un autre avis? Certainement pas dans tous les cas. Les patients ne l'accepteraient pas, vous le savez tous.

Des honoraires différents, puisque c'est de cela qu'il s'agit dans cet article, peuvent s'expliquer dans le cas où le patient souhaiterait – c'est une éventualité – prendre en charge son propre parcours de soins. Il est également nécessaire que les modalités d'application de cet article soient déterminées par voie conventionnelle par les différents acteurs concernés.

Il est de notre responsabilité de limiter le nomadisme médical. L'article 5, après l'article 4, n'a pas d'autre but que de développer la coordination des soins. Il ne s'agit pas d'autre chose, et surtout pas de sanctions. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à Mme Paulette Guinchard-Kunstler.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Je serai brève. Je me contenterai de vous faire part de toutes mes interrogations sur le dispositif proposé.

Tout le monde semble d'accord pour mettre en place un parcours de soins vertueux permettant d'améliorer la qualité des soins et de réaliser des économies. Or je suis étonnée que ce cercle vertueux, que nous appelons tous de nos vœux, ne repose que sur la culpabilisation du patient, qui serait le seul à payer. À aucun moment, ce texte n'incite les professionnels de santé à suivre ce parcours de soins vertueux. Il revient au patient de veiller au bon fonctionnement de notre système de santé. À quel moment, mettez-vous en place un dispositif incitant les professionnels à entrer réellement dans un processus de parcours de soins vertueux? J'utilise l'adjectif « vertueux » à bon escient.

J'ai lu avec intérêt le rapport de M. Dubernard qui précise clairement, à la page 140, que le dispositif prévu dans le cadre de l'article 5 « se manifeste aussi par des déconventionnements qui sont susceptibles, à terme, de détruire tout le système conventionnel, qui est un des piliers de notre système de soins. » J'avais expliqué, dans mon intervention générale, que, parfois, une destruction complète pouvait se cacher dans un détail. Je suis persuadée que l'article 5 déstabilisera profondément notre protection sociale. En effet, les patients les plus aisés pourront très facilement bénéficier des services de spécialistes, contrairement à ceux qui, faute de moyens suffisants, subiront les conséquences d'un dispositif profondément inégalitaire. Notre protection sociale repose sur la solidarité, grâce au système de conventionnement; or vous le mettez définitivement à mal dans cet article.

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

M. Gérard Bapt. Le rapport de M. Dubernard est en train de devenir un texte sacré (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire*), car il est signé d'un parlementaire prestigieux.

M. Richard Mallié. Cireur de pompes!

M. Gérard Bapt. Il est donc normal que nos collègues, ici présents, s'y réfèrent. Il serait également nécessaire que le Gouvernement réponde aux inquiétudes et aux risques énoncés.

L'article 5, comme vient de le préciser Mme Paulette Guinchard-Kunstler, c'est la cerise sur le gâteau dans cette magnifique construction, qui, au terme des cinq articles concernant l'offre de soins, organise le déremboursement et, peu à peu, remet en cause notre système solidaire de soins. C'est l'article le plus destructurant, le plus « exquis » au sens sémiologique du terme, c'est-à-dire que, lorsque le doigt y porte, c'est la solidarité qui souffre.

Cet article met en place une sorte de machine à déremboursements, puisque les organismes complémentaires ne seront pas contraints d'empêcher les dépassements d'horaires des spécialistes, laissant ainsi le champ un peu plus libre à l'assurance individuelle.

Je note, de plus, quelques contradictions que Mme Billard a, à juste titre, soulignées. Si l'accès direct à certains spécialistes est permis, qu'en est-il pour eux, et en particulier pour les pédiatres, de la possibilité d'augmenter leurs tarifs? Nous avons, en effet, évoqué, il y a quelques instants, les disparités de revenus entre les différents corps de spécialistes. J'imagine que vous saurez trouver une solution à ce problème.

En diminuant les taux de remboursements, vous pénalisez et dissuadez les assurés au lieu de les encourager à une bonne pratique, laquelle passe par l'augmentation de ces taux. Vous ne faites qu'introduire la liberté tarifaire pour certains spécialistes, ce qui met en péril l'égalité: il est évident que le secrétariat qui gère le carnet de consultations du spécialiste considérera différemment le patient envoyé par son médecin traitant et celui qui vient directement et auquel on pourra imposer la liberté tarifaire. M. Dubernard, dans son excellent rapport, souligne lui-même cette difficulté à la page 143, en parlant d'« un risque indéniable de traitement différent des patients par les différents médecins traitants ».

Enfin, cet article s'inscrit en faux contre vos affirmations réitérées sur la nécessaire réorganisation des soins, donc le travail en réseau et l'organisation des filières.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Bapt!

M. Gérard Bapt. En effet, l'organisation des filières devrait normalement, à entendre vos propos, passer par le médecin traitant.

L'article 5 est, selon nous, particulièrement inquiétant, et nous resterons vigilants.

M. Maxime Gremetz. Je souhaiterais m'exprimer sur l'article, monsieur le président !

M. le président. Non, monsieur Gremetz, M. Bocquet a parlé en votre nom tout à l'heure !

M. Maxime Gremetz. Il ne me l'a pas dit !

M. le président. Mais, à moi, il l'a dit !

M. Maxime Gremetz. Soit ! Alors, je vous demande donc la parole pour répondre au Gouvernement !

M. le président. Le Gouvernement ne s'est pas encore exprimé sur l'article 5 et nous n'avons pas encore commencé l'examen des amendements.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est bien ce qu'on reproche au Gouvernement : de ne pas s'exprimer ! Si M. Gremetz attend que le Gouvernement parle, il va attendre longtemps !

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

Mme Catherine Génisson. Cet article est surréaliste et injuste. Avec l'article 4, il conduit à ce que Claude Évin a justement appelé la double peine. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Les patients qui n'iront pas chez leur médecin traitant seront pénalisés : non seulement la consultation chez un spécialiste sera plus chère, mais elle sera moins bien remboursée. Nous nous opposons vivement à cette mesure arbitraire qui repose uniquement sur la culpabilisation du patient et en aucun cas sur la notion de bonne pratique.

Quant à prétendre que les spécialistes auront plus de travail, si le malade n'est pas passé au préalable par son médecin traitant, c'est insultant. En effet, si le courrier du médecin traitant accompagne la consultation du spécialiste, il ne la remplace en aucun cas. L'acte du spécialiste, comme celui du généraliste, est un acte à part entière.

Vous considérez également que cet article permettra de corriger les inégalités dont souffrent les médecins du secteur 1. Un problème se pose, certes, à leur niveau lorsqu'ils produisent leur acte sans support technologique. Mais ce sont les patients que vous transformez malgré eux en négociateurs conventionnels !

Cet article ouvre une brèche dans le système conventionnel, qui permet l'expression de la solidarité nationale. Nous nous y opposerons donc avec détermination.

M. le président. La parole est à M. Henri Nayrou.

M. Henri Nayrou. Prenez un patient, au hasard parmi les députés de la majorité, même s'ils ne le sont pas tous, puisqu'il y a aussi les impatients et les stoïques !

Article 4 : si ce patient consulte un généraliste sans passer par son médecin traitant pour diverses raisons ayant trait, par exemple, à la mobilité, il sera financièrement pénalisé. Article 5 : si ce même patient consulte un spécialiste sans passer par son médecin traitant, il ne subira aucun préjudice financier, mais le médecin spécialiste pourra, lui, pratiquer des dépassements d'honoraires.

L'article 5 appelle plusieurs commentaires. Il permet, tout d'abord, de mieux rémunérer un acte effectué dans des conditions qui ne sont pas en harmonie avec la

conception que vous semblez avoir de la coordination des soins. « Rompez la chaîne de la cohérence et vous serez récompensés ! » Ce n'est guère moral et ça l'est d'autant moins quand on sait ce que cache l'article 5 !

Le prix d'un acte ne doit pas être fixé en fonction de la nature des étapes qui y conduisent, mais de façon objective, selon sa complexité et le temps passé par le praticien. Sinon, il y a tout lieu de craindre que la gestion de l'agenda du médecin soit directement liée au montant de la rémunération perçue, ce qui reviendrait à pratiquer une médecine à deux vitesses.

En conséquence, l'article 5 conduirait à avantager les professionnels lorsque le patient ne s'inscrit pas dans une utilisation rationnelle du système de soins, à rendre inopérante la démarche de la classification commune des actes médicaux, qui a pour objectif de déterminer la valeur de chaque acte médical, à fixer la valeur d'un acte en fonction de la capacité contributive du patient, à accroître les inégalités régionales d'ores et déjà constatées au détriment des zones géographiques à plus faible pouvoir d'achat, à réintroduire une dimension financière dans la relation thérapeutique entre un médecin et son patient et, enfin, à entretenir des inégalités entre médecins qu'aucun contenu médical ne justifie et qui constituent une cause majeure du malaise des médecins spécialistes.

En conclusion, avec l'article 5, la boucle des pratiques douteuses est bouclée. Il convient de le supprimer, quitte à ce que vous assumiez autrement votre choix d'augmenter les honoraires des spécialistes, quitte à ce que vous accroissiez le déficit de l'assurance maladie, prétexte à la pseudo-réforme que vous nous proposez.

M. le président. La parole est à M. Alain Vidalies.

M. Alain Vidalies. L'article 5, peut-être le plus important du projet de loi, est en contradiction avec les objectifs annoncés et ses conséquences ne sont pas mesurées. Vous nous le présentez comme un élément du parcours de soins. L'article 4, au lieu d'encourager la fidélité envers les généralistes, pénalise les patients qui ne vont pas voir leur médecin traitant. Quant à l'article 5, il autorise les spécialistes à pratiquer des dépassements d'honoraires avec les patients qui n'ont pas consulté leur médecin traitant au préalable, c'est-à-dire des patients déjà pénalisés une première fois.

Nous ne comprenons pas la logique de cette disposition, sa cohérence avec le reste du texte. Quel raisonnement logique permet de passer de l'objectif de rationalisation du parcours de soins à la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires uniquement dans les cas où le malade choisit de ne pas consulter son médecin traitant ? S'il y avait quelque chose à faire, c'était évidemment encourager ceux qui respectent le parcours de soins !

Mais vous connaissez parfaitement l'objectif réel, même s'il relève du non-dit. Comme d'habitude, la vérité apparaît dans le rapport, sous la plume de M. Dubernard – si on peut lui reprocher de pas s'expliquer complètement en séance, on ne dira jamais assez qu'il a eu le mérite d'écrire tout ce que le ministre cache. Quel rapport y a-t-il entre le projet de loi et la crise des rémunérations des médecins spécialistes du secteur 1 ? À première vue, aucun ; l'objectif du texte est d'assurer le financement de la sécurité sociale. J'attire cependant l'attention de tous, notamment des collègues de la majorité, sur ces explications contenues dans le rapport : « Outre le fait qu'il incite le patient à s'inscrire dans des filières de soins, le présent article permet de revaloriser l'acte du médecin, en particulier du médecin spécialiste. » Et le plus étonnant reste à venir, écoutez plutôt : « Il constitue un début de

réponse au malaise croissant des médecins spécialistes du secteur 1, qui se traduit d'abord par des dépassements d'honoraires non conformes aux lois et règlements. Il se manifeste aussi par des déconventionnements qui sont susceptibles à terme de détruire tout le système conventionnel. » (« *Et voilà!* » sur les bancs du groupe socialiste.)

Le rapporteur explique donc que tout cela, en réalité, n'a rien à voir avec les objectifs annoncés.

M. Jean-Marie Le Guen. Bien entendu !

M. Alain Vidalies. Il s'agit simplement de répondre par un artifice à la crise que traversent les médecins spécialistes ! C'est assez extraordinaire !

Par ailleurs, quelles seront les conséquences de cette réforme ? A long terme, outre son caractère injuste sur le plan social, que viennent de dénoncer mes collègues du groupe socialiste, elle approfondira les inégalités territoriales en matière d'accès aux médecins spécialistes. Ces inégalités sont déjà énormes : selon que vous habitez la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie ou Nord - Pas-de-Calais,...

M. Henri Nayrou. Et dans l'Ariège ?

M. Alain Vidalies. ... la densité de médecins spécialistes répondant aux besoins de la population varie considérablement. Voici quelques chiffres publiés par l'ordre national des médecins : il y a un cardiologue libéral pour 8 818 habitants en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, un pour 21 034 dans le Nord-Pas-de-Calais et un pour 35 000 en Picardie.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Vidalies.

M. Alain Vidalies. Je m'arrête là pour l'instant, monsieur le président, mais j'y reviendrai, car je dispose des chiffres des autres spécialités. La question est tout de même d'une portée considérable puisqu'il s'agit de savoir si, compte tenu de ces inégalités, la population pauvre pourra se payer les dépassements d'honoraires. Mais l'objectif caché n'est-il pas d'organiser définitivement une médecine à deux vitesses ?

M. Jean-Marie Le Guen. Très juste !

M. Francis Delattre. La conclusion est originale !

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Guigou.

Mme Élisabeth Guigou. Après l'article 2 sur le dossier médical personnel, après l'article 4 sur le médecin traitant, avant l'article 11, voici l'article 5, qui pénalise une fois de plus les assurés.

Chaque spécialiste du secteur 1 sera autorisé à fixer ses tarifs à sa guise dès lors qu'un patient ne lui aura pas été adressé par un médecin traitant. Le patient qui fera ce choix, nous l'avons déjà souligné plusieurs fois, sera doublement pénalisé : il subira une minoration de sa prise en charge au titre de la sécurité sociale ainsi qu'un dépassement d'honoraires.

Que va-t-il se passer ? On pourrait considérer que, finalement, ceux qui en ont les moyens peuvent supporter des tarifs majorés, soit. Mais, en réalité, les malades aisés et bien assurés par une complémentaire généreuse pourront contourner sans frais le médecin traitant, tandis que les moins riches seront lourdement pénalisés. Votre texte prévoit en effet que les assurances complémentaires puissent prendre en charge la totalité de la majoration de la participation de l'assuré qui n'est pas passé par son médecin traitant. Je signale au passage que le dispositif de

franchise par consultation, instauré à l'article 11, vise lui, au contraire, à dissuader fortement les complémentaires de couvrir la majoration du coût incombant à l'assuré.

Une fois de plus, c'est la porte grande ouverte à une médecine à deux vitesses – qu'il s'agisse du prix de la consultation chez le spécialiste ou du délai d'attente –, à une sécurité sociale pénalisant les moins aisés, à une explosion des primes de toutes les assurances complémentaires, y compris de celles souscrites par les plus défavorisés.

Vous prévoyez bien que certains spécialistes puissent être consultés directement, voire désignés comme médecins traitants. Très bien ! Mais un spécialiste désigné comme médecin traitant pourra-t-il soigner d'autres pathologies ? Vous reléguez aussi à un décret futur la définition des spécialistes en accès direct ; vous avez cité quelques exemples, mais nous demandons davantage de précisions.

Ce dispositif constitue en vérité, Mme Billard l'a dit, une augmentation non assumée des honoraires des spécialistes du secteur 1 et une extension déguisée du secteur 2, dès lors que vous n'imposez pas aux spécialistes classés dans cette catégorie d'appliquer le tarif conventionnel aux patients qui auront préalablement vu un médecin traitant. De surcroît, la hausse de rémunération est réservée aux spécialistes consultés directement, à l'exclusion de ceux dotés du statut de médecin traitant.

Au total, après la double peine appliquée aux patients, vous accordez une double prime à ceux des médecins spécialistes qui profiteront du non-recours préalable au médecin traitant : ils seront mieux rémunérés et ils pourront privilégier voire sélectionner les patients les plus fortunés. L'article 5 est à la fois injuste, clientéliste et hypocrite. Il présente aussi l'extrême inconvénient d'être dangereux pour le système conventionnel et, ce titre, il doit être supprimé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Gaëtan Gorce.

M. Gaëtan Gorce. L'article 5, au fond, est l'illustration, le miroir de la politique du Gouvernement en la matière, ou plutôt de ses insuffisances. Il impose effectivement de passer par un médecin traitant, sous peine de payer un dépassement d'honoraires. De la part des représentants du Gouvernement, on était en droit d'attendre d'autres propositions pour réduire les déficits de l'assurance maladie.

M. Richard Mallié. Donneur de leçons !

M. Gaëtan Gorce. L'absence de vraie réforme – car il est clair que le dispositif du médecin traitant sera contourné et échouera – contraindra le Gouvernement à assumer une augmentation des dépenses à la charge de tous, c'est-à-dire, en réalité, un déficit accru. Car cette réforme ne permet en rien d'envisager une réduction significative, concrète, effective, des déficits de l'assurance maladie. D'une certaine manière, vous êtes en train de devenir un spécialiste de l'organisation des dépassements, de l'organisation des déficits, et cela nous inquiète.

Les critiques envers l'article 5 me paraissent particulièrement fondées.

D'abord, il s'inspire de logiques contradictoires. Quel est l'objectif recherché ? S'agit-il d'améliorer la qualité des soins ou, comme l'a très justement dénoncé Alain Vidalies, de répondre au problème de rémunération des spécialistes ? J'aimerais que les éléments de réponse viennent de vous, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je vous répondrai.

M. Gaëtan Gorce. S'agit-il d'améliorer la qualité des soins, d'accroître la rémunération des spécialistes, ou encore de résoudre les problèmes de déficit et d'équilibre financier du système ? Les réponses paraissent contradictoires, tout comme les logiques qui inspirent le texte ; par conséquent, l'efficacité des dispositions proposées est vraiment sujette à caution.

Mais, au-delà de ces logiques contradictoires, ce qui nous préoccupe surtout, c'est que vous renforciez les inégalités, cela a déjà été dit très clairement. Car ceux qui auront les moyens de faire plus ou moins appel aux assurances complémentaires ne subiront pas directement les conséquences du nouveau dispositif, et chacun sait que l'on est davantage enclin à recourir aux spécialistes quand l'on est couvert par une complémentaire performante. Ceux qui en sont bénéficiaires pourront donc avoir intérêt à contourner le système du médecin traitant, ce qui risque de conduire à un régime à deux vitesses.

De même, le médecin spécialiste, pour bénéficier de la rémunération supplémentaire que vous prévoyez, aura intérêt à soigner prioritairement des malades qui ne sont pas passés par le médecin traitant. Cette seconde source d'inégalité est sans doute la plus grave car celles et ceux qui auront les moyens financiers de répondre aux sollicitations financières passeront en priorité tandis qu'une file d'attente se constituera pour les autres.

Enfin, mes collègues l'ont dit tout aussi clairement, se pose le problème de la double peine, si j'ose dire : le patient sera sanctionné deux fois, à travers la minoration du remboursement et la majoration de la rémunération qu'il devra verser au médecin.

Très sincèrement, compte tenu de cette logique contradictoire et de ces inégalités, je ne vois aucune raison de soutenir l'article 5 ; nous serons nombreux à le combattre et, tout à l'heure, à voter contre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Claude Évin.

M. Claude Évin. L'article 5 est à l'image de bien d'autres mesures contenues dans ce projet : il part d'une idée qui peut être intéressante, donne l'illusion de la résoudre, mais ne le fait pas réellement.

L'idée de départ est intéressante : il peut être nécessaire, que dis-je, il est nécessaire que le patient s'inscrive dans un parcours de soins et y soit guidé. Sauf que, monsieur le ministre, concrètement, le dispositif que vous avez imaginé, notamment à l'article 4, ne répond absolument pas à cet objectif : il se résume à une inscription administrative auprès d'un médecin traitant, qui n'améliore en rien l'information du patient, pas plus que la qualité du service qui lui est rendu.

Une fois de plus, vous donnez l'illusion de répondre à un problème en vous agitant, en faisant mine de débattre pendant un certain temps. Une fois de plus – comme avec le dossier médical personnel –, vous ne résoudrez rien. Le dispositif du médecin référent, lui, résultait d'une négociation conventionnelle, et prévoyait notamment, au moment de l'inscription de l'assuré social, une consultation particulière rémunérée ; là, il n'en est point question. Et ce n'est qu'un exemple parmi d'autres.

J'avais moi-même utilisé l'expression « double peine » en commission ; je n'y reviendrai pas car l'idée a déjà été développée.

Si votre médecin traitant est paré de toutes les vertus que vous lui prêtez, monsieur le ministre, comment imaginer que les procédures prévues ne soient pas respectées ? Pourquoi autoriser des professionnels de santé à demander à leurs patients une rémunération supplémentaire ?

Le médecin traitant étant paré de toutes ces qualités, vous accordez une prime à la non-qualité, puisque, quand un patient ira directement voir un spécialiste sans passer par un médecin traitant, le système de santé sera amené à déboursier davantage et le professionnel de santé sera davantage rémunéré. Autrement dit, « ne respectez ni les procédures, ni la démarche de qualité, et vous serez mieux rémunéré » semblez-vous dire à ces médecins ! C'est tout de même extraordinaire !

En fait – et c'est bien pour cela que l'article 5 n'est qu'un faux nez ! –, il s'agit de légaliser des pratiques non réglementaires, qui se sont développées ces derniers mois et que M. Dubernard dénonçait lui-même dans son rapport, des dépassements d'honoraires effectués par des médecins d'un secteur à tarifs opposables. Ces dépassements d'honoraires, qui n'étaient pas autorisés, aujourd'hui, vous les légalisez en créant un dispositif nouveau !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. C'est faux !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. C'est votre interprétation, monsieur Évin !

M. Claude Évin. Monsieur le rapporteur, c'est ce que vous pointez expressément dans votre rapport ! Il fallait remédier, écrivez-vous en substance, à des comportements extra-réglementaires et illégaux. Et comme on n'a pas trouvé de solution dans le cadre conventionnel, on valide par la loi !

Le message est clair : continuez, chers docteurs, à vous mettre en dehors des systèmes conventionnel, réglementaire et législatif, votre bon ministre Douste-Blazy viendra vous dire, *a posteriori*, que vous aviez raison ! Et il vous donnera satisfaction, à plus forte raison si vous ne respectez pas une démarche de qualité !

Tel est le sens précis de l'article 5. Pour toutes ces raisons, il faut le rejeter.

M. le président. La parole est à M. Simon Renucci.

M. Simon Renucci. Cet article risque fort de soulever plus de questions qu'il n'en résoudra. Il a trait à celle, essentielle, de la liberté de choix du patient.

S'il entend contribuer à la limitation des dépenses en limitant l'accès aux spécialistes – qui coûte cher – sans que l'on ait d'ailleurs évalué le rapport entre le coût et l'efficacité, il semble qu'il ait un deuxième objectif : répondre à la demande – légitime – d'une augmentation de la consultation des spécialistes conventionnés, c'est-à-dire ceux qui obéissent à une convention, qui sont donc solidaires, qui respectent le malade et qui sont prêts à évaluer leurs pratiques, ce qui finalement favorise les bonnes pratiques, ou tout simplement le respect de l'éthique.

Jusqu'à présent le dépassement était inscrit – sauf ces derniers temps, et suite à l'augmentation qui avait juste précédé l'élection présidentielle – dans la convention pour le secteur 1 et ne se faisait qu'avec tact et mesure. Or cet article institue le dépassement pour tous les médecins spécialistes, à l'égard de tous les patients qui les consultent directement.

Un malade chronique qui va chez son médecin spécialiste habituel coûte-t-il réellement plus cher ? Ce médecin va-t-il réellement pénaliser ce patient ?

Est-ce réaliste ? N'est-ce pas plutôt un moyen habile d'augmenter les honoraires ? Cette mesure – et c'est là sans doute la question essentielle – va-t-elle dans le sens de la maîtrise des dépenses ?

La coordination des soins, l'évaluation de la qualité, de la sécurité et du rapport entre le coût et l'efficacité sont totalement absentes de ce projet. A votre décharge, monsieur le ministre, je reconnais que ces outils de maîtrise médicalisée sont difficiles à mettre en place.

En réalité, au-delà de l'article, la vraie question qui se pose est de savoir comment vous organisez l'offre de soins à l'hôpital comme en ville et quelle sera la place des réseaux.

M. le président. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Quand on part d'une idée fautive, on a beau tenir un raisonnement logique, au bout du compte, on se trompe ! C'est ce que vous faites, chers collègues de l'opposition, lorsque vous analysez l'article 5.

On entend toujours les mêmes discours : « médecine à deux vitesses, médecine inégalitaire », etc. Ce que vous n'avez pas compris, ou que vous faites semblant de ne pas comprendre, c'est que le médecin traitant est au cœur du système...

M. Claude Évin. On ne l'a pas encore vu !

M. Jacques Domergue. ... et que c'est lui qui doit orienter vers un médecin spécialiste.

Dans la réforme en cours, le rôle du médecin traitant sera valorisé plus encore, puisqu'il sera mis au rang de médecin spécialiste. Raison de plus pour faire en sorte qu'il soit réellement le coordonnateur de l'action.

Pour M. Vidalies, mieux vaudrait encourager celui qui respecte le parcours de soins, c'est-à-dire le malade qui va d'abord consulter son médecin traitant, lequel l'envoie éventuellement chez un spécialiste. Mais comment faire alors qu'il bénéficiera déjà d'une prise en charge totale ? Voudriez-vous que l'on institue un crédit d'impôt pour qu'il y gagne quelque chose de plus !

Mme Catherine Génisson. Avec le médecin référent, il y a des mesures particulières !

M. Alain Vidalies. Et le tiers-payant ?

M. Jacques Domergue. Il existe déjà dans certaines circonstances !

Il faut pourtant marquer la différence entre lui et celui qui ne respecte pas le circuit que l'on veut imposer. Nous sommes en train d'instaurer un système qui va modifier les comportements. Cela vous ferait-il peur ? (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Gérard Bapt. Provocation !

M. Jacques Domergue. On ne réussira pas sans cela, je crois que nous sommes tous d'accord sur ce point.

Ce que propose l'article 5 est le seul moyen pour faire en sorte que celui qui ne respectera pas le circuit puisse – ce ne sera ni obligatoire ni systématique – être exposé à un dépassement d'honoraire si le médecin est en secteur 1.

Je le disais, partant d'une idée fautive, et bien que suivant un raisonnement logique, vous vous trompez !

S'agissant des chirurgiens, je m'adresse à M. le ministre. Ce système-là ne permettra pas de valoriser leurs actes car les patients leur sont adressés par un médecin traitant ou par un spécialiste. C'est le cas notamment pour les spécialités chirurgicales de base, chirurgie viscérale, vasculaire et cardio-vasculaire, orthopédie et urologie, activités spécifiquement chirurgicales et non pas médico-chirurgicales. Il faut trouver pour eux un autre moyen.

M. Claude Évin. Vous en convenez !

M. Daniel Paul. C'est bien ce que nous disons !

M. Jacques Domergue. Il est indispensable, comme l'a dit M. Jacques Le Guen, de valoriser ces spécialités chirurgicales car elles souffrent d'une grave désaffection. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des député-e-s communistes et républicains.*)

M. Claude Évin. M. Domergue dit les choses clairement, il est très naïf !

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

M. Richard Mallié. Depuis huit jours que nous examinons ce projet, je croyais qu'il y avait consensus sur le fait que la carte Vitale, que nous avons tous sur nous, n'est pas une carte bleue au crédit illimité, ni le tonneau des Danaïdes, mais le moyen de procéder à la télétransmission.

Or on s'aperçoit que le système ne fonctionne pas, qu'il est structurellement déficitaire. Le projet vise à responsabiliser les trois acteurs du système, à savoir les patients, les professionnels et les gestionnaires.

Je rappelle que, dans un autre article du texte, on parle aussi des indemnités journalières, domaine dans lequel il faut également remettre les choses d'équerre !

Plusieurs députés du groupe socialiste. On va y venir !

M. Richard Mallié. En temps voulu !

Revenons-en à l'article 5 qui incite à avoir un médecin traitant, en laissant au patient la liberté de le choisir. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des député-e-s communistes et républicains.*)

M. Maxime Gremetz. En payant !

M. Richard Mallié. Les Français auront toute latitude de sortir du système mais, dans ce cas, ils seront moins remboursés !

Mme Martine Billard. Et le médecin mieux payé !

M. Maxime Gremetz et M. Daniel Paul. Et voilà !

M. Richard Mallié. Chers collègues de l'opposition, vous ne faites qu'inverser la charge de la preuve. Vous nous faites un procès d'intention, à nous et aux acteurs du système, aux Français qui sont les patients, aux professionnels de santé – ça leur sera répété (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des député-e-s communistes et républicains*) –...

M. Claude Évin. Ils lisent le *Journal officiel* !

M. Richard Mallié. ... parce que l'on sait très bien que, pour des gens qui n'ont pas les moyens, ils sont tout à fait prêts à faire des consultations gratuites !

M. Jean-Marie Le Guen. C'est vrai, pas besoin de sécurité sociale, on viendra avec un poulet et une douzaine d'œufs pour payer la consultation !

M. Richard Mallié. Et vous faites aussi un procès d'intention aux gestionnaires.

Ça suffit ! Maintenant, il faut avancer ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à M. Jean Le Garrec.

M. Jean Le Garrec. Nous sommes nombreux à intervenir sur l'article 5, car il y a, dans ce projet, contrairement à ce que prétendent M. Mallié et M. Domergue, une logique qui transparaît dans les articles 4, 5, 10 et 14.

Vous parlez de responsabiliser les acteurs du système de santé, et vous avez raison, mais vous faites pencher la balance d'un seul côté, celui du citoyen, du malade, du patient.

M. Richard Mallié. C'est faux !

Mme Martine Billard. C'est parfaitement vrai, au contraire !

M. Jean Le Garrec. Je vais le démontrer.

L'instauration du médecin traitant – article 4 – ne sera pas facile et demandera du temps. Dans l'hypothèse où ce système ne fonctionnera pas automatiquement, le dépassement d'honoraires sera possible, c'est un décret qui en décidera, un décret dont nous ne connaissons pas le contenu. Que signifiera ce dépassement d'honoraires ?

M. Francis Delattre. Vous avez fait bien pire !

M. Jean Le Garrec. En vertu de l'article 5, certains spécialistes pourront eux aussi pratiquer des dépassements d'honoraires « dans certaines limites » ! Cette expression imprécise a-t-elle bien sa place dans un texte législatif ?

Aux termes de l'article 10, « la prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée au respect... » des bonnes pratiques. Une fois de plus, c'est le patient qui est visé.

À l'article 14, c'est des arrêts de travail qu'il est question. Or on sait ce qui se passe dans les entreprises, en particulier dans la sous-traitance. Là encore, vous prévoyez une éventuelle suspension de la prise en charge.

On voit bien que votre logique ne fait peser la responsabilité que d'un côté. Or, le médecin est au centre du colloque singulier, c'est d'ailleurs ce qui fait la grandeur et la difficulté de ce métier. Le patient, lui, est en situation de demande.

Dans la région Nord - Pas-de-Calais, il faut parfois attendre huit à dix mois pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste ! Croyez-vous que l'instauration du médecin traitant puisse y remédier ?

Monsieur le ministre, il est clair que vous faites peser la responsabilité sur celui qui est le plus en demande, le plus en difficulté. J'ajoute que, bien entendu, il y aura une terrible inégalité entre ceux qui peuvent, ceux qui savent, ceux qui ont les moyens d'avoir une complémentaire et les autres. Ce projet va accroître les inégalités.

Il s'agit donc d'un texte dangereux et injuste. (« *Très juste !* » sur les bancs du groupe socialiste.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je rappelle à mes collègues que le rapporteur est là pour les éclairer, préparer l'examen en commission et le débat en séance publique. (*Exclamations et rires sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des député-e-s communistes et républicains.*) Il ne doit pas se livrer à un panégyrique aveugle mais à une analyse critique du projet de loi afin que, tous, nous puissions nous prononcer dans les meilleures conditions d'objectivité.

Comme j'ai été mis en cause à plusieurs reprises par des collègues qui n'ont pas forcément bien lu mon rapport, je tiens à faire une mise au point : oui, il y a bien un problème avec les médecins du secteur 1, tout le monde en convient.

M. Jean-Marie Le Guen. Alors, on généralise le secteur 2 !

M. Claude Évin. Ce n'est pas la bonne manière de résoudre le problème !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Oui, monsieur Le Guen, le déconventionnement en chaîne et en série auquel on assiste actuellement menace notre système conventionnel lui-même et notre système de solidarité, cela mérite d'être rappelé.

M. Jean-Marie Le Guen. Il faut faire ce que préconisait M. Douste-Blazy, il y a un an : la généralisation des honoraires libres !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Pour revenir à l'article 5, je rappelle que les modalités du dépassement d'honoraires sont encadrées par la convention, par le code de déontologie et par le code de la sécurité sociale. En outre, le projet prévoit des exceptions, notamment pour les protocoles de soins.

J'ai été très sensible aux interventions de Mme Guigou et de Mme Guinchard-Kunstler. J'ai d'ailleurs déposé un amendement n° 80, qui a été adopté par la commission et qui prévoit l'égalité d'accès aux spécialistes, que le patient soit allé ou non consulter son médecin traitant.

Je rappelle aussi à mes collègues que l'article 9 du texte contient une série de mesures prévoyant l'information du patient.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Comme le rapporteur vient de le faire, je vais répondre aux différentes questions qui ont été posées.

Monsieur Évin, si le médecin traitant n'avait aucun rôle, pourquoi avons-nous prévu que la convention ou un arrêté définisse son rôle et ses missions ?

Par ailleurs, le surcoût du spécialiste se justifie par le temps supplémentaire qu'il devra consacrer à son patient lors d'une primo-consultation. (*Rires sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Claude Évin. C'est extraordinaire ! Quand avez-vous trouvé cet argument ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Monsieur Évin, écoutez-moi !

M. Jean-Marie Le Guen. Ce n'est plus une médecine à deux vitesses, mais à deux qualités !

M. le président. Monsieur Le Guen, le ministre vous a écouté en silence. Faites comme lui.

Veillez poursuivre, monsieur le ministre.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. L'opposition semble découvrir aujourd'hui que certains patients ont un comportement directement lié à une incitation financière. Mais cela fait deux ans que, dans le cas d'une visite de nuit à domicile médicalement injustifiée, le patient s'acquitte d'un forfait de dix euros non remboursé.

Mme Catherine Génisson et M. Jean-Marie Le Guen. Cela n'a rien à voir !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Enfin, il ne s'agit pas d'une réforme administrative puisque nous passons par la négociation conventionnelle. Si les socialistes ont l'habitude de tout régler par la loi, nous, nous lui préférons la négociation sociale. Et ce n'est pas parce que Mme Aubry a fait passer les 35 heures par voie législative que nous allons faire de même sur tous les sujets. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Que faites-vous du DMP, du médecin traitant et du déremboursement ? Ce sont bien des obligations !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale.

En ce qui concerne le secteur 2, je ne le généralise pas. Mais je vous rappelle que si les personnes qui veulent consulter un gynécologue en région parisienne n'en trouvent pas hors du secteur 2, c'est parce que vous n'avez rien fait contre lorsque vous étiez au Gouvernement.

M. Jean-Marie Le Guen. Mais vous le généralisez !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale.

Nous proposons que le patient voie son médecin traitant avant de consulter un spécialiste. Mais si le patient veut consulter directement un spécialiste, nous proposons que ce dernier puisse augmenter ses honoraires de façon encadrée par la convention. Contrairement à vous, nous voulons instaurer un système plus juste et plus équitable.

Monsieur Gorce, nous souhaitons réellement améliorer le système de soins. Cette réforme n'a pas pour but d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie.

M. Claude Évin. C'est ce que dit M. Sarkozy !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale.

J'estime que la coordination du système de soins est une véritable réponse.

Monsieur Prétel, madame Billard, monsieur Bocquet et monsieur Paul, vous percevez la capacité de dépassement d'honoraires comme une sanction. Il n'en est rien. Il s'agit d'une incitation, dans un système de soins où l'assurance maladie prend en charge 80 % des dépenses...

Mme Martine Billard. Nous parlons bien du remboursement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale.

... Tout à fait. À cause du secteur 2, certaines personnes, aujourd'hui, ne peuvent pas aller voir le médecin qu'elles veulent pour des raisons financières. Demain, personne ne doit plus en être empêché. Tout le monde pourra choisir le médecin traitant qu'il veut et le spécialiste qu'il souhaite si le médecin traitant le prescrit. Vous ne ferez croire à personne que c'est injuste.

Enfin, monsieur Le Guen et monsieur Le Garrec, nous accepterons un amendement du rapporteur qui vise à ce qu'il n'y ait pas de discrimination entre les patients selon la manière dont ils accèdent aux spécialistes. Autrement dit, il n'y aura pas de files d'attente chez les spécialistes pour les patients qui leur sont adressés par leur médecin traitant. L'amendement de M. Dubernard tend à éviter cette dérive.

Monsieur Door, je vous remercie d'avoir souligné la nécessité de mettre en œuvre un véritable parcours de soins.

S'agissant de la coordination des soins, monsieur Paul et monsieur Bocquet, vous avez parlé de médecine à deux vitesses. C'est précisément pour éviter cela que nous présentons cette réforme et que nous souhaitons améliorer la coordination des soins, laquelle nécessite une incitation des patients. Ne rien faire, c'est maintenir le système actuel dont nous connaissons le résultat : 14 milliards de déficit.

Monsieur Vidalies et madame Guigou, l'article 5 n'est pas en contradiction avec le parcours personnalisé de soins.

Quant à la démographie médicale, monsieur Vidalies, l'article 29, que nous examinerons bientôt, permettra de moduler la prise en charge des charges sociales des médecins. Aujourd'hui, l'assurance maladie prend en charge deux tiers de leurs charges sociales. Demain, en fonction de l'endroit où ils s'installeront, cette prise en charge sera augmentée ou diminuée.

Enfin, madame Génisson et monsieur Bapt, nous sommes favorables à un système en réseau et les patients qui choisiront le médecin traitant bénéficieront du meilleur service médical. Dire l'inverse serait tromper les Français.

Madame Guinchard-Kunstler, le projet de loi tend à faire rentrer les professions de santé dans un processus vertueux de qualité des soins. M. Nayrou a tort de dire que les patients seront pénalisés. Au contraire, comme le prouve l'amendement Dubernard, ils seront mieux soignés et l'agenda des médecins ne sera pas lié au choix de l'accès.

Monsieur Le Guen, vous m'avez posé une question sur l'accès direct. J'ai dit hier soir que ce n'est pas la loi qui fixera le type de spécialistes auxquels on pourra accéder directement sans déremboursement – et M. Garrigue a expliqué pourquoi –, mais le décret.

On a parlé des ophtalmos, des gynécologues médicaux ou obstétriques ainsi que des pédiatres. S'agissant des psychiatres, monsieur Le Guen, vous avez fait croire qu'ils n'en feraient pas partie. Mais rien n'est encore décidé et nous pouvons en débattre.

Enfin, madame Guinchard-Kunstler, je tiens à vous dire que j'ai bien compris vos propos d'hier. Vous ne vouliez en aucun cas dire que le médecin généraliste n'était pas capable de prescrire des psychotropes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Rappel au règlement

M. Maxime Gremetz. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz, pour un rappel au règlement.

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, depuis quelque temps, nous n'avons pas eu la joie de vous voir présider la séance. Je tiens donc à vous interpeller solennellement.

Je suis persuadé que vous en serez d'accord, à l'heure où nous engageons un débat d'une telle ampleur, sur un problème de civilisation, sur la plus grande réforme après celle sur les retraites nous dit-on, il est inadmissible qu'une lettre émanant de M. le ministre et de M. le secrétaire d'État ait été adressée aux médecins pour leur expliquer en détail le contenu de la loi.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale et M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Du projet de loi !

M. le président. Monsieur Gremetz, s'agit-il d'un rappel au règlement sur le déroulement de nos débats ?

M. Maxime Gremetz. Oui, monsieur le président.

M. le président. Et vous contestez que le Gouvernement ait envoyé cette plaquette ?

M. Maxime Gremetz. Exactement !

M. le président. J'en prends acte.

M. Maxime Gremetz. Le débat est loin d'être terminé et nous ne savons pas ce qu'il en ressortira, si ce n'est que la majorité décidera. Mais expliquer d'ores et déjà aux médecins les mesures qu'ils devront appliquer avant que la loi ne soit adoptée n'est guère compatible avec le respect de la représentation nationale.

Reprise de la discussion

M. le président. Nous en venons aux amendements sur l'article 5.

Je suis saisi de vingt-huit amendements identiques, n^{os} 772 à 783, n^{os} 6296 à 6310 et n^o 7563, tendant à supprimer l'article 5.

La parole est à M. Gilbert Biessy.

M. Gilbert Biessy. Ces amendements visent à supprimer la possibilité de dépassements d'honoraires des médecins spécialistes si le patient reçu n'est pas envoyé par un médecin traitant. Encore une fois, les plus aisés pourront supporter cette nouvelle barrière financière, alors que les plus modestes ne le pourront pas. Une fois encore, le Gouvernement apporte la preuve qu'il creuse davantage les inégalités d'accès aux soins et qu'il ne les résorbe pas comme il le prétend.

Si, naturellement, il convient de donner du sens aux consultations et de conseiller d'abord de passer par un généraliste avant de consulter un spécialiste pour un premier diagnostic, il n'est pas pour autant acceptable que cette éducation à la santé se fasse par un accroissement de la charge financière des soins, supportée par le seul portemonnaie du malade.

Après l'article 4, c'est le deuxième effet de la réforme, un nouveau coup porté contre le patient qui se rend chez un médecin généraliste qui n'est pas son médecin habituel. Il sera pénalisé par les dépassements d'honoraires non pris en charge par l'assurance maladie s'il se rend chez un spécialiste sans passer par un généraliste.

Mais vous affirmez tranquillement, et à de nombreuses reprises depuis le début de ce débat, que la liberté du choix du médecin est garantie et que vous ne serez pas le ministre qui dérembourse. Ce débat nous donne la preuve du contraire !

C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de l'article 5.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Je vais conforter l'argumentation de M. Biessy.

Il y aura donc nécessairement un médecin traitant, un médecin de famille et un médecin référent, sans qu'on sache exactement qui fait quoi. Mais tel est le schéma. On va donc augmenter les dépenses de santé obligatoires puisque, pour consulter un spécialiste, il faudra obligatoirement aller voir un autre médecin. Vous avez une étrange conception des économies !

Mais on nous dit que le patient aura toute liberté ! C'est en tout cas ce qu'affirme le ministre dans son excellent exposé pédagogique.

A la question « Un patient pourra-t-il décider de ne pas recourir à un médecin traitant ou de ne pas suivre ses prescriptions d'orientation ? », voici ce que répondent les ministres : « Chacun conservera sa liberté de ne pas avoir recours au médecin traitant ou de ne pas respecter ses prescriptions d'orientation. » Cela va de soi.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Eh oui !

M. Maxime Gremetz. « Néanmoins – et tout est là –, les patients qui ne souhaiteraient pas s'inscrire dans ce dispositif se verront appliquer une majoration de la part restant à leur charge. » Première sanction : un moindre remboursement.

M. Richard Mallié. Cela s'appelle l'incitation !

M. Maxime Gremetz. C'est plutôt une forme de double peine !

« En outre, pour inciter à une prise en charge coordonnée des soins, la convention nationale pourra éventuellement permettre aux médecins de certaines spécialités, si les parties conventionnelles le souhaitent, de pouvoir pratiquer des dépassements, dans certaines limites fixées par la convention », etc. Deuxième sanction !

C'est vraiment ce que l'on appelle la double peine. On dispose d'une totale liberté, mais à condition d'avoir les moyens de dire : « on se fout du médecin traitant » – ce qui implique d'être moins remboursé – et de payer plus cher la consultation du spécialiste. Avouez qu'on fait mieux, comme liberté !

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

M. Gérard Bapt. Les amendements n^{os} 6296 à 6310 tendent à supprimer l'article 5.

Je rappelle que M. le ministre ne nous a toujours pas répondu au sujet du cas particulier que constitue l'accès direct au spécialiste, ni sur le problème de la rémunération des spécialistes n'effectuant pas d'actes techniques, qui seront, à l'évidence, en situation d'inégalité par rapport à leurs confrères.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Je maintiens que l'article 5 n'a pour objectif que d'augmenter la rémunération des spécialistes du secteur 1.

La méthode est très habile. Si vous aviez accepté une augmentation officielle de leurs honoraires, le remboursement par l'assurance maladie aurait été augmenté d'autant, ce qui aurait aggravé ses dépenses. Dans le système ici mis en place, il y a, certes, augmentation des dépenses, mais celle-ci est prise en charge par les organismes d'assurance complémentaire.

Cela confirme ce que je dénonce, au nom des Verts, depuis le début de la discussion : votre seul objectif est de diminuer les dépenses d'assurance maladie, pas de maîtriser les dépenses de santé de manière générale.

Rappelons ce qu'écrit le rapporteur : « Enfin, il faudra trouver un dispositif permettant d'étendre la mesure aux médecins hospitaliers (hors exercice libéral), eu égard à leurs conditions particulières d'exercice : le patient ne verse pas d'honoraires. » Il s'agit donc bien d'augmenter systématiquement la rémunération des spécialistes. Et ce sont finalement les patients qui vont en faire les frais, en dehors de tout remboursement par l'assurance maladie. Tout le reste n'est qu'un habillage habile.

D'ailleurs, l'ensemble du projet de loi institue un déséquilibre au détriment des patients : ce sont eux qui payent, mais on les considère comme des mineurs et on ne les associe pas aux décisions qui les concernent. Et comme on n'ose pas négocier la nécessaire augmentation de la rémunération des spécialistes, on l'introduit de façon détournée par cet article.

M. Maxime Gremetz. Très juste !

Mme Martine Billard. Une telle démarche est absolument scandaleuse.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Défavorable.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 772 à 783, n^{os} 6296 à 6310 et n^o 7563.
(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. L'amendement n^o 9 n'est pas défendu. Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 3994 à 4005.

La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Ces amendements tendent à supprimer le deuxième alinéa de l'article 5.

Nous ne pouvons accepter la démarche du Gouvernement. Elle est peut-être fine, mais elle aura pour conséquence une véritable injustice. Avec cette prétendue réforme, les salariés, les personnes âgées, les handicapés doivent assumer 14 milliards d'euros sur les 15 milliards que vous dites vouloir faire économiser à la sécurité sociale. Avouez qu'il s'agit bien d'une injustice totale, même si vous tentez de le camoufler. Le piège est grossier, et les gens vont finir par comprendre que vous voulez les faire payer deux fois.

M. Jacques Domergue. Mais non !

M. Maxime Gremetz. Vous dites non, mais vous ne parvenez pas à me démontrer le contraire ! Du reste, cela apparaît clairement dans la réforme.

M. le président. Chacun s'est déjà longuement expliqué, et la commission et le Gouvernement ont donné leur avis.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 3994 à 4005.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 8375 et 7718, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n^o 8375.

M. Gérard Bapt. L'amendement vise à répondre à une préoccupation que j'ai exprimée tout à l'heure et à laquelle la page 143 du rapport fait d'ailleurs référence. Nous nous inquiétons du risque de traitement inégal des patients, notamment en termes de temps d'attente, qui pourrait résulter de l'application de l'article 5, en raison de la rémunération supplémentaire qu'un spécialiste pourra attendre de telle ou telle consultation.

Il nous paraît donc nécessaire de corseter la disposition contenue dans l'article 5 afin de limiter cette intolérable inégalité d'accès aux soins sur la base des revenus, au détriment des patients qui ne disposent pas de complémentaire ou de surcomplémentaire. Nul doute, en effet, que les contrats proposés par les organismes d'assurance complémentaire comprendront désormais des clauses tenant compte de chaque situation, et en particulier de celle où les assurés consulteront un spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission considère que cet amendement est partiellement satisfait par l'amendement n^o 80 de la commission. Je suggère à M. Bapt de le retirer.

M. le président. Le Gouvernement est du même avis ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Oui.

M. le président. Monsieur Bapt, maintenez-vous votre amendement ?

M. Gérard Bapt. Je le maintiens.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 8375.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n^o 7718 n'est pas défendu.

Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 7785 et 8021.

M. le président. La parole est à Mme Cécile Gallez, pour soutenir l'amendement n^o 7785.

Mme Cécile Gallez. Le présent amendement propose d'élargir le champ de la discussion conventionnelle aux consultations en première intention de certains médecins spécialistes, afin de prendre en compte le nouveau dispositif du médecin traitant au-delà des seuls dépassements d'honoraires.

M. le président. L'amendement n^o 8021 n'est pas défendu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n^o 7785 ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission l'a repoussé.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 7785.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 70.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour le soutenir. Peut-être pourriez-vous défendre l'amendement n^o 71 par la même occasion ?

M. Jean-Pierre Door. Je retire l'amendement n^o 71.

M. le président. L'amendement n^o 71 est retiré.

Vous avez la parole, monsieur Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous souhaitons tous le renforcement du rôle et des missions du médecin traitant. L'autorisation à pratiquer des dépassements d'honoraires doit donc pouvoir concerner l'ensemble des médecins, dès lors qu'ils ne sont pas considérés comme des médecins traitants, et non être réservée à certaines spécialités. Cela permettrait de lutter contre le nomadisme médical et d'éviter qu'une même personne consulte plusieurs praticiens en médecine générale. Tel est l'objet de l'amendement n^o 70.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je rappelle que des exceptions sont prévues. L'adoption de l'amendement aurait pour conséquence de limiter la compétence conventionnelle et de généraliser le dispositif de façon excessive. Défavorable.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je suis d'accord avec le rapporteur.

J'en profite pour dire un mot sur la médecine spécialisée, et en particulier – pour répondre à M. Jacques Le Guen qui m'interrogeait tout à l'heure sur ce problème – sur les chirurgiens. La moyenne d'âge des chirurgiens est aujourd'hui de cinquante-cinq ans, et il est évident que nous devons réagir le plus rapidement possible à cette situation. La juridiciarisation, d'une part, et l'absence de revalorisation des actes depuis vingt ans, de l'autre, ont abouti à une crise de vocation majeure dans cette spécialité.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je profite de votre intervention, monsieur le ministre, ainsi que de la présence de notre collègue Domergue, dont je voudrais saluer, du moins en partie, le très bon travail sur le problème des chirurgiens. Avec ses confrères, il réfléchit à une procédure de labellisation qualité, avec la garantie de l'État, qui devrait permettre de réduire le niveau des primes d'assurance supportées par les chirurgiens. Cela me paraît une excellente solution.

Dans le même temps – si j'ai bien compris, monsieur le ministre –, il est prévu un accord visant à favoriser les bonnes pratiques chirurgicales. Là, ce n'est plus la qualité qui est en cause, mais le bon usage des soins et le problème de « l'efficience » des actes chirurgicaux. Cet accord bénéficie d'une enveloppe économique dont M. le ministre vient de donner la justification. Celle-ci repose, au moins en partie, sur des éléments indiscutables.

Il semblerait que le coût de cet accord soit d'une centaine de millions d'euros. Il semblerait également que l'assurance maladie soit prête à prendre en charge une partie de cette somme, à hauteur de 30 millions d'euros. Il semblerait enfin – mais vous allez sûrement me démentir, monsieur le ministre – que les organismes d'assurance complémentaires aient été approchés afin de participer au financement.

Autant la démarche nous paraît de bon aloi, autant il nous semble impensable, sauf à remettre en cause l'accès aux soins – y compris dans les cas les plus graves, puisqu'il s'agit d'actes chirurgicaux –, que l'assurance maladie ne prenne pas en charge la totalité du financement de cette évolution des pratiques.

Peut-être que les informations dont je dispose sont incomplètes, notamment s'agissant des sommes en jeu. Mais n'avez-vous pas vous-même insisté, monsieur le ministre, sur la nécessité de revaloriser les professions médicales ? Comme vous êtes cohérent – et compétent –, vous devez bien avoir une idée de ce que tout cela représente au plan économique. Vous pourrez d'ailleurs compléter ainsi la facture de votre plan de financement. En outre, je voudrais que vous me donniez la garantie que ces dépenses nouvelles seront exclusivement assumées par l'assurance maladie, et favoriseront en particulier le secteur 1, afin que tous les assurés aient accès à une chirurgie de qualité.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 70.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Bocquet.

M. Alain Bocquet. Monsieur le président, devant la déferlante d'amendements de notre groupe qui s'annonce, je vous demande une suspension de séance d'un quart d'heure afin que nous puissions nous organiser.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-sept heures, est reprise à dix-sept heures quinze.*)

M. le président. La séance est reprise.

Je suis saisi de treize amendements identiques, n°s 4018 à 4029 et n° 7564.

La parole est à M. Daniel Paul, pour soutenir les amendements n°s 4018 à 4029.

M. Daniel Paul. Nous proposons, monsieur le secrétaire d'État à l'assurance maladie, de supprimer une référence rédactionnelle qui permet aux médecins spécialistes de pratiquer des dépassements d'honoraires si le patient n'est pas envoyé par le médecin traitant.

Finalement, M. Domergue a mangé le morceau tout à l'heure. Vous essayez d'augmenter les revenus des chirurgiens. Pourtant, les patients ne viennent pas directement chez eux pour se faire opérer, ils leur sont obligatoirement adressés par un médecin traitant.

M. Jean-Marie Le Guen. Pas obligatoirement !

M. Daniel Paul. En chirurgie, dans certaines disciplines en particulier, il y a des difficultés réelles, mais vous usez ici d'un subterfuge qui va dynamiter le secteur 1. Tout le monde sera en honoraires libres. Il aurait été plus honnête de donner cette explication.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard, pour soutenir l'amendement n° 7564.

Mme Martine Billard. L'article 5 parle de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients. Je propose de supprimer la référence aux actes.

Vous nous avez expliqué que le dépassement d'honoraires lorsqu'un patient va voir directement un spécialiste au lieu de passer par le médecin traitant visait à lutter contre le nomadisme. La rémunération des spécialistes, il faut en discuter, du parcours de soins aussi, mais lier ici les deux est abusif. En suivant votre logique, on peut à la limite comprendre qu'on sanctionne le patient qui va voir un spécialiste abusivement et qu'on augmente le prix de la consultation, mais qu'il y ait un dépassement d'honoraires sur les actes, je n'arrive pas à comprendre. S'il y a un acte, c'est que le médecin spécialiste a considéré qu'il fallait le faire.

M. Jean-Marie Le Guen. Exactement !

Mme Martine Billard. La décision de faire un acte relève de la responsabilité du spécialiste, ce n'est pas au patient de savoir si l'acte que lui demande de faire le spécialiste est justifié ou non.

M. Jean-Marie Le Guen. Très juste !

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission les a rejetés et ne fait pas beaucoup de différence autre que sémantique entre actes et actes redondants.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie, pour donner l'avis du Gouvernement sur ces amendements.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie. Même position que la commission.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. À moins qu'on ne me démontre le contraire, et je prends à témoin l'ensemble de la représentation nationale, je pense que l'argumentation de Mme Billard est totalement juste.

Je vais directement chez le spécialiste, je ne prends pas le parcours dit vertueux, pour diverses raisons. Le médecin spécialiste fait un acte. C'est donc qu'il y avait légitimement quelque chose à faire. J'ai même fait économiser à la sécurité sociale le passage par le médecin traitant. Cela devient vertueux *a posteriori*. Je n'ai donc pas à être sanctionné, sauf si c'est de la maîtrise comptable.

Mes collègues, dans les couloirs, m'ont posé deux questions, et je ne savais pas trop quoi leur répondre.

M. Jean-Luc Prével. C'est étonnant! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. J'ai du mal!

Imaginons qu'une dame ait pris comme médecin traitant un ou une gynécologue. Elle a une grippe, un accident infectieux quelconque, et va chez le médecin généraliste pour se faire soigner. Sera-t-elle moins bien remboursée?

Autre cas, j'ai un médecin traitant généraliste et j'ai besoin d'aller tous les six mois voir un cardiologue pour un problème d'hypertension artérielle. La première fois, c'est mon généraliste qui m'envoie, mais ai-je besoin de retourner chez lui à chaque fois?

M. Jean-Luc Prével. Il y a des protocoles!

M. Jean-Marie Le Guen. Il n'y a pas de protocoles pour tout!

Pour une simple hypertension artérielle modérée, sans conséquences graves sur l'ensemble du système cardiovasculaire, qui demande tout simplement une surveillance de bon aloi tous les six mois ou tous les ans, dois-je retourner à chaque fois préalablement chez mon médecin traitant?

Je suis favorable aux protocoles, mais on en fait essentiellement pour les pathologies lourdes ou chroniques. Vous n'allez pas faire un protocole pour la première petite hypertension qui passe! Ce n'est pas raisonnable! Même chose pour un diabète de type 2, par exemple. Je peux aller voir un endocrinologue tous les ans ou tous les dix-huit mois. Je ne suis tout de même pas obligé d'avoir un protocole sous prétexte que, pendant quelques mois, j'ai eu un diabète de type 2.

Ce que dit Mme Billard est d'une évidence absolue. Sur les deux autres points, éclairez les Français sur les véritables parcours de soins que vous prétendez mettre en œuvre.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Je vous remercie, monsieur Le Guen, de faire acte de pédagogie dans les couloirs.

M. le président. Vous savez, il s'en passe des choses dans les couloirs! (*Sourires.*)

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. En toute matière, mais surtout en celle-ci, il est préférable de jouer la carte de la pédagogie plutôt que celle de la démagogie. Je ne vise personne, mais ça fait du bien à tout le monde. (*Sourires.*)

Je suis tenté, moi, de vous poser deux questions.

D'abord, pensons-nous les uns et les autres que le système de soins en France peut être mieux coordonné qu'il ne l'est aujourd'hui? La réponse, clairement, est oui, et nous pensons justement que le type de réponses que nous apportons va dans ce sens.

La seconde question est plus personnelle, je ne vous la poserai donc pas, je l'énoncerai juste. Pourquoi n'irait-on pas voir le médecin traitant avant d'aller voir le spécialiste si on a un problème de santé?

La loi a vocation à répondre à un certain nombre de questions, mais pas à toutes parce que, dans le domaine de l'assurance maladie, tout ne se résume pas au domaine législatif, vous le savez. Il me semble que nous l'avons enrichie davantage qu'il n'était prévu de le faire à l'origine, en adoptant des amendements émanant de l'ensemble des travées. Il y a ensuite la convention. Nous souhaitons d'ailleurs que le champ conventionnel soit pacifié pour que nous puissions avoir demain de vrais résultats sur tout le territoire. Il y a aussi, ne l'oubliez pas, les protocoles de soins. Nous n'en avons pas suffisamment aujourd'hui. Ce sera l'une des missions de la Haute Autorité que de nous aider à travailler sur ces protocoles. Avec la loi, la convention et les protocoles, il me semble que les Français auront toutes les réponses aux questions qu'ils se posent.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Lemoine.

M. Jean-Claude Lemoine. Je n'ai pas du tout été convaincu par l'argumentation de mes collègues de l'opposition.

L'un d'entre eux a affirmé tout à l'heure qu'un patient ne consultait jamais directement un chirurgien. Bien sûr que si,...

M. Daniel Paul. Rarement!

M. Jean-Claude Lemoine. ... pour une hernie, un kyste ou un lipome par exemple.

Par ailleurs, vous mettez en avant uniquement le fait que nous voulons lutter contre le nomadisme pour faire des économies. L'objectif est aussi d'améliorer la qualité des soins. Un malade ayant des douleurs abdominales aurait tort d'aller consulter directement un gastro-entérologue car les douleurs peuvent parfois venir de son cœur. Mieux vaut donc aller voir le généraliste. C'est la même chose, par exemple, pour les douleurs lombaires.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Pour la consultation, je comprends, monsieur le rapporteur. Sur la philosophie, à la limite, je peux vous rejoindre. Mais pour un acte, ce n'est pas le patient qui prend la décision. Quand un médecin me prescrit tel acte, je n'ai aucune capacité de manière générale pour savoir s'il est justifié ou pas. Quand je vais voir un spécialiste sans passer par le médecin traitant, je dois surpayer la consultation, d'accord, mais, si l'acte est utile, il n'y a pas de raison de le surpayer. Le but, en effet, c'est bien d'éviter les actes inutiles pour la santé des patients et pour les dépenses de l'assurance maladie. Je ne comprends donc toujours pas! Vous avez parlé d'actes redondants. Dans ce cas-là, cela pose un problème de bonne pratique médicale. Ajoutez alors « redondants ». En tout cas, ne laissez pas en l'état le texte de loi sur le tarif des actes. Un texte de loi, ça s'applique, et tout acte pratiqué dans le cadre d'une consultation directe chez un spécialiste fera l'objet d'un dépassement d'honoraires.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Malheureusement nous n'obtenons pas les réponses précises qu'attendent l'opposition, mais aussi les Français. Nos concitoyens ne peuvent pas

penser une seconde que le Gouvernement, lorsqu'il prétend modifier les parcours de soins, entend faire du médecin traitant une espèce de passage obligé alors qu'aucun système, même le plus étatiste, n'a osé le faire. A vous écouter, ce serait vraiment obligatoire, sauf à ne pas être remboursé. Nous pensions qu'une telle conception avait été abandonnée à la fin des années cinquante !

Puisqu'il faut théoriser ce qui n'est rien d'autre qu'une disposition administrative, je dirai que vous survalorisez d'une façon invraisemblable la conception du médecin traitant pour en faire quelque chose de purement étatiste.

Je ne pense pas que les réponses se trouveront dans la convention. Les médecins, et c'est normal, vont discuter de leurs intérêts légitimes, mais c'est à vous qu'il appartient de définir les parcours de soins avec les médecins. Qu'ils défendent leurs intérêts, certes, mais la définition du parcours de soins appartient à la puissance publique, à charge ensuite, pour les syndicats médicaux, de négocier les conditions matérielles de leur exercice.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4018 à 4029 et 7564.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4030 à 4041.

La parole est à M. Daniel Paul.

M. Daniel Paul. Après avoir vainement demandé la suppression de cet article, nous proposons une série d'amendements identiques dont l'objet est d'exclure les consultations du dispositif de sanction.

Permettez-moi de prendre un exemple. Une personne hospitalisée est alertée à cette occasion sur un autre petit problème, sans rapport avec les raisons de son hospitalisation. On lui conseille alors fortement de consulter un spécialiste, qui recommande un acte médical qui n'est pas fait immédiatement. La consultation a validé l'avis donné par l'hôpital. Nous suggérons donc de distinguer la consultation de l'acte et de ne pas la majorer.

Nous sommes tous favorables à un parcours de soins normalement organisé, mais ce n'est pas toujours ce qui se passe. Vous êtes en train de mettre en place une usine à gaz qui entraînera, pour les patients, des dépenses supplémentaires, alors que dans de nombreux cas il est tout à fait justifié de consulter directement. En outre, pour procéder aux contrôles, la sécurité sociale va devoir mettre en place une organisation qui coûtera cher.

Il existe des procédures plus saines pour aboutir à ce que nous recherchons tous, – du moins je l'espère – un meilleur système de soins pour les Français.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet !

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4030 à 4041.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 80.

La parole est à M. le rapporteur, pour le soutenir.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Cet amendement, auquel nous avons fait allusion à plusieurs reprises au début de l'examen de l'article, rappelle un principe

général de non-discrimination des patients. Il ne faut pas que les délais d'attente pour une consultation soient différents selon que le patient consulte directement ou passe par son médecin traitant.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Accord !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 80.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 7668.

La parole est à Mme Martine Billard, pour le soutenir.

Mme Martine Billard. Il est défendu.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont défavorables à cet amendement.

Je mets aux voix l'amendement n^o 7668.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Nous en arrivons à plusieurs séries d'amendements identiques qui visent successivement les cardiologues, les dermatologues, les pédiatres, les gynécologues...

Monsieur Paul, ne pourriez-vous pas – je vous laisserai alors davantage de temps – les défendre de façon globale ?

M. Daniel Paul. Non, les défenses ne sont pas les mêmes.

M. Jacques Desallangre. Les nutritionnistes et les pédiatres, ce n'est pas la même chose.

M. le président. Certes, mais cela va être très long.

M. Alain Bocquet. Nous serons très brefs.

M. le président. J'en prends acte.

Je suis donc saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4042 à 4053.

La parole est à M. Gilbert Biessy.

M. Gilbert Biessy. Cet article prévoit une incitation à une prise en charge coordonnée des soins. Il prévoit ainsi que la convention nationale puisse éventuellement permettre aux médecins de certaines spécialités, si les parties conventionnelles le souhaitent, de pratiquer des dépassements lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur est pas préalablement adressé par un médecin traitant, et qui ne relève pas d'un protocole de soins.

Les modalités appliquées à ces dépassements devraient être fixées dans la convention nationale. Ces dispositions ne s'appliqueront pas aux spécialités pour lesquelles un recours direct sera possible. Cet amendement a pour objet de s'assurer que les cardiologues entrent bien dans cette catégorie particulière.

En effet, le cardiologue, en tant que médecin spécialiste, veille au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies du cœur et des problèmes de circulation sanguine – souffle au cœur, artère congestionnée, infarctus...

Rappelons que la France est, comme les autres pays développés, concernée par le nombre et la mortalité des maladies cardio-vasculaires. Les chiffres de l'OMS sur ces vingt dernières années font état, pour la France, d'une réduction de la mortalité par maladies coronaires de 17 % chez l'homme, de 28 % chez la femme.

Actuellement, pour la France, les maladies cardiaques représentent toujours la première cause de mortalité ; le nombre d'infarctus du myocarde est chaque année en France d'environ 100 000 et 11,5 % des hospitalisations relèvent des maladies cardio-vasculaires.

Afin de maintenir la réduction de la mortalité par maladies coronaires, il est essentiel de maintenir un accès généralisé et équitable à cette spécialité médicale. Tel est le sens de notre amendement.

M. le président. La commission a clairement dit qu'elle rejetait cet amendement. Le Gouvernement y est défavorable.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4042 à 4053.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques n^{os} 4054 à 4065.

La parole est à M. Alain Bocquet.

M. Alain Bocquet. Cet amendement vise à s'assurer que les dermatologues entrent dans la catégorie des spécialités en accès direct, sans dépassement d'honoraires.

Le dermatologue, en tant que médecin spécialiste, diagnostique des maladies de la peau et les traite, selon le cas, au moyen de médicaments, de procédés thérapeutiques spécialisés – radiothérapie, électrocoagulation, cryothérapie, abrasion chimique – ou en recourant à l'ablation chirurgicale.

Je souhaiterais attirer l'attention sur les cancers de la peau qui entraînent en France le décès de près de 1 500 personnes chaque année. Dans tous les cas, le dépistage précoce constitue le facteur essentiel en termes de survie et de qualité de vie préservée. Si le diagnostic est établi à temps, un très grand nombre de cas de mélanomes et de carcinomes peut être guéri, sans préjudices esthétiques lourds.

Le dépistage est au cœur de la mission du dermatologue. Le diagnostic des cancers de la peau est d'autant plus difficile à établir que la lésion est récente et peut sembler bénigne aux non-initiés.

Aussi, au vu de ce seul exemple, mais on pourrait en citer d'autres, notamment la recrudescence des cas de syphilis, il est essentiel de maintenir un accès généralisé et équitable à cette spécialité médicale. Tel est le sens de notre amendement.

M. le président. La commission et le Gouvernement ont émis un avis défavorable.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4054 à 4065.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4066 à 4077.

La parole est à M. Jacques Desallangre.

M. Jacques Desallangre. Ces amendements concernent toujours le risque de dépassement d'honoraires et donc de sanction injustifiée des patients. Ils visent à s'assurer que les pédiatres entrent bien dans la catégorie des spécialités en accès direct sans dépassement d'honoraires.

Comme nous ne sommes pas tous de distingués docteurs en médecine, je rappellerai le rôle du pédiatre. Le pédiatre, en tant que médecin spécialiste, s'occupe de prévenir, dépister et traiter les maladies des enfants de zéro à quinze ans en vue de favoriser leur développement optimal. À cette fin, il questionne les parents, examine l'enfant, fait effectuer des tests ou analyses, et s'il y a lieu, prescrit des médicaments.

Il se préoccupe de déceler toute maladie et de recommander les médicaments ou traitements appropriés afin de préserver et améliorer la santé des enfants et de favoriser leur croissance.

Il faut rappeler l'influence forte du milieu social sur le choix entre généralistes et spécialistes. L'enquête très récente réalisée par l'INSEE confirme que ce choix est lié au milieu social. Par exemple, les bébés de moins d'un an sont vus par un pédiatre beaucoup moins souvent dans un ménage d'ouvriers que dans un ménage de cadres.

L'inégalité sociale devant l'accès à ces spécialistes risque d'être aggravée par ce projet de loi. Aussi, est-il essentiel de maintenir un accès généralisé et équitable à cette spécialité médicale. Tel est le sens de notre amendement.

M. le président. La commission et le Gouvernement ont émis un avis défavorable.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4066 à 4077.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

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

M. Gérard Bapt. M. le ministre aurait pu répondre sur cet amendement.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Nous avons déjà répondu.

M. Gérard Bapt. Le problème est très aigu pour les pédiatres justement, qui n'exécutent pas d'actes techniques, contrairement aux dermatologues ou cardiologues dont nous avons parlé précédemment.

M. le ministre est contre le fait d'inscrire dans la loi l'accès direct des patients à ces praticiens, préférant le faire figurer dans un décret. Mais comment va-t-il résoudre la contradiction suivante : en incluant, par décret, le pédiatre dans la liste des spécialistes pouvant être consultés sans passer par le généraliste, il l'exclut de la possibilité de procéder à un dépassement d'honoraires, alors que M. le rapporteur lui-même a reconnu que c'était un complément utile de rémunération pour certaines spécialités insuffisamment rémunérées.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, je demande la parole.

M. le président. Monsieur Le Guen, vous voulez intervenir sur les pédiatres ?

M. Jean-Marie Le Guen. Oui, monsieur le président.

M. le président. Vous avez la parole parce que je suis libéral, mais je vous fais observer que le vote a déjà eu lieu.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, je comprends que vous soyez lassé, nous le sommes nous-mêmes un peu. (« Ah ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.) Mais ce que nous demandons, ce sont simplement des précisions claires, nettes et précises.

Quand nos collègues communistes s'interrogent sur les pédiatres, le Gouvernement pourrait répondre, ce serait la moindre des choses, qu'il les inclura dans le décret et que, de ce fait, ces dispositions de l'article 5 ne leur seront pas applicables.

M. Alain Bocquet. Voilà !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Nous avons déjà répondu hier.

M. Jean-Marie Le Guen. Dans ce cas, je lui demanderai pourquoi il a décidé que les pédiatres n'auraient pas le droit au DE, le droit au dépassement. Prévoit-il, pour les spécialités qu'il envisage d'inclure dans le décret, une

augmentation ? En effet, il y a un an, lors la discussion sur la convention entre les médecins, M. Douste-Blazy s'est déclaré favorable, en tant que responsable politique, à une certaine liberté tarifaire, acceptant qu'il y ait une différence entre le tarif payé par le patient et le tarif remboursé par la sécurité sociale dans la mesure où il considérait alors, et il l'a répété tout à l'heure, que les spécialistes n'étaient pas suffisamment rémunérés.

Imaginons donc que j'aie entendu la réponse que vous auriez pu faire, monsieur le ministre, à nos collègues communistes ; j'aurais alors envie de vous poser la question suivante : puisqu'en incluant ces spécialistes dans le décret, vous les excluez de la possibilité d'avoir recours au DE, avez-vous l'intention de mieux les rémunérer dans le cadre de la convention ou des tarifs opposables ?

Sinon, autre question que je vous aurais posée dans l'hypothèse où vous auriez répondu à cette question, après avoir répondu à la question de nos collègues communistes :...

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. On gagne du temps !

M. Jean-Marie Le Guen. ... quel type de remboursement prévoyez-vous pour ces spécialités que vous excluez du droit au dépassement ?

M. le président. Monsieur Le Guen, nous sommes dans l'hypothèse où vous n'auriez pas entendu que j'avais déjà fait procéder au vote sur ces amendements.

M. Daniel Paul. Dans l'hypothèse où le ministre aurait répondu. Mais il n'a pas répondu !

M. le président. Mais le vote a bien été acquis. Malgré tout, en tordant un peu le cou au règlement, je vais donner la parole au ministre pour qu'il réponde à vos questions, monsieur Le Guen.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Monsieur le président, je me situe moi-même dans l'hypothèse où toutes mes réponses n'auraient pas été déjà entendues par M. Le Guen. (*Sourires.*)

M. Daniel Paul. Et par les autres !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. J'ai déjà dit que le décret définirait les spécialités qui seraient choisies pour bénéficier d'un accès direct.

M. Gérard Bapt. Ça, on a compris !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Tant mieux !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. On en a parlé pendant deux heures hier soir !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Vous me demandez ce que je prévois pour ces personnes qui n'auront pas droit au dépassement, dont je tiens à préciser qu'il ne sera pas totalement libre. N'essayez pas de faire croire que je suis pour une liberté tarifaire totale, car c'est faux. Je le répète ici pour la dixième fois : nous ne sommes pas pour une liberté tarifaire totale.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est vous qui le faites croire ! Reprenez ce que vous disiez dans *Le Quotidien du médecin* il y a un an !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. *Le Quotidien du médecin*, c'est une chose, le débat dans l'hémicycle, c'est autre chose.

M. Jean-Marie Le Guen. Je parle de vos propres propos !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je répète que je ne suis pas favorable à une liberté tarifaire totale. Cela vous ennuie peut-être, mais c'est comme ça. En revanche, nous sommes pour une négociation conventionnelle.

Pour les spécialités qui n'auraient pas droit à ce dépassement d'honoraires, qui serait bien encadré dans une enveloppe, il n'est pas incongru de penser que nous pourrions discuter avec elles d'éventuelles augmentations, dans le cadre de la nomenclature ou d'une discussion conventionnelle, de façon qu'elles ne soient pas les seuls à ne pas trouver un intérêt dans cette réforme.

M. le président. Le vote ayant été acquis sur les pédiatres, nous en venons aux médecins gynécologues.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4078 à 4089.

La parole est à M. Gilbert Biessy, spécialiste des gynécologues. (*Sourires.*)

M. Gilbert Biessy. En Isère, les gynécologues ont manifesté très, très fortement et ont fait signer des dizaines de milliers de pétitions...

Nous proposons de compléter le dernier alinéa de l'article 5 par la phrase suivante : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les gynécologues. » Nous voulons être sûrs que les gynécologues entrent dans la catégorie des spécialistes en accès direct sans dépassement d'honoraires.

Le suivi gynécologique des femmes par un spécialiste n'est pas un luxe superflu. Il faudrait, au contraire, permettre à plus de femmes d'en bénéficier. Dans ce sens, la liberté de consulter le médecin de son choix, qui seule permet de créer des liens de confiance, est la base d'une politique de prévention et d'une médecine de qualité, à plus forte raison pour une consultation aussi intime.

On constate aujourd'hui une chute de 6 000 à 1 600 du nombre des cancers du col de l'utérus en vingt ans, une baisse de 30 % de la mortalité par cancer du sein des femmes entre cinquante et soixante-neuf ans, une progression dans la contraception, une meilleure prise en charge des problèmes hormonaux dus à la vieillesse.

M. Paul-Henri Cugnenc. Je devrais prendre des notes !

M. Gilbert Biessy. La prévention est efficace : 14 % des Françaises ont subi, à la fin de leur vie, l'ablation de l'utérus, contre 46 % des Hollandaises et 30 % des Européennes.

Les femmes des pays voisins nous envient l'exception française et traversent volontiers la frontière pour venir consulter chez nous. Au lieu d'exporter notre savoir-faire et notre modèle de prévention des maladies gynécologiques, nous allons, une fois de plus, niveler par le bas.

M. Paul-Henri Cugnenc. Oh ! ce n'est pas possible !

M. Gilbert Biessy. Supprimer cet accès direct, c'est se rendre coupable de non-assistance à femmes en danger. Celles-ci doivent garder le libre accès à leur gynécologue pour un suivi régulier si c'est leur choix. Tel est le sens de ces amendements.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4078 à 4089.

M. Jean-Marie Le Guen. Nous n'avons pas obtenu de réponse du Gouvernement sur cette question des gynécologues, monsieur le président !

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Nous en venons aux chirurgiens-dentistes.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Nous aimons les chirurgiens-dentistes !

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Nous, nous défendons les chirurgiens-dentistes. Nous savons le rôle qu'ils jouent !

M. le président. Je suis donc saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4090 à 4101.

La parole est à M. Jacques Desallangre.

M. Jacques Desallangre. Pourquoi ne pourrait-on pas aller voir un chirurgien-dentiste quand on a mal aux dents ? Est-il besoin d'aller voir un médecin soignant pour lui dire : « Docteur, j'ai mal aux dents » ? Je pense que nous sommes chacun notre propre médecin devant ce mal. Je propose que l'on tienne compte de cette réflexion de bon sens et que l'on complète le dernier alinéa de l'article 5 par la phrase suivante : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les chirurgiens-dentistes. »

M. le président. La commission est contre.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je veux bien tout entendre, mais faire croire aux Français qu'avec cette réforme, ils ne pourront pas être soignés par les chirurgiens-dentistes, c'est un mensonge que je ne peux pas laisser passer.

Mme Catherine Génisson. Prouvez-le !

M. Alain Bocquet. Vous mentez !

M. Jacques Desallangre. C'est une accusation, monsieur le ministre ?

M. le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie. Vous manquez de mordant, monsieur Desallangre ! (*Rires.*)

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. C'est de la désinformation !

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4090 à 4101.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux allergologues. Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4102 à 4113.

Qui est le spécialiste des allergologues ? Monsieur Paul ? Cela ne m'étonne pas de vous. (*Sourires.*) Dans cette assemblée, il ne faut être allergique à rien.

M. Daniel Paul. Je voudrais dire quand même à M. le ministre de la santé...

M. le président. Vous n'êtes pas allergique au ministre quand même ?

M. Daniel Paul. ... que le texte, du fait de son imprécision, conduit tout droit à ce qu'il vient de dénoncer, c'est-à-dire que les Français ne pourront plus consulter de chirurgiens-dentistes sans payer un dépassement d'honoraires.

M. Alain Bocquet. Eh oui !

M. Daniel Paul. S'agissant des allergologues, encore une fois, nous sommes contre les dépassements d'honoraires.

Les maladies nouvelles dans ce domaine sont très mal connues, très mal définies, elles nécessitent des passages réguliers devant les spécialistes. Allez-vous obliger à

chaque passage régulier devant un allergologue ou un autre spécialiste, compte tenu des difficultés à déterminer l'origine des problèmes, le passage devant un médecin traitant, un médecin référent ? Créer ce passage obligé induirait un surcoût pour l'assurance maladie et donc, nous souhaitons compléter le dernier alinéa de l'article 5 par la phrase suivante : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les allergologues. »

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4102 à 4113.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous passons aux cancérologues. (« Ah ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4114 à 4125.

La parole est à M. Gilbert Biessy.

M. Gilbert Biessy. Nous proposons de compléter le dernier alinéa de l'article 5 par la phrase suivante : « Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les cancérologues. »

Un patient atteint d'un cancer doit, pour se soigner, rendre des visites régulières à un cancérologue. Il n'y aurait pas de sens à ce qu'il aille voir son médecin traitant. Ce sont des maladies qui évoluent et qui supposent d'être suivies par un cancérologue et pas simplement par un médecin.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4114 à 4125.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux médecins en anatomie et cytologie pathologique. (« Ah ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)

M. Jean-Marie Le Guen. Pour eux, l'accès direct est fondamental. (*Sourires.*)

M. le président. Quel est le spécialiste ? Monsieur Biessy ? Toutes mes félicitations. (*Rires sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Yves Bur, président de la commission spéciale. Ce sont les litanies communistes !

M. le président. Je vous en prie, c'est une spécialité importante.

M. Jean-Marie Le Guen. Il n'y a rien sur la médecine légale. Et pourtant, l'accès est direct. (*Rires.*)

M. le président. Monsieur Biessy, ne vous laissez pas déstabiliser.

M. Gilbert Biessy. Il est important de permettre l'accès direct à cette spécialité pour les raisons que vous me permettrez de développer rapidement.

En France, l'étude de la cytologie pathologique fait partie du certificat de spécialité anatomie et cytologie pathologique délivré par les CHU. C'est pourquoi l'exercice de cette spécialité est désormais réservé aux médecins diplômés de cet enseignement (« Heureusement ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire), exception faite des situations acquises sous le régime antérieur par les pharmaciens et biologistes, habilités à inter-préter les prélèvements cytologiques.

S'attachant à détecter les lésions des cellules, constituant élémentaire des tissus, la cytologie pathologique a essentiellement un rôle de dépistage et ne doit en aucun cas faire porter un diagnostic définitif quant à la nature tumorale des anomalies cellulaires observées.

M. Paul-Henri Cugnenc. Qui vous l'a dit, ça ?

M. Gilbert Biessy. Elle doit toujours être complétée par un examen biopsique permettant l'analyse non seulement des lésions cellulaires mais aussi des modifications architecturales du tissu touché par les lésions.

Les indications médicales à un examen cytologique sont multiples. Son principal intérêt est carcinologique. Je voudrais insister sur le rôle du dépistage systématique, en particulier dans le cancer utérin, ou des frottis cervicaux pratiqués régulièrement.

Ils permettent un diagnostic précoce de tumeurs malignes qui sera bien sûr posé à la seule biopsie, et, par conséquent, une très grande proportion de guérisons.

La cytologie pathologique s'intègre donc dans un travail d'équipe entre cliniciens et biologistes et apporte sa contribution à la fois au diagnostic et aux thérapeutiques.

Pour ces raisons, il est nécessaire de garantir l'accès direct à cette spécialité.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4126 à 4137.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux médecins en anesthésie et réanimation chirurgicale.

Je suis saisi de quatorze amendements identiques, n^{os} 4138 à 4149.

Monsieur Bocquet, êtes-vous spécialiste de l'anesthésie ou de la réanimation ?

M. Alain Bocquet. Je serais plutôt pour les mesures chirurgicales, monsieur le président, envers la politique du Gouvernement qui nous mène droit dans le mur ! Il faudrait de temps à autre respecter le verdict populaire rendu récemment dans les urnes !

Le risque étant grand que les dispositions de l'article 5 ne génèrent des inégalités d'accès aux soins, ces amendements visent à supprimer la possibilité de dépassements d'honoraires des médecins en anesthésie et réanimation chirurgicale si le patient n'est pas envoyé par un médecin traitant.

Nous sommes contre le principe du dépassement d'honoraires. Cette spécialité médicale relève d'un acte opératoire à venir ou passé qui ne nécessite pas, à notre avis, l'intervention d'un médecin référent.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre ces amendements.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4138 à 4149.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

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

Mme Catherine Génisson. Ces amendements sont particulièrement importants, car il est évident que, dans leur très grande majorité, les patients ne passent pas par leur médecin traitant pour aller voir un anesthésiste-réanimateur. Ils passent par un chirurgien. Ces amendements montrent donc bien l'absurdité du dispositif que vous proposez.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je pensais que vous aviez lu le projet ! Dans le cas d'un protocole de soins, il est évident que le système consistant à voir un médecin traitant avant d'aller chez le spécialiste ne s'applique plus. Or la loi oblige à voir un anesthésiste avant toute opération. Cela s'appelle un protocole de soins.

Mme Catherine Génisson. Vous allez le préciser dans le décret alors !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Évidemment !

M. le président. Nous passons maintenant aux diabétologues-nutritionnistes.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4150 à 4161.

La parole est à M. Jacques Desallangre, pour les soutenir.

M. Jacques Desallangre. Nous avons toujours la même préoccupation. Je ne la rappellerai pas, car je crois que tous nos collègues l'ont bien comprise, de même qu'ils connaissent notre souci, notre revendication.

Nous estimons qu'il faudrait supprimer la possibilité de dépassements d'honoraires en cas d'accès direct aux diabétologues-nutritionnistes, car ce serait infliger une sanction injuste au patient. Ces spécialités médicales qui traitent le diabète par des prescriptions de régime alimentaire sont importantes. En effet, aux États-Unis, le diabète est la première cause de mortalité, avant le sida. Or, comme nous avons l'habitude, parfois bonne, parfois mauvaise, de suivre les États-Unis, nous aurons bien besoin demain de pouvoir accéder directement aux diabétologues-nutritionnistes.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre ces amendements.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4150 à 4161.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux médecins en endocrinologie et métabolismes.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4162 à 4173.

La parole est à M. Daniel Paul, pour les soutenir.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4162 à 4173.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Passons aux médecins en gastro-entérologie et hépatologie.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4174 à 4185.

M. Alain Bocquet. Toujours dans le même esprit, nous souhaitons ne pas être obligés d'aller consulter le médecin traitant avant toute visite chez le gastro-entérologue notamment.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4174 à 4185.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux médecins en gériatrie et gérontologie.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4186 à 4197.

M. le président. La parole est à M. Daniel Paul, pour les soutenir.

M. Daniel Paul. Je n'apprendrai à personne ici que la population française vieillit. *(Rires et exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)* Il n'y a rien d'amusant à cela ! Nous avons vu l'année dernière ce que certaines difficultés climatiques pouvaient entraîner comme conséquences pour les personnes âgées. Si celles-ci doivent systématiquement avoir recours à leur médecin traitant pour consulter les médecins en gériatrie et gérontologie qui sont, de fait, devenus leurs médecins traitants, cela occasionnera un dysfonctionnement qui aura des conséquences plus lourdes encore pour la sécurité sociale que celles que vous dénoncez.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre ces amendements.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. L'argument de M. Paul est très fort. Nous avons accepté que les pédiatres ne soient pas soumis aux règles édictées par les articles 4 et 5. Il est tout à fait exact que les gériatres et les gérontologues sont les médecins généralistes des personnes âgées. Ils doivent donc pouvoir bénéficier du même traitement que les pédiatres.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je voudrais insister sur ce problème avec un minimum de solennité, car nous allons y être confrontés dans les années qui viennent. La médecine interne était réservée à la médecine hospitalière de haut niveau, mais nous allons bientôt nous retrouver avec des réseaux de gérontologie auxquels l'on accédera par les médecins gériatres. Il faudrait donc s'interroger sur la présence de ces derniers dans la liste qui figurera dans le décret dont a parlé M. le ministre. Les gériatres doivent en effet pouvoir être les médecins traitants de ces personnes de grand âge.

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. C'est possible !

M. Jean-Marie Le Guen. Dans quelles conditions est-ce possible ? Dites-le nous ! Si vous pouvez nous assurer que les gériatres seront ajoutés aux trois fameuses catégories qui figureront dans le décret, tant mieux ! Notre demande sera satisfaite. Ils seront les médecins généralistes des personnes du quatrième âge d'ailleurs, pas du troisième, et il faut qu'ils puissent être des médecins traitants.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Si la question est : « Peut-on choisir ce type de praticien comme médecin traitant ? », la réponse est « oui », car cela relève du libre choix du patient.

M. Jean-Marie Le Guen. Mais il ne sera pas remboursé !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Tous ces amendements, certes différents, mais qui répondent à la même logique, aboutissent à créer la confusion dans vos propres esprits.

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

M. Jean-Pierre Door. On s'amuse là à déshabiller petit à petit la coordination des soins. C'est, en quelque sorte, un strip-tease d'amendements.

Monsieur Le Guen, vous le savez bien, la gériatrie est une médecine générale à destination des personnes âgées, mais elle n'implique pas d'actes particuliers. Autant dire que les gériatres seront automatiquement considérés comme les médecins traitants de leurs patients habituels.

M. Richard Mallié. CQFD !

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4186 à 4197.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Venons-en aux médecins en médecine et biologie du sport.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4198 à 4209.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4198 à 4209.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Passons aux néphrologues.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4210 à 4221.

La parole est à M. Jacques Desallangre, pour les soutenir.

M. Jacques Desallangre. A la différence de la gériatrie, la néphrologie est une spécialité encore mal connue des patients, mais, fort heureusement, le public commence à avoir conscience de l'intérêt qu'elle présente. Nous souhaitons donc que les dispositions de l'article 5 ne s'appliquent pas aux néphrologues.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre ces amendements.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4210 à 4221.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux neurochirurgiens.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4222 à 4233.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4222 à 4233.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux neurologues.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4234 à 4245.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4234 à 4245.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les neuropsychiatres maintenant.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4246 à 4257.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour répondre au Gouvernement.

M. Jean-Marie Le Guen. Ces amendements posent à nouveau le problème des conditions d'accès à la psychiatrie. À l'article 4, nous avons souhaité un accès direct à cette spécialité sans perte, mais la question se pose encore à l'article 5. Parce que nous défendons un accès à des soins de qualité pour le patient – c'est quand même cela l'essentiel –, nous soutenons ces amendements.

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

Mme Catherine Génisson. J'irai dans le même sens que M. Le Guen. De tels amendements sont fondamentaux, car on sait à quels obstacles socioculturels se heurte l'accès à la neuropsychiatrie.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4246 à 4257.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux ophtalmologues.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4258 à 4269.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4258 à 4269.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux médecins en orthopédie dento maxillo-faciale.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4270 à 4281.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4270 à 4281.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Passons aux médecins en oto-rhino-laryngologie.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4282 à 4293.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4282 à 4293.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux pneumologues.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4294 à 4305.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4294 à 4305.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Avec les douze amendements identiques, n^{os} 4306 à 4317, nous abordons le cas des psychiatres.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4306 à 4317.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux médecins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4318 à 4329.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4318 à 4329.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux radiologues.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4330 à 4341.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4330 à 4341.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux rhumatologues.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4342 à 4353.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4342 à 4353.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux radiothérapeutes.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4354 à 4365.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4354 à 4365.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux stomatologues. Je suis saisi de douze amendement identiques, n^{os} 4366 à 4377.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4366 à 4377.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux médecins en chirurgie de la face et du cou.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4378 à 4389.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4378 à 4389.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux médecins en chirurgie infantile.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4390 à 4401.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4390 à 4401.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux médecins en chirurgie orthopédique et traumatologique.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4402 à 4413.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4402 à 4413.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux médecins en chirurgie plastique reconstructrice.

Je suis de douze amendements identiques, n^{os} 4414 à 4425.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4414 à 4425.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en arrivons aux médecins en chirurgie urologique.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4426 à 4437.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement sont contre.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4426 à 4437.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux médecins en chirurgie vasculaire.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4438 à 4449.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement y sont défavorables.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4438 à 4449.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Nous en venons aux médecins en chirurgie viscérale.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 4450 à 4461.

M. Daniel Paul. Ils sont défendus.

M. le président. La commission et le Gouvernement y sont défavorables.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 4450 à 4461.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 81. La parole est à M. le rapporteur, pour le soutenir.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Cet amendement s'inscrit dans la logique du projet de loi, qui vise à faciliter la coordination des soins et à améliorer leur qualité. S'agissant de l'orientation du patient par le médecin traitant, l'amendement tend à étendre à l'hôpital les règles qui s'appliquent à la médecine de ville, à l'exception des urgences.

Nous souhaitons en effet que les patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier acquittent une majoration.

Je rappelle que l'article 5 du projet de loi permet à l'État de fixer le montant de la majoration applicable à l'hôpital, dans le but unique d'encourager les filières de soins.

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

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Avis favorable à ce remarquable amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Si j'ai bien compris, la phrase la plus importante de l'amendement est la dernière.

M. Daniel Paul. Comme toujours !

M. Jean-Marie Le Guen. Or cette phrase précise que la majoration de la participation du patient ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de l'activité libérale du médecin hospitalier. Je ne comprends pas pourquoi seule l'activité libérale serait ainsi aidée par la sécurité sociale, puisqu'il s'agit bien, en l'espèce, de ne pas augmenter le ticket modérateur.

Pourquoi le dispositif prévu pour l'activité libérale du médecin hospitalier ne s'appliquerait-il pas à l'activité hospitalière traditionnelle de consultation ? Question

subsidaire : pourquoi les mesures relatives à l'activité libérale du médecin hospitalier à l'hôpital seraient-elles différentes de celles qui régissent l'activité du médecin libéral hors de l'hôpital ?

Je ne comprends vraiment pas la logique de l'amendement et j'apprécierais que le rapporteur nous éclaire de ses lumières.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. L'activité libérale à l'hôpital relève du secteur 2 ou du DP, le dépassement permanent, dont certains médecins hospitaliers bénéficient encore, alors que l'amendement concerne les spécialistes qui exercent dans le cadre de leur activité hospitalière.

En outre, il vise à éviter que les hôpitaux ne soient engorgés par un afflux de patients qui s'adresseraient directement aux spécialistes.

A ce titre, il s'inscrit dans la logique du projet de loi.

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

Mme Catherine Génisson. Je ne comprends ni l'objet de l'amendement ni la logique dont parle le rapporteur et j'aimerais qu'il nous explique plus concrètement la proposition qu'il défend.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. L'amendement vise à ce que le principe qui consiste à privilégier le médecin traitant dans l'accès au spécialiste s'applique de la même façon dans le cas du médecin de ville et du médecin hospitalier. Pour cela, il faut appliquer un système de majoration en cas de consultation du médecin spécialiste hospitalier sans prescription préalable du médecin traitant, sachant que l'activité libérale est à part, comme je l'ai indiqué à M. Le Guen. La majoration du montant de la consultation publique sera acquittée par le patient au bureau des entrées de l'hôpital.

M. Simon Renucci. Dans le cas du secteur libéral ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Non. Les médecins hospitaliers qui exercent une activité libérale, selon un système de moins en moins répandu mais que vous avez souhaité maintenir, relèvent du secteur 2 ou du dépassement permanent.

La majoration s'appliquerait en cas de consultation dans le secteur public hospitalier, pour éviter que l'accès aux spécialistes soit traité différemment à l'hôpital et en ville.

M. Jean-Marie Le Guen. De quelle majoration parlez-vous ? De celle du ticket modérateur ?

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

Mme Catherine Génisson. Je comprends mieux la proposition du rapporteur. Mais l'article 5 dispose que le spécialiste consulté perçoit directement la majoration, alors que l'amendement voudrait que, dans le cas d'un médecin praticien salarié, la majoration soit perçue par l'hôpital et non par le praticien lui-même.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. En effet. Elle serait perçue par la caisse de l'hôpital.

Mme Catherine Génisson. Le dispositif préconisé par l'amendement n'est donc pas le même que celui de l'article 5.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Il est dans le même esprit !

Mme Catherine Génisson. Non, puisque votre amendement prévoit que l'assuré paie 100 % de la majoration !

M. André Chassaigne. Dans tous les cas, c'est toujours l'assuré qui paie !

M. le président. La parole est à M. Simon Renucci.

M. Simon Renucci. En somme, l'amendement introduit pour le patient une charge supplémentaire dans le secteur hospitalier, de manière à ce que celui-ci soit à égalité avec le secteur de ville.

Mais le dispositif proposé sera difficile à faire admettre à nos concitoyens, puisqu'il se résout par un dépassement. Nous le disons tous sans passion, monsieur le rapporteur : vous introduisez une nouvelle source d'injustice.

M. le président. Monsieur le rapporteur, souhaitez-vous maintenir votre amendement ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Oui.

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. J'y suis toujours favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 81. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 5, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 5, ainsi modifié, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures vingt, est reprise à dix-huit heures trente.)

M. le président. La séance est reprise.

Je précise, mes chers collègues, que les 420 amendements que nous venons d'examiner ont nécessité 58 800 feuilles de papier.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Merci à l'administration !

M. le président. Il convient, en effet, de rendre hommage aux services de l'Assemblée qui les ont manipulées sans commettre la moindre erreur.

Après l'article 5

M. le président. Nous en venons à une série de douze amendements identiques, n°s 832 à 843, portant article additionnel après l'article 5.

La parole est à M. Jacques Desallangre.

M. Jacques Desallangre. Ces amendements tendent à améliorer la couverture médicale du territoire, qui est un enjeu fondamental pour répondre aux besoins de santé de la population. En effet, non seulement les malades souffrent actuellement d'une pénurie organisée de professionnels de santé, mais ils subissent également les conséquences d'une installation aléatoire des cabinets médicaux sur l'ensemble du territoire. Bien entendu, le second phénomène est lié au premier : les médecins n'étant pas assez

nombreux, ils peuvent s'installer dans les régions qu'ils jugent les plus adaptées à leurs projets personnels – qui leur en ferait grief ? – et délaisser ainsi des régions moins séduisantes.

Il ressort de nombreuses études statistiques publiques que la répartition géographique des professionnels de santé, notamment des cabinets médicaux, n'est pas proportionnelle aux besoins de santé de la population. Ainsi, les rapports Berland et Descours ont souligné qu'il existe d'importantes différences de densité entre les régions, par exemple, entre l'Île-de-France, d'une part, et le sud et le nord du pays, d'autre part. La densité de la région la moins pourvue – cela va intéresser M. Bertrand, puisqu'il s'agit de la Picardie, notre région – est de 248 médecins pour 100 000 habitants, alors que pour la mieux dotée, l'Île-de-France, elle est de 422 pour 100 000.

En ce qui concerne les omnipraticiens, la densité moyenne s'élève à 163 pour 100 000 habitants. Si le sud de la France est relativement bien pourvu – et ce n'est pas étonnant –, il n'existe pas de nette opposition nord-sud. Les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Corse figurent parmi les plus dotées alors que le Centre, la Picardie, le Pas-de-Calais, la Haute-Normandie et la Basse-Normandie présentent des densités bien inférieures à la moyenne.

L'analyse de la répartition régionale des omnipraticiens et des spécialistes révèle que, à quelques exceptions près, leurs densités respectives varient de manière identique. À une surdensité d'omnipraticiens correspond une surreprésentation des spécialistes. À quoi il faudrait ajouter que 90 % des médecins généralistes et 62,9 % des spécialistes qui exercent en libéral sont conventionnés en secteur 1 – et appliquent donc les tarifs conventionnels – mais que, à Paris, 71,8 % des spécialistes sont en secteur 2 – pratiquant des honoraires libres – contre seulement 4,6 % dans le Lot.

Parmi les propositions du Gouvernement pour lutter contre ces disparités régionales figure une incitation conventionnelle et fiscale. Cette piste doit être exploitée autant que faire se peut. Toutefois, il n'est pas certain que cette mesure financière permette une couverture intégrale du territoire national en offre de soins, vitale pour nos concitoyens. Concentrer l'intervention sur le seul aspect financier évacue de nombreux autres éléments qui expliquent ces situations.

Dans l'intérêt de nos concitoyens, il est donc nécessaire de trouver des moyens impératifs, ouverts et démocratiques, pour répondre uniformément aux besoins de santé sur l'ensemble du territoire national. C'est pourquoi, sans remettre en cause la liberté d'installation des praticiens, il nous a semblé nécessaire de définir des zones territoriales d'installation des cabinets médicaux en prenant exemple sur les règles appliquées aux officines de pharmacie. Ainsi, le professionnel de santé serait libre de s'installer à l'endroit qu'il a choisi dans les limites de l'espace défini à cet effet.

Tel est l'objet de ces amendements qui, selon moi, ne vont pas assez loin – mais j'espère que leur modestie vous séduira, même si, je le sais, cela choque les médecins. Je souhaiterais, pour ma part, qu'on lâche le *numerus clausus*. Ainsi, les médecins, plus nombreux, seraient conduits à s'installer dans des régions que, actuellement, ils peuvent se permettre de délaisser.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements en discussion ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Ces amendements sont particulièrement intéressants. S'agissant du *numerus clausus*, je vous ai répondu hier, monsieur Desallangre. Quant à la couverture médicale de l'ensemble du territoire, elle est en effet un enjeu fondamental et je partage votre diagnostic. En revanche, je n'approuve pas le dispositif autoritaire que vous proposez. Pour ma part, je préfère parier, ainsi que le Gouvernement – c'est en tout cas ce qui ressort du projet de loi – sur l'incitation.

Si la disposition que vous proposez était appliquée, elle ne dissiperait aucunement le malaise des médecins généralistes, puisque c'est le manque de ces professionnels de santé – M. Chassaigne l'a évoqué hier avec beaucoup de talent – qui se fait le plus cruellement sentir dans les campagnes. À cet égard, je rappelle que la commission a adopté un amendement visant à inciter à la création de cabinets de groupe qui permettront de remédier à l'isolement qui décourage les jeunes médecins de s'installer à la campagne. J'ajoute que nous avons également adopté un amendement de M. Le Guen qui tend à créer des maisons médicales, lesquelles devraient répondre, au moins en partie, au problème que vous soulevez.

Encore une fois, le dispositif que vous proposez est beaucoup trop autoritaire. C'est la raison pour laquelle la commission a rejeté ces amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements en discussion ?

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Le Gouvernement émet un avis défavorable à ces amendements, car le dispositif proposé est autoritaire, trop contraignant et ne saurait être efficace. Il est vrai que nous partageons votre constat, monsieur Desallangre : nous ne pouvons pas nous satisfaire de la situation actuelle de la démographie médicale. Mais, manifestement, nous divergeons sur les moyens de l'améliorer. Nous, nous pensons que l'incitation est la meilleure solution, mais elle ne peut pas être conçue sans une évaluation. Nous avons décidé de mener, dans ce domaine, une politique ambitieuse en prenant un certain nombre de mesures qui figurent notamment dans le projet de loi sur le développement des territoires ruraux.

Par ailleurs, le développement des cabinets de groupe constitue sans doute la meilleure réponse à la sous-médicalisation de certaines zones. Du reste, les nouvelles générations de médecins ont un comportement moins individualiste que leurs aînés et souhaitent s'engager dans une telle démarche.

La combinaison de ces différents outils apparaît comme la meilleure solution au problème que vous soulevez, monsieur le député. Même si, je le répète, nous partageons le même constat, nous estimons que c'est dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif aux territoires ruraux, voire de certains articles du présent texte que nous étudierons ultérieurement, que la discussion pourra s'engager à ce sujet. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

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

M. Richard Mallié. Monsieur le secrétaire d'État l'a dit, mais je veux y insister : avant de contraindre, il faut inciter.

Notre collègue communiste a évoqué la possibilité de « lâcher » le *numerus clausus*. Jean-François Mattei l'a augmenté il y a quelques mois.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Un peu !

M. Richard Mallié. C'est vrai, mais on ne peut pas doubler ou tripler brutalement le nombre des étudiants en médecine, car n'avons pas les moyens de mettre en place immédiatement les structures nécessaires à leur formation.

Par ailleurs, ce qui est applicable aux officines de pharmacie ne l'est pas aux médecins, monsieur Desallangre. On ne peut pas définir une zone territoriale d'installation pour ces derniers, car l'activité médicale varie selon le type de population. Ainsi, chacun le sait, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, que vous avez citée, compte plus de retraités et de personnes âgées que d'autres. Or ces personnes nécessitent davantage de soins, donc de médecins. Dans ces régions, la densité de professionnels de santé doit donc y être supérieure à la moyenne.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Le problème de la démographie médicale est un problème majeur, qui s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, le *numerus clausus* n'a pris en compte ni les changements de mentalité, ni les changements de pratiques, ni la féminisation. Ensuite et surtout, les jeunes générations redoutent l'isolement et souhaitent se regrouper. Enfin, notre pays compte une forte proportion de spécialistes.

Les solutions doivent donc être multiples, innovantes et prendre plutôt la forme d'incitations. Nous proposons, pour notre part, un *numerus clausus* régional par spécialité, car les besoins diffèrent selon les spécialités et les régions. En outre, 85 % des médecins s'installent dans la région où ils ont été formés, car ils y ont tissé leur réseau professionnel.

Des aides sont prévues pour favoriser l'implantation de maisons médicales professionnelles – à l'échelon cantonal, dirai-je pour faire simple –, ce qui me paraît important. Il faut également prévoir des aides à l'installation, mais à condition que celles-ci soient pérennes. Par ailleurs, on commence à envisager la possibilité de fixer des rémunérations différentes selon les régions, sous réserve que le patient ne soit pas pénalisé par ces différences de rémunération.

L'idée d'une licence d'installation accordée par le préfet en fonction d'un nombre d'autorisations prédéterminé ne nous semble pas une bonne réponse, en tout cas aujourd'hui, bien qu'elle tente un certain nombre de nos collègues, qui voient dans la transposition de ce qui se fait actuellement pour les pharmacies une façon simple de régler le problème. Cette méthode coercitive ne nous paraît pas adaptée à la mentalité de notre pays. Nous estimons que l'incitation est préférable à la coercition.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je ne suis pas d'accord avec cet amendement qui, assimilant la problématique des cabinets médicaux à celle des pharmacies, propose de mettre en place un système d'attribution de licences. En effet, je ne pense pas que l'instauration de quotas fournisse de bonnes garanties, notamment en termes de modernisation de notre appareil de santé.

Cela étant, j'ai été un peu surpris par la réponse de M. le ministre et d'un certain nombre de nos collègues, face à ce qui constitue un problème majeur. Je me refuse à croire qu'ils aient déjà oublié avoir voté l'article 1^{er}, ou qu'ils accordent si peu d'importance à cet article. En votant l'article 1^{er}, nous avons, je le rappelle, réaffirmé le principe d'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, principe garanti par l'État...

M. Henri Nayrou. Exactement !

M. Jean-Marie Le Guen. ... ainsi que l'obligation de résultat incombant à l'assurance maladie d'organiser la fourniture de soins dans les zones de désertification médicale. Nous avons franchi un cap en désignant un responsable, l'assurance maladie – qui a les moyens d'assumer cette obligation –, et nous sommes même allés plus loin en décidant de doter celle-ci d'un outil, à savoir la possibilité de créer des maisons médicalisées. Je m'étonne donc que nos collègues de la majorité et le Gouvernement s'en tiennent à nous parler d'incitation, ce qui constitue un discours certes sympathique, mais dépassé.

Deuxièmement, en dépit de l'intérêt que présentent les lois sur les territoires ruraux, on ne peut tout de même pas s'en inspirer pour dire aux collectivités locales de se débrouiller elles-mêmes pour trouver des médecins. Sans doute n'est-il pas inutile de recourir ici ou là à des mécanismes d'incitation, mais ceux-ci doivent rester marginaux par rapport à l'orientation que nous avons adoptée avec l'article 1^{er} : l'État garantit, l'assurance maladie réalise. Nous devons être certains qu'au-delà de la loi, une volonté politique viendra soutenir la réalisation des objectifs poursuivis. C'est pourquoi je souhaite que le Gouvernement nous précise quelle valeur il accorde aux principes que nous avons adoptés à l'article 1^{er} sur la désertification des territoires ruraux.

M. le président. La parole est à M. Alain Vidalies.

M. Alain Vidalies. La question des inégalités territoriales pour l'accès à la santé constitue un débat trop grave pour qu'on se permette de l'é luder. Il me paraît donc nécessaire de répondre à M. Mallié.

Contrairement à ce que vous affirmez, mon cher collègue, la situation de la population de la région PACA n'explique pas, à elle seule, la densité très importante de médecins qu'on y constate. Certes, cette région concentre une population très âgée...

M. Richard Mallié. J'ai dit que la population y était plus âgée qu'ailleurs !

M. Alain Vidalies. ... mais, dans ce cas, votre raisonnement n'explique pas la forte densité de pédiatres qu'on y relève !

J'ai ici les chiffres, fournis par l'ordre des médecins, attestant des disparités régionales qui sont à noter pour toutes les spécialités, et dans des proportions qui font de cette anomalie un vrai problème politique.

On a ainsi un pneumologue pour 31 500 habitants en PACA...

M. Richard Mallié. N'oubliez pas que vous n'avez rien fait pendant cinq ans !

M. le président. Allons, monsieur Mallié ! Le débat avait bien commencé...

M. Alain Vidalies. Je constate qu'à chaque fois que l'on vous oppose un argument gênant, votre seule réplique consiste à nous demander ce que nous avons fait, comme si cela vous exonérait, vous, d'avoir à faire quoi que ce soit.

M. Bernard Accoyer. Mais c'est la réalité ! Vous n'avez rien fait !

M. Richard Mallié. Rien !

M. le président. Monsieur Mallié ! Laissez M. Vidalies s'exprimer !

M. Alain Vidalies. Cette disparité se retrouve pour toutes les spécialités, ce qui a de graves implications sur la vie des gens, et mérite un débat sérieux.

On a, par exemple, un gastro-entérologue pour 19 000 habitants en région PACA, contre un pour 35 000 en Champagne-Ardenne, et un pour 38 000 en région Centre. De même, on a un endocrinologue pour 44 000 habitants en région PACA, contre un pour 232 185 en Picardie.

Comme vous le voyez, l'âge de la population est loin de tout expliquer. La réalité, c'est qu'aux inégalités sociales s'ajoutent des inégalités sanitaires, ce qui fait que les inégalités entre nos concitoyens ne font que s'accroître.

Un député du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Voilà le résultat de quinze ans de socialisme !

M. Alain Vidalies. En tout état de cause, il me semble normal que le problème soit évoqué à l'Assemblée nationale, et si je vous concède que la responsabilité de cette situation peut être partagée, je tiens aussi à affirmer que les dispositions prévues par l'article 5 vont encore aggraver les disparités entre les régions.

M. le président. La parole est à M. Henri Nayrou.

M. Henri Nayrou. Ce problème renvoie à celui que nous avons déjà abordé lors de l'examen du projet de loi relatif au développement des territoires ruraux. Selon l'amendement n° 26, voté vendredi dernier à l'unanimité, « L'État garantit un accès effectif à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Les régimes d'assurance maladie veillent à l'exercice de ce droit notamment en favorisant dans le cadre de leurs compétences, une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire national ou en aidant à la création de maisons médicales ». L'accès aux soins constitue un problème médical qui pose la question du *numerus clausus*, et de l'installation de médecins dans les zones défavorisées. C'est donc un problème de société, relevant de la responsabilité de l'État.

Contrairement à M. le secrétaire d'État, nous ne pensons pas que les incitations fiscales constituent une réponse appropriée. Généraliser le financement de telles aides par les collectivités locales, au lieu de l'État, conduirait inévitablement à un accroissement des inégalités. En effet, les collectivités les plus défavorisées n'auraient plus accès au système de santé, ce qui contrevient à l'amendement voté à l'unanimité dans cet hémicycle. Il me paraît important de rappeler – et sur ce point je m'adresse à M. le président de l'Assemblée – que notre Constitution garantit l'égalité à tous d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

M. le président. La parole est à M. Jacques Desallangre, et je tiens à faire remarquer que j'ai laissé le débat se développer largement sur cet amendement.

M. Jacques Desallangre. Je vous en remercie, monsieur le président.

Si nous sommes en désaccord avec M. le ministre et M. le rapporteur, nous ne condamnons pas pour autant le principe de l'incitation, dont il sera intéressant de juger les résultats dans quelque temps. Toutefois, alors que l'on instaure des quotas pour les pharmaciens ou pour les emplacements d'ambulances devant les gares, alors que pour poser une simple porte-fenêtre il faut obtenir une déclaration de travaux, ainsi que l'autorisation de la DDE et parfois de l'architecte des Bâtiments de France, je m'étonne que l'on recule lorsqu'il s'agit de réglementer l'installation des médecins. Je rappelle que l'État est garant de l'intérêt général, ce qui lui donne le droit de recourir à la contrainte.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Il me paraît nécessaire de rappeler quelques points relatifs à la démographie médicale. Un grand nombre de nos concitoyens vivent aujourd'hui dans des zones médicalement désertifiées. Je rappelle que le Gouvernement a récemment pris la décision de porter le *numerus clausus* à 7 000 étudiants...

M. Jean-Marie Le Guen. Non, le ministère de l'éducation ne le reconnaît pas !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. ... d'ici un an et demi, c'est-à-dire pour 2006. Vous ne pouvez contester que M. Fillon ait annoncé cette mesure, monsieur le Guen.

Par ailleurs, les quotas infirmiers sont de 30 000 par an, et une aide à l'installation dans les zones médicalement désertifiées a été mise en place. Cette aide est triple : y contribuent l'État – à hauteur de 10 000 euros par an –, l'assurance maladie – pour 13 000 euros –, et les collectivités locales. Quant au décret fixant les zones médicalement désertifiées, il devra être revu pour être élargi.

L'article 29 du projet de loi sur l'assurance maladie prévoit une modulation de la prise en charge des charges sociales en fonction de l'endroit où les médecins s'installeront, et l'article 37 l'obligation faite aux ARH et aux URCAM de travailler ensemble dans le cadre d'un plan régional de permanence des soins.

Enfin, l'article 1^{er}...

M. Jean-Marie Le Guen. Ah !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Nous avons effectivement travaillé ensemble sur cet article, qui donne la possibilité à l'assurance maladie d'implanter des maisons médicales. Ce dispositif, s'il doit encore donner lieu à évaluation, constitue un bon point de départ.

Je terminerai par une mise en garde : ne remettons pas en question la liberté d'installation, sous peine de dissuader progressivement les jeunes d'entreprendre des études de médecine. Ce serait la pire chose pour notre pays (« Très bien ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour clôturer ce débat.

M. Jean-Marie Le Guen. Je voudrais, quant à moi, mettre en garde les responsables de collectivités locales sur le risque de créer des effets d'aubaine injustifiés. Les médecins installés en zone rurale n'ont pas de problèmes de revenus – leurs revendications ne portent d'ailleurs pas sur ce point –, ils ont des problèmes de conditions de travail. Je tiens à votre disposition les chiffres attestant du fait que ces médecins disposent même de revenus substantiellement plus importants que leurs confrères des zones à haute densité médicale, ce qui paraît d'ailleurs normal.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Les cabinets de groupe !

Mme Catherine Génisson. Les maisons médicales !

M. Jean-Marie Le Guen. Gardons-nous de créer des illusions avec des incitations financières. Les collectivités locales ne doivent pas se lancer dans une surenchère, ridicule et dangereuse, à l'aide incitative à l'installation.

Il faut s'en tenir au principe posé par l'article 1^{er}, selon lequel l'assurance maladie finance l'implantation, soit de cabinets de groupes, soit de maisons médicalisées. Plus

que les incitations financières, ce sont ces dispositifs facilitant le regroupement des professionnels de santé qui permettront de répondre au problème de l'accès aux soins.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 832 à 843.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'une série de douze amendements identiques n^{os} 868 à 879.

La parole est à M. André Chassaigne, pour les soutenir.

M. André Chassaigne. Cet amendement s'inscrit dans la continuité de nos propositions concernant la permanence des soins sur l'ensemble du territoire. C'est une préoccupation que nombre d'entre nous connaissent bien, en effet. Pour ma part, je suis maire d'un chef-lieu de canton qui n'a plus de médecin depuis deux mois et je puis vous dire, après avoir assisté vendredi dernier à la conférence territoriale d'un des deux arrondissements que je représente, que nous sommes confrontés à de réels problèmes de continuité territoriale en matière de santé.

Ainsi, certaines spécialités sont en voie de disparition dans certaines zones : ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique. Et cela pose un problème non seulement pour la médecine libérale mais également pour les hôpitaux de proximité. Il faut pratiquement avoir recours à des chasseurs de tête pour trouver des médecins qui acceptent de venir s'installer dans nos territoires ruraux. Et on assiste à de véritables combats entre hôpitaux de proximité ou entre petites villes voisines.

Le débat a montré tout à l'heure quelles étaient les causes de cette pénurie de professionnels de santé. M. Desallangre a soulevé la question du *numerus clausus*. Je n'y insisterai pas sauf pour dire qu'avec 5 700 places en 2004, on est encore loin des 7 000 places évoquées par le ministre. Et quand on ajoute à la faiblesse de ces chiffres, le vieillissement des professionnels actuellement en exercice, on comprend qu'on va assister à la désertification médicale de territoires entiers.

D'ores et déjà, la permanence des soins sur l'ensemble du territoire n'est plus assurée ni géographiquement, ni dans le temps – et le phénomène va s'amplifier –, ni par spécialité. Dans ces conditions, il est évident que la levée du *numerus clausus* irait dans le bon sens. Nous proposons aussi de développer l'attractivité des professions médicales et paramédicales en améliorant la rémunération et les conditions de travail de ces professionnels.

Nos amendements visent, plus précisément, à renforcer l'incitation conventionnelle des médecins libéraux à intervenir sur des missions complémentaires à leurs activités de médecins libéraux. Les médecins libéraux pourraient, par exemple, être incités à intervenir dans les services de médecine d'urgence afin de suppléer les professionnels urgentistes. Nous constatons en effet, aujourd'hui, qu'il n'y a pas assez de médecins urgentistes dans les hôpitaux de proximité mais, par ailleurs, et c'est un comble, que à quinze, vingt kilomètres de là, des médecins renoncent à s'installer par crainte de ne pas avoir une activité suffisante. Il conviendrait alors – et c'est l'objet de nos amendements – de modifier le mode de rémunération de ces médecins habituellement payé à l'acte.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je suis heureux de constater que le groupe communiste dépose des amendements intéressants, qui suscitent des discussions passionnantes.

M. Daniel Paul. C'est toujours le cas !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Non, pas vraiment !

En tout état de cause, M. Chassaigne n'a pas défendu exactement ces amendements, qui portent essentiellement sur la permanence des soins, et qui n'ont pas été adoptés par la commission. Je rappellerai, en effet, que les principes de la permanence des soins relèvent de la loi et du code de déontologie. En outre, et comme vous l'avez dit, monsieur Chassaigne, le financement relève de la convention – je veux saluer à cet égard les rapports particulièrement intéressants de Charles Descours. Enfin, je considère qu'il faut faire confiance aux professionnels et aux partenaires conventionnels.

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

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Même avis que la commission.

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

Mme Catherine Génisson. S'agissant des modalités à prévoir pour favoriser l'implantation des médecins et la permanence des soins, le problème n'est pas seulement comptable. Il est aussi logistique. En matière de permanence de soins, il est important de mettre en place des dispositifs permettant, par exemple, une régulation médicale des appels d'urgence les week-ends, la nuit et les jours de fête comme cela s'est fait notamment dans le Pas-de-Calais. Ainsi, dans ce département, l'ensemble des médecins généralistes ont accepté d'assurer des gardes. Une régulation médicale indique, par ailleurs, aux patients s'ils peuvent attendre le lundi ou s'ils doivent aller aux urgences ou consulter le médecin de garde. Grâce à ce système, les visites à domicile ont, en outre, diminué de façon substantielle. Cela montre qu'avec des mesures de soutien logistique, on peut aussi favoriser la permanence des soins.

Dans un deuxième temps, ce dispositif favorise aussi le développement des maisons médicales qui permettent à ces médecins travaillant ensemble le week-end d'effectuer leurs consultations dans les meilleures conditions possibles.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Nos collègues communistes posent un problème qui concerne la santé de nos compatriotes et dont la presse a fait état depuis plusieurs mois. Certes, on peut discuter de la solution qu'ils proposent. Mais, en tout état de cause, nous sommes en plein dans l'actualité car un avenant sur la permanence des soins a été signé il y a quelques jours. L'assurance maladie vient, en effet, de discuter d'un accord sur la permanence des soins qui a été signé par un certain nombre d'organisations syndicales. Pourquoi le Gouvernement ne répond-il pas à nos collègues communistes ? *(Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)* Apparemment, certains, ici, sont mieux informés que d'autres.

Je demande donc solennellement au Gouvernement de nous informer sur cet accord, qui concerne la vie quotidienne des Français, et de nous préciser quels seront son coût et son impact sur les finances publiques. J'attends ces réponses tout en m'étonnant qu'elles n'étaient pas été données spontanément après l'intervention de M. Chassaigne.

M. André Chassaigne. C'est vexant !

M. le président. La parole est à M. André Chassaigne.

M. André Chassaigne. Il faut inscrire dans la loi la nécessité de revoir le mode de rémunération des professionnels de santé. Tel est bien l'objet de nos amendements qui visent à améliorer la permanence des soins sur le territoire et par spécialité.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 868 à 879.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Nous n'acceptons pas la manière dont le Gouvernement traite la représentation nationale. *(Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)* Apparemment, il a besoin d'un petit peu de temps pour répondre à nos questions. Je demande donc une suspension de séance d'un quart d'heure.

M. le président. La séance est suspendue pour cinq minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures dix, est reprise à dix-neuf heures quinze.)

M. le président. La séance est reprise.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 784 à 795.

Ces amendements sont-ils défendus ?

M. Gilbert Biessy. Oui, monsieur le président !

M. le président. La commission et le Gouvernement y sont défavorables.

Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 784 à 795.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 856 à 867.

La parole est à M. André Chassaigne, pour soutenir ces amendements.

M. André Chassaigne. Dans le cadre des dispositions relatives au développement de l'offre de soins dans les zones géographiques où elle est absente, le Gouvernement souhaite procéder pour l'essentiel par le biais d'incitations financières. Certes, de telles incitations peuvent faciliter l'installation de médecins, mais est-ce l'unique mesure pertinente ?

Si nous ne rejetons pas *a priori* le recours aux incitations financières, nous mesurons les conséquences qu'elles pourraient avoir sur l'équilibre financier de la sécurité sociale. Nous devons nous assurer de l'efficacité de cette mesure, car sa mise en œuvre aura un coût élevé. Nous considérons également que la défiscalisation des professionnels de santé constituerait une ponction dans les comptes de l'État.

Nous avons donc étudié d'autres manières d'encourager les professionnels de santé à intervenir sur des missions sanitaires répondant à l'évolution des besoins sanitaires de nos concitoyens.

C'est ainsi que nous vous proposons d'élargir les prérogatives de la médecine générale au domaine de la santé publique. Les médecins libéraux généralistes pourraient par exemple intervenir sur des missions de prévention, d'éducation sanitaire, de veille et d'alerte sanitaire, de surveillance épidémiologique des populations. Je vous rappelle qu'aujourd'hui les médecins de santé publique sont au nombre de 330 pour couvrir l'ensemble de notre territoire. Or rien n'a été prévu dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique. Les médecins libéraux ne pourraient-ils intervenir dans tous ces domaines ?

Par ailleurs, l'Institut national de veille sanitaire possède un département Santé Travail. Votre gouvernement s'est targué de s'engager en faveur de la santé des travailleurs dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique. Or, ce département Santé Travail ne compte actuellement que neuf personnes pour effectuer la surveillance épidémiologique sur tout le territoire. Nous proposons donc d'ouvrir ces missions de santé publique aux médecins libéraux pour répondre plus efficacement aux besoins de santé de notre population.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Je renvoie M. Chassaigne au projet de loi relatif à la politique de santé publique qui prévoit une consultation en matière de santé publique. J'ajoute que la santé au travail n'est en rien l'objet de ces amendements.

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

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 856 à 867.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 8240.

La parole est à M. Jacques Domergue, pour le soutenir.

M. Jacques Domergue. Lorsque des bénéficiaires de la CMU complémentaire consultent un médecin du secteur 2, celui-ci est tenu de leur appliquer les tarifs conventionnels et non le dépassement d'honoraires.

Dans le dispositif qui va être mis en place, chaque patient doit passer par un médecin traitant. Il serait malvenu d'accepter que certaines personnes qui ne respectent pas cette obligation ne soient pas soumises, comme les autres, au dépassement d'honoraires.

Je propose, au travers de cet amendement, de donner aux bénéficiaires de la CMU le droit de choisir entre deux possibilités : rester dans la filière et être exonéré du dépassement d'honoraires, ou bien consulter directement un médecin spécialiste sachant que celui-ci, même du secteur 2, peut appliquer le dépassement d'honoraires.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a accepté cet amendement.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je vous renvoie à la pratique actuelle, et peut-être à l'avenant conventionnel. Aujourd'hui, les médecins du secteur 2 doivent compter parmi

leur clientèle au moins 25 % de secteur 1. Mais à ma connaissance, rien ne concerne les patients bénéficiaires de la CMU. Ce que vous voulez nous faire croire n'est donc pas exact, mais en tout état de cause je ne vois pas pourquoi les patients bénéficiaires de la CMU, qui n'ont pas les moyens de consulter les médecins du secteur 2, devraient subir les dépassements d'honoraires au cas où ils consulteraient librement un médecin. Je vous signale que c'est une liberté que vous reconnaissez à d'autres !

Tout cela nous confirme que la médecine que vous nous préparez contraindra au maximum ceux de nos compatriotes qui ont le moins de revenus. Ce sont naturellement les bénéficiaires de la CMU, mais également tous ceux dont les difficultés matérielles ne leur permettront pas d'assumer les dépassements que vous êtes en train de mettre en place. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

La médecine de demain, cet amendement le confirme, permettra l'existence de deux filières de soins, séparant encore un peu plus notre société.

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

M. Richard Mallié. Je voudrais dire à M. Le Guen que j'en ai assez de l'entendre caricaturer le texte et dire n'importe quoi. Nous ne sommes pas là pour contraindre les patients, mais pour faire en sorte qu'ils entrent dans un système de soins. S'ils veulent en sortir, c'est leur problème, et dans ce cas, il leur appartient de payer ! Il est faux de dire que nous remboursions moins. Le problème n'est pas là. Pour les bénéficiaires de la CMU, le médecin du secteur 2 est tenu d'appliquer les tarifs conventionnels. Il nous semble normal, en effet, que les bénéficiaires de la CMU aient accès au secteur 2. Mais ceux d'entre eux qui voudront sortir de ce schéma feront comme les autres : ils paieront le dépassement !

M. Jean-Marie Le Guen. Il n'y a aucune obligation !

M. le président. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Il est important de ne pas faire de discrimination à l'encontre d'une population, mais nous avons pour mission de modifier les comportements de tous nos concitoyens.

Toute personne, quelle qu'elle soit, qui accédera directement à un médecin spécialiste du secteur 2 paiera un dépassement d'honoraires. Il n'est pas anormal de demander aux bénéficiaires de la CMU d'accepter ce système. Il est bien entendu que toute personne qui respectera le schéma qui lui est proposé bénéficiera des honoraires conventionnels.

M. le président. Sur le vote de l'amendement n° 8240, je suis saisi par le groupe socialiste d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Entendons-nous bien, monsieur Domergue, sur ce que propose votre amendement : lorsqu'un bénéficiaire de la CMU consultera sur indication de son médecin traitant un spécialiste du secteur 2, il sera remboursé à 100 %, selon le tarif conventionnel ?

Si j'ai bien compris, selon le dispositif que nous propose le Gouvernement, en l'état actuel du texte et sans tenir compte de votre amendement, un bénéficiaire de la CMU qui serait adressé par son médecin traitant à un spécialiste du secteur 2 subirait un dépassement d'hono-

raires qui ne serait pas pris en charge, faute d'avoir respecté le dispositif conventionnel. Si c'est bien cela, votre amendement est tout à fait justifié !

M. Richard Mallié. Naturellement !

M. Gérard Bapt. Toutefois, ce point mérite quelques explications. M. Le Guen nous indiquait à l'instant que les médecins du secteur 2 devaient compter 25 % de leur clientèle en secteur 1. Ce chiffre peut atteindre 30 % dans certaines parties du territoire. Certains bénéficiaires de la CMU pourraient donc se voir appliquer les dépassements par les médecins du secteur 2.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix l'amendement n° 8240.
Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin sur l'amendement n° 8240 :

Nombre de votants	75
Nombre de suffrages exprimés	75
Majorité absolue	38
Pour l'adoption	57
Contre	18

L'Assemblée nationale a adopté.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, pendant la dernière suspension de séance, le Gouvernement m'a indiqué que j'allais obtenir une réponse. Or, il n'a toujours pas répondu à certaines questions très importantes de nos collègues du groupe communiste, notamment sur la permanence des soins et la convention médicale.

Je ne voudrais pas que dans votre élan, monsieur le président, dont je vous félicite, vous ne laissiez pas au Gouvernement le temps de lever la main pour répondre aux questions des parlementaires !

M. le président. Monsieur Le Guen, j'ai une très bonne vue, et il suffit que le Gouvernement bouge un cil pour que je sache s'il veut vous répondre ! (*Sourires.*) D'ailleurs, monsieur Le Guen, vous allez être exaucé, car je vais donner la parole au Gouvernement !

La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous ne semblez pas, monsieur Le Guen, avoir l'habitude de regarder sur votre gauche, car je vous avais indiqué mon intention de vous répondre !

Vous savez, monsieur Le Guen, quelle est la répartition des rôles dans la gestion de l'assurance maladie. Nous avons déjà abondamment parlé de la place de l'État, du Gouvernement et du législateur. Mais la convention y a aussi sa place. Vous avez fait allusion aux négociations en cours concernant la permanence des soins, dont la presse spécialisée s'est fait l'écho. Vous n'ignorez donc pas que nous ne pouvons pas aujourd'hui en connaître toutes les conditions, certains points étant encore à l'étude.

M. Maxime Gremetz. L'accord n'est donc pas signé !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Certaines parties à la négociation ont certes fait connaître leurs intentions, mais aujourd'hui nous ne savons pas exactement si l'accord sera signé par les différentes parties, et à quelles conditions.

Vous savez donc pertinemment que vous ne pouvez pas exiger du Gouvernement qu'il indique sa position, alors que nous ne savons pas précisément quels seront les termes de cette convention et quels en seront les signataires. Ce que nous savons aujourd'hui, c'est que l'organisation de la permanence des soins est essentielle pour notre système de santé ; avec un enjeu financier de l'ordre de soixante millions d'euros, d'après les éléments dont nous disposons. Nous savons également qu'il s'agit bel et bien d'une régulation médicalisée, et certains acteurs ont déjà fait savoir que cela poserait problème sur certains points du territoire – vous voyez à qui je fais allusion.

Je peux vous dire enfin que le versement de forfaits d'astreinte, que réclament certains acteurs, est bien prévu. Cela étant dit, vous comprenez bien que le Gouvernement ne peut pas, au moment où je vous parle, se prononcer définitivement : ce serait là un véritablement empiétement du pouvoir politique sur le champ conventionnel. Or, à côté du texte dont nous débattons aujourd'hui, la réussite de l'assurance maladie passe aussi par une meilleure prise en compte et une pacification du champ conventionnel dans notre système de soins.

M. le président. Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 796 à 807.

La parole est à M. Jacques Desallangre.

M. Jacques Desallangre. Cet amendement vise à aller, dans la concertation, vers la suppression du secteur 2 à honoraires libres pour les médecins libéraux et la fermeture des lits privés dans l'hôpital public. Nous proposons que, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la loi relative à l'assurance maladie, une négociation interprofessionnelle soit engagée entre les organisations syndicales représentatives au plan national des professions de santé, l'État et les représentants de l'assurance maladie sur la suppression du secteur non conventionné, appelé secteur 2. A défaut d'accord dans le délai de douze mois, un règlement minimal conventionnel devra venir préciser les conditions de cette suppression.

L'existence d'un secteur déconventionné à honoraires libres pour les professionnels de santé nous paraît en effet une aberration dans le paysage sanitaire français contemporain, source de nombreuses difficultés. Certes, comme le rappellent ses partisans, la liberté de tarification des pratiques et actes médicaux est un héritage de l'histoire de la médecine française, auquel sont attachés nos professionnels de santé. Sans remettre en cause cet attachement, il faut bien reconnaître que cette liberté tarifaire n'a plus de sens aujourd'hui, dans un système dont l'objectif est de soigner chacun, quelles que soient ses ressources.

M. Maxime Gremetz. Absolument !

M. Jacques Desallangre. Il n'est pas jusqu'au plan stratégique de la CNAMTS de 1999, qui inspire votre réforme, qui ne signale que « le secteur à honoraires libres instaure entre le praticien d'une part, l'assurance maladie et l'assuré d'autre part, une relation fondamentalement déséquilibrée, puisque le praticien y acquiert la liberté quasi absolue de fixer ses honoraires, alors que l'assurance maladie ne dispose pas de la liberté symétrique de conventionner ou non l'intéressé, et que l'assuré n'acquiert aucune contrepartie mesurable à la majoration

d'honoraire qu'il acquitte ; il crée, d'une part une inégalité croissante de revenu entre praticiens à activité égale, et d'autre part des « zones d'ombre » dans lesquelles l'accès des assurés à des praticiens du secteur 1 respectant le tarif conventionnel est devenu pratiquement impossible » : notre collègue Vidalies nous en a tout à l'heure fourni des exemples.

Le contexte de restriction de l'offre de soins a encore modifié la donne. En effet la pénurie organisée des professionnels de santé, dont souffrent aujourd'hui nombre de nos concitoyens, a créé de véritables déserts de l'offre de soins de certaines spécialités médicales. Ainsi dans le Nord, il faut aujourd'hui patienter près de trois mois pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologue du secteur conventionné. À La Courneuve, il n'y a même plus de gynécologues conventionnés en secteur 1 ! Ce sont là des faits incontestables.

Cette raréfaction des professionnels de santé conventionnés annule la possibilité de choix des patients, parfois obligés d'acquiescer les tarifs proposés par les médecins à honoraires libres, voire de se passer de soins faute de ressources suffisantes ! Cet état de fait contribue à approfondir les inégalités sociales et territoriales devant la santé et la mort.

Ce n'est pas tout : la pratique des honoraires libres tend à pousser les malades sans ressources dans les bras de l'hôpital, ce qui aggrave les charges pesant sur les établissements de soins de dépenses qui pourraient parfaitement être assumées par la médecine de ville. C'est d'ailleurs une des raisons du déficit imputable à l'hôpital public dont fait état le rapport du Haut Conseil pour l'assurance maladie.

Voilà pourquoi nous proposons par cet amendement d'aller vers la suppression du secteur 2 à honoraires libres, inégalitaire par son fonctionnement et non justifié sur un plan sanitaire. Mais cette suppression doit se faire dans la concertation avec les professionnels de santé concernés. Nous envisageons pour ce faire une procédure en deux temps qui laisse à la concertation un délai d'une année pour régler la question. À défaut, un règlement minimal imposé par l'exécutif sous contrôle de l'assurance maladie viendrait parachever le dispositif.

Je vous rappelle une fois encore, monsieur le secrétaire d'État, que l'État, garant de l'intérêt général, n'a pas à reculer devant une telle mesure si elle s'impose.

M. le président. Je vous annonce que, conformément à l'article 65, alinéa 2, du règlement, et pour devancer M. Gremetz, je demande un scrutin public sur le vote des amendements n^{os} 796 à 807.

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

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Rejet.

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

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Rejet.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. On vérifie encore une fois, monsieur le secrétaire d'État, que vous ne voulez pas aller vers une véritable réforme, qui garantisse à chacun le même droit à la santé. Nos propositions s'inscrivent, elles, dans le cadre d'une réforme de fond, qui passe par l'instauration d'une nouvelle gouvernance, dont nous aurons l'occasion de reparler, et d'un nouveau financement – vous savez qu'en la matière nous ne partageons pas vos

conceptions. Il s'agit de revenir au véritable esprit de la sécurité sociale, celui qui présidait à sa création en 1946 par le général de Gaulle et le ministre communiste Ambroise Croizat.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. N'oubliez pas le rôle de Pierre Laroque.

M. Maxime Gremetz. Je veux bien, mais je n'aime pas beaucoup ce nom-là !

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Il ne s'agit pas du colonel !

M. Maxime Gremetz. Quoi qu'il en soit, c'est à cet esprit qu'il faut revenir, et ce système des deux secteurs y est contraire. C'est toujours la même chose : ceux qui ont beaucoup d'argent peuvent aller là où ils veulent, et se faire soigner par les meilleurs spécialistes, et les autres doivent se contenter de ce qui existe.

On sait très bien qu'un tel système favorise de très graves inégalités sanitaires – vous devriez être sensible à cet aspect de la question, monsieur Bertrand. Vous connaissez aussi bien que moi la situation en Picardie. Or vous avez déjà rejeté notre amendement qui ouvrait la possibilité d'accroître le nombre des spécialistes, dont pourtant nous manquons terriblement. Alors c'est vrai, pour ceux qui ont de l'argent il n'y a pas de problème : ils peuvent aller dans le secteur à honoraires libres s'ils le veulent ; ils n'ont pas à attendre pour obtenir un rendez-vous.

Nous voulons, nous, une réforme progressiste. Et c'est pourquoi, monsieur le président, nous demandons un scrutin public sur le vote de ces amendements.

M. le président. C'est fait, je l'ai déjà décidé.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je voulais juste, monsieur le président, dire un mot de ce secteur 2, qui fait fureur sur les bancs du groupe communiste.

Il faut quand même rappeler que ses tarifs sont gelés depuis quelques années. Ensuite, le passage au secteur 2 est réservé à la primo installation des anciens chefs de cliniques et anciens assistants, qui sont « bac plus treize », ou « bac plus quatorze ». En revanche, si un médecin de ville n'a pas fait le choix de relever du secteur à honoraires libres, il ne peut plus y passer par la suite. Il ne faut donc pas exagérer la possibilité, limitée à certaines catégories de praticiens, d'accéder au secteur 2. Rassurez-vous, cette faculté n'est pas ouverte à la majorité des médecins.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix les amendements n^{os} 796 à 807.

Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

.....
M. le président. Le scrutin est ouvert.

.....
M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin sur les amendements n^{os} 796 à 807 :

Nombre de votants	58
Nombre de suffrages exprimés	58
Majorité absolue	30
Pour l'adoption	6
Contre	52

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Je suis saisi de douze amendements identiques, n^{os} 820 à 831.

Je vous annonce que, conformément à l'article 65, alinéa 2, du règlement, le vote de ces amendements fera l'objet d'un scrutin public.

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

La parole est à M. Daniel Paul.

M. Daniel Paul. Nous proposons qu'à compter de la publication de la présente loi, l'État engage une négociation avec les représentants des professions de santé, médicales et paramédicales, les usagers du système de soins et les élus de la nation, afin de mettre au jour un plan de présence homogène sur l'ensemble du territoire national.

Vous me permettez, monsieur le président, d'évoquer, sans abuser du temps de notre assemblée, le cas d'une région qui nous est chère, à tous les deux au moins, la Haute-Normandie.

M. le président. Dans ce cas, je vous laisse tout le temps qu'il vous faut ! (*Sourires.*)

M. Daniel Paul. Je vous remercie, monsieur le président.

M. Maxime Gremetz. Et la Picardie alors ?

M. Daniel Paul. Comme vous le savez, la Haute-Normandie n'est pas une région pauvre : la présence d'une grande partie de l'outil français de raffinage, de la pétrochimie, de l'automobile, de la pharmacie et l'importance des places portuaires, en font une région figurant parmi les premières de notre pays pour la valeur de la production, le montant de la valeur ajoutée, les contributions aux résultats des grands groupes industriels. C'est aussi une région qui compte un grand nombre d'assujettis à l'impôt sur la grande fortune, tout en figurant parmi celles qui compte le plus grand nombre de RMistes. Vous voyez que la Haute-Normandie est une terre de contrastes.

C'est aussi une des régions qui comptent le moins de professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. On y observe les pathologies les plus lourdes, et un des taux de surmortalité les plus importants de notre pays – la surmortalité y est supérieure de 8 % à la moyenne nationale ; elle est de 12 % supérieure dans la région havraise, que je représente ici ; de 23 % pour les tumeurs et de 6 % pour les affections cardiaques. À l'inverse le taux de remboursement par l'assurance maladie est un des plus faibles. Tous ces faits, dont souffre la population, sont connus des responsables sanitaires.

Voyons maintenant les moyens qui sont mis en place pour remédier à cette situation.

La Haute-Normandie est vingt-deuxième sur les vingt-deux régions de France pour la densité de lits de médecine, comme pour la psychiatrie ; elle est au vingt et unième rang pour les moyens en rééducation, au dix-neuvième par la densité de lits de chirurgie. Le nombre de médecins généralistes est inférieur de 15 % à la

densité moyenne nationale ; le déficit est de 25 % pour les spécialistes, de 20 % pour les infirmiers, de 40 % pour les chirurgiens dentistes, ce qui justifie tout à fait la création d'une école dentaire en Normandie, la Basse-Normandie n'en disposant pas non plus – je pense que nous sommes quelques-uns ici à aspirer à la création d'une grande région normande !

À population égale, l'Alsace compte 20 % de médecins de plus : cela ne signifie pas qu'il y a trop de médecins en Alsace, mais que la Haute-Normandie en manque dramatiquement. Selon l'INSEE, le déficit en médecins libéraux est de 18 % par rapport à une situation nationale que personne ne qualifie de satisfaisante.

Ces déficits sont encore plus importants dans la région havraise : pour les seuls généralistes il est de 30 %. Il s'agit donc d'une véritable situation de pénurie, qui, de l'avis de tous les observateurs, s'aggrave d'année en année.

En matière d'assurance maladie, la Haute-Normandie dépense 21 % de moins par bénéficiaire, ce qui signifie 700 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie, ou plutôt qu'il manque 700 millions d'euros pour soigner la population. C'est là un bien sombre tableau.

Quand on parle du manque de médecins et de démographie médicale, je ne pense pas aux médecins, mais aux malades. J'habite dans une zone franche : il n'y a plus un médecin qui veut s'y installer, et ce malgré toutes les aides qui leur ont été accordées depuis quelques années.

Aujourd'hui, les aides fiscales, les incitations à l'installation deviennent inopérantes !

En outre, elles induiraient que l'on demande aux collectivités locales de jouer sur leur attractivité. Pour ma part, je refuse que le sort de la santé d'une population repose sur l'attractivité d'une collectivité locale ou d'une région ! Vous l'avez dit vous-même tout à l'heure, monsieur le secrétaire d'État : la santé relève de la responsabilité de l'État. Or c'est sur l'attractivité que l'on voudrait jouer, ce qui, en plus, mettrait en concurrence les collectivités locales ! Ce serait à celles qui bâtiraient les meilleurs locaux, à celles qui obtiendraient le plus de moyens... On proposerait, par exemple, que les secrétaires des médecins soient prises en charge par les collectivités locales, etc.

Après tout ce qui a été suggéré par mes collègues du groupe des communistes et républicains qui se sont succédé depuis environ une heure sur ce sujet, je voudrais en revenir – c'est peut-être de la coercition – à cette négociation que nous appelons de nos vœux. Pourquoi, par exemple, ne pas y introduire également la possibilité de contracter avec des étudiants en médecine, à savoir leur proposer de prendre en charge leurs études et, en échange, leur demander d'exercer pendant un nombre minimum d'années dans la région où ils auront été formés et pris en charge, à l'image de ce que l'on demandait autrefois aux « hussards noirs » de la République qu'étaient les instituteurs ?

Cette disposition permettrait d'augmenter le nombre de médecins dans certains quartiers qui en manquent : à Evreux – je pense au quartier de la Madeleine, monsieur le président –, au Havre et dans la région havraise. Il serait tout simplement demandé à des médecins qui relèvent du secteur libéral, mais qui ont été pris en charge avec l'argent public, de prendre en charge à leur tour la santé de la population.

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

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. La commission a rejeté ces amendements, s'en tenant aux nombreuses déclarations ministérielles selon lesquelles le décret relatif à l'attribution des aides à l'installation allait être revu dans un sens beaucoup plus généreux.

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

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous proposez la prise en charge par des collectivités locales d'une partie des frais liés à la scolarité des étudiants en médecine avec, en contrepartie, l'obligation pour ces jeunes d'exercer un certain nombre d'années dans ces collectivités. Or cette disposition existe déjà : elle figure dans le texte qu'a présenté Hervé Gaymard sur le développement des territoires ruraux.

M. Daniel Paul. Il n'y a pas que les territoires ruraux, il y a aussi les territoires urbains !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Si cette disposition va dans le bon sens, libre à vous de la voter.

M. Jean-Marie Le Guen. Vous y êtes favorable ?

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Par ailleurs, vous proposez un plan en la matière, mais ne pourrait-on pas faire plus simple, plus souple et plus efficace en s'en tenant aux dispositions de l'article 37 du présent projet, qui favorisent ce dialogue et cette coopération au niveau régional et qui nous semblent aller dans un meilleur sens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Vous le savez comme moi, monsieur le secrétaire d'État : ce dont vous parlez ne marche pas !

M. Daniel Paul. C'est vrai !

M. Maxime Gremetz. Par conséquent, il faut quand même être un peu créatif, imaginatif et essayer de trouver autre chose ! Je ne vais pas citer la Haute-Normandie – j'aurai donc moins de temps de parole (*Sourires.*) –, mais prendre comme exemple la Picardie : la situation y est pire ! Toutes les statistiques le prouvent !

Cette région souffre d'un taux d'alcoolisme et d'un taux de cancers considérables et connaît un nombre tout aussi considérable d'accidents cardio-vasculaires ! Ce n'est pas moi qui le dis, ce sont les statistiques ! Or on y trouve de moins en moins de médecins. Je vous donne un exemple que, sans doute, vous connaissez moins bien : dans les quartiers nord d'Amiens, qui comptent 32 000 habitants, il n'y a pas un médecin ! Alors, excusez-moi, vous pouvez parler des territoires ruraux, mais il ne s'agit pas seulement d'eux ! L'université d'Amiens forme des médecins qu'on ne retrouve pas en Picardie, mais ailleurs !

Monsieur le secrétaire d'État, vous affirmez qu'une disposition existe, mais, en réalité, il n'existe rien parce que ça ne marche pas ! Il est anormal que les collectivités investissent, aident les étudiants en médecine, qui font des études longues, et ne profitent pas de la formation qu'elles leur apportent parce qu'ils s'en vont exercer ailleurs une fois leurs études achevées. Certains vont s'établir au soleil, d'autres en région parisienne, mais en tout cas pas où les conditions d'exercice sont plus compliquées.

C'est pourquoi ce que propose ces amendements me paraît tout à fait juste et je pense que vous devriez l'examiner. Sinon, lors de l'examen du prochain PLFSS, je

vous redirai la même chose : en Picardie, les choses se sont encore aggravées, et qui est mal soigné ? Pas les médecins, pas un certain nombre de gens qui peuvent venir à Paris sans aucun problème, mais les Picardes et les Picards !

M. le président. Merci, monsieur Gremetz.

Mes chers collègues, Je vous rappelle que vous êtes tous des députés de la nation.

Je vais mettre aux voix, conformément à l'article 100, alinéa 5...

M. Maxime Gremetz. Non, monsieur le président, je vais défendre mon amendement !

M. le président. Non, en vertu de l'article 65 et de l'article 100, alinéa 5, de notre règlement, il y aura, sur l'ensemble des amendements identiques, un scrutin public unique que j'ai demandé au début de leur discussion.

M. Maxime Gremetz. Monsieur le président, je n'ai pas défendu mon amendement n° 821, j'ai simplement répondu au Gouvernement !

M. le président. Non, monsieur, vous venez de le défendre !

Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix les amendements n°s 820 à 831.

Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

.....

M. le président. Le scrutin est ouvert.

.....

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin sur les amendements n°s 820 à 831 :

Nombre de votants	62
Nombre de suffrages exprimés	62
Majorité absolue	32
Pour l'adoption	8
Contre	54

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

3

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Ce soir, à vingt-deux heures, deuxième séance publique :

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi, n° 1675, relatif à l'assurance maladie :

Rapport, n° 1703, de M. Jean-Michel Dubernard, au nom de la commission spéciale.

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures cinquante.)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,
JEAN PINCHOT*

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL de la 1^{re} séance du mercredi 7 juillet 2004

SCRUTIN (n° 530)

sur l'amendement n° 8240 de M. Domergue après l'article 5 du projet de loi relatif à l'assurance maladie (garantie d'une couverture complète du coût des soins prodigués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire).

Nombre de votants	75
Nombre de suffrages exprimés	75
Majorité absolue	38

Pour l'adoption	57
Contre	18

L'Assemblée nationale a adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (363) :

Pour : 53 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149) :

Contre : 12 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe Union pour la démocratie française (30) :

Pour : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Contre : 6 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13).

SCRUTIN (n° 531)

sur l'amendement n° 796 de Mme Fraysse et les amendements n°s 797 à 807 des membres du groupe communistes et républicains après l'article 5 du projet de loi relatif à l'assurance maladie (suppression concertée du secteur 2 à honoraires libres concernant les médecins libéraux et les lits privés à l'hôpital public).

Nombre de votants	58
Nombre de suffrages exprimés	58
Majorité absolue	30

Pour l'adoption	6
Contre	52

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (363) :

Contre : 48 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149).

Groupe Union pour la démocratie française (30) :

Contre : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 6 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13).

SCRUTIN (n° 532)

sur l'amendement n° 820 de Mme Fraysse et les amendements n°s 821 à 831 des membres du groupe communistes et républicains après l'article 5 du projet de loi relatif à l'assurance maladie (plan de lutte contre la désertification médicale).

Nombre de votants	62
Nombre de suffrages exprimés	62
Majorité absolue	32

Pour l'adoption	8
Contre	54

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (363) :

Contre : 50 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149) :

Pour : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe Union pour la démocratie française (30) :

Contre : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 6 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13).