

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

36^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du jeudi 25 octobre 2012

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME SANDRINE MAZETIER

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013** *(suite)* (n° 287) (p. 4346)

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

TROISIÈME PARTIE *(suite)* (p. 4346)

Article 29 (p. 4346)

M. Jean-Pierre Door, M. Gérard Bapt, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour les recettes et l'équilibre général.

Article 30 (p. 4347)

Article 31 (p. 4347)

Article 32 et annexe B (p. 4347)

Mme Jacqueline Fraysse.

Amendements n° 397, 440, 441, 442, 443.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué chargé du budget.

Article 33 (p. 4347)

Amendement n° 450.

Article 34 (p. 4347)

M. Michel Liebgott, Mme Jacqueline Fraysse.

Amendement n° 130.

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

Amendement n° 444.

Article 35 (p. 4349)

Amendements n° 350, 355.

Après l'article 35 (p. 4349)

Amendements n° 777, 775.

Article 36 (p. 4349)

Amendement n° 132.

VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA TROISIÈME PARTIE
(p. 4350)

QUATRIÈME PARTIE (p. 4350)

Article 75 (p. 4350)

Mme Véronique Louwagie, M. Denys Robiliard, M. Dominique Tian.

Amendements n° 451, 95, 97, 452.

Après l'article 75 (p. 4351)

Amendements n° 767, 769.

Article 76 (p. 4352)

Mme Véronique Louwagie, M. Denys Robiliard.

Amendements n° 99, 516.

Après l'article 76 (p. 4352)

Amendements n° 377, 376, 600.

Amendements identiques n° 102 rectifié, 154 rectifié.

Avant l'article 37 (*amendements précédemment réservés*) (p. 4354)

Amendements n° 633, 632.

M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Article 37 (*précédemment réservé*) (p. 4356)

Mme Jacqueline Fraysse, M. Patrick Hetzel, M. Gérard Sébaoun.

Amendement n° 133.

Article 38 (*précédemment réservé*) (p. 4358)

M. Jean-Pierre Door, Mme Gisèle Biémouret, M. Christian Hutin.

Amendements n° 357, 453, 360 rectifié.

Après l'article 38 (*amendement précédemment réservé*) (p. 4359)

Amendement n° 181 deuxième rectification.

Article 39 (*précédemment réservé*) (p. 4360)

M. Olivier Véran, M. Patrick Hetzel, Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Pierre Door, M. Jean-Louis Bricout.

Amendements identiques n° 404 et 529.

Amendements n° 337, 364.

Amendements identiques n° 403 et 528 rectifié.

Amendement n° 366.

Suspension et reprise de la séance (p. 4364)

Après l'article 39 (*amendements précédemment réservés*) (p. 4364)

Amendements n° 690 rectifié, 595.

Article 40 (*précédemment réservé*) (p. 4365)

Mme Véronique Louwagie, Mme Véronique Massonneau, M. Jean-Pierre Door, M. Gwenegon Bui, Mme Gisèle Biémouret, Mme Martine Carrillon-Couvreur, Mme Annie Le Houerou, M. Olivier Véran, Mme Jacqueline Fraysse, M. Michel Liebgott, M. Patrick Hetzel, M. Bernard Accoyer, Mme la ministre.

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 4370)

|

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME SANDRINE MAZETIER,

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

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

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 *(suite)*

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (n^{os} 287, 302, 301).

TROISIÈME PARTIE *(suite)*

Mme la présidente. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles du projet de loi, s'arrêtant, dans la troisième partie, à l'article 29.

Article 29

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, inscrit sur l'article 29.

M. Jean-Pierre Door. Nous en arrivons aux articles qui présentent des tableaux financiers. Madame la présidente, puisque je suis inscrit à la fois sur l'article 29 et sur l'article 32, me permettez-vous de m'exprimer une seule fois, de manière globale ?

Mme la présidente. Bien sûr !

M. Jean-Pierre Door. Comme chacun sait, il est souvent préférable de répéter ce que l'on croit, ce que l'on pense, ce que l'on a à dire.

Plusieurs députés du groupe SRC. Un peu seulement !

M. Jean-Pierre Door. Vous me permettrez donc de répéter des choses qui ont déjà été dites lors de la discussion générale.

Le tableau présenté à l'article 29 porte sur le solde du régime général. Vous prévoyez, entre 2012 et 2013, une amélioration de ce solde de 1,9 milliard d'euros, avec un déficit ramené de 13,3 à 11,4 milliards d'euros. Pour mémoire, l'effort accompli entre 2011 et 2012 fut également important, puisqu'il a permis de gagner 4,1 milliards d'euros, ce qui est un résultat relativement satisfaisant.

Venons-en aux tableaux suivants, qui présentent vos prévisions pour les années 2013 et 2014. Vous espérez maîtriser le déficit, mais les hypothèses sur lesquelles vous avez construit

ce PLFSS sont selon moi tout à fait incertaines, et même illusoire. Qui peut croire sérieusement, aujourd'hui, que la croissance sera effectivement de l'ordre de 0,8 %, alors qu'un certain nombre d'économistes situent plutôt cette croissance, ce qui est bien malheureux pour nous, autour de 0,2 %, voire moins ? S'agissant de la masse salariale, vous prévoyez une augmentation de 2,5 % pour l'année prochaine et de 4 % pour l'année suivante. Peut-on sincèrement penser que la courbe du chômage va se réduire de façon telle que l'on aura une masse salariale à ce niveau ?

Ces chiffres sont importants, puisque c'est sur eux que vous avez construit votre projet. Il est tout à fait logique de construire des projets pour pouvoir financer notre Sécurité sociale demain et après-demain. Je me demande néanmoins si le vôtre ne relève pas un peu du rêve, étant donné que la crise est encore devant nous.

Vous programmez un objectif national des dépenses d'assurance maladie, un ONDAM, à 2,7 %, soit une dépense supplémentaire envisagée de 4,6 milliards d'euros, alors que la Cour des comptes, l'IGAS et l'IGF, dans leur rapport du mois de juillet, ainsi que le comité de pilotage de l'ONDAM, sur rapport de Raoul Briet, avaient préconisé des chiffres nettement inférieurs.

Ce que je redoute, c'est qu'il se produise ce qui est déjà arrivé il y a quelques années, à savoir que le comité d'alerte de l'ONDAM ne se déclenche, si nous ne respectons pas notre objectif de 2,7 %. Ce comité d'alerte, qui se déclenche lorsque l'ONDAM est dépassé de plus de 0,75 %, peut très rapidement nous rappeler à l'ordre, auquel cas il faudra envisager une révision des prévisions.

L'ensemble de ces éléments explique sans doute que le PLFSS ait finalement reçu, non pas un avis très favorable, mais bien un avis défavorable de la part des conseils d'administration de la caisse d'assurance maladie, de la caisse d'allocations familiales, et même des complémentaires.

Voilà ce que je voulais vous dire, monsieur le ministre : j'ai exprimé mon avis à titre personnel, mais je tenais à le faire, car il est logique que nous puissions critiquer votre projet, même si nous avons, nous aussi, par le passé, rencontré quelques difficultés au moment de construire notre PLFSS.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général.

M. Gérard Bapt, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général. Monsieur Door, il est vrai que nos objectifs sont très volontaristes. Vous critiquez nos prévisions concernant le taux de croissance et l'évolution de la masse salariale, mais que diriez-vous si le Gouvernement affichait des prévisions nettement plus basses ? Vous diriez qu'il accepte la défaite, qu'il est pessimiste, qu'il ne se donne pas les moyens de redresser les comptes publics et le dynamisme de notre économie !

Je voudrais évoquer le problème de la branche famille, dont vous avez organisé le déficit, en remplaçant les recettes dynamiques qui l'alimentaient par des recettes non pérennes, pour certaines, et non dynamiques pour d'autres. La branche famille est la seule sur laquelle il n'y aura pas de réduction de déficits affichée. Elle va néanmoins bénéficier d'une recette supplémentaire, par l'affectation de la contribution sur les véhicules terrestres à moteur, qui passera ainsi de la caisse d'assurance maladie à la branche famille.

Monsieur Door, tous vos amendements, à quelques exceptions près, ont été des amendements de suppression, tendant à supprimer toutes les recettes. À aucun moment vous n'avez fait des propositions pour créer des recettes substitutives. Vous n'avez qu'un mot à la bouche, les économies, et quand nous en faisons, vous nous reprochez d'en faire trop – je pense notamment à M. Accoyer à propos du médicament.

Vous êtes certes dans l'opposition, mais c'est malheureusement à une caricature d'opposition que vous vous livrez, lorsque vous faites des critiques sans les accompagner d'aucune proposition.

(L'article 29 est adopté.)

Article 30

(L'article 30 est adopté.)

Article 31

(L'article 31 est adopté.)

Article 32 et annexe B

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, inscrite sur l'article 32.

Mme Jacqueline Fraysse. Je voulais dire un mot sur cette annexe B, qu'il nous est demandé d'approuver, et qui décrit les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses pour les cinq ans à venir.

D'abord, les prévisions de croissance avancées de 0,8 % pour 2013 et de 2 % à partir de 2014 sont effectivement optimistes. Je souhaiterais partager cet optimisme, mais j'ai beaucoup de craintes, car la cure d'austérité qui est portée par le projet de loi de finances risque de tuer dans l'œuf les germes de la croissance, qui sont déjà bien fragiles.

Ensuite, je l'ai déjà dit, les prévisions d'augmentation de l'ONDAM restent à nos yeux très insuffisantes, au regard des besoins, et particulièrement de ceux des hôpitaux publics. Ce n'est pas une hausse de 2,6 % de l'ONDAM hospitalier qui leur permettra de commencer à redresser leur situation : ils risquent au contraire de continuer à s'enfoncer dans les difficultés.

Enfin, malgré ces prévisions de croissance optimistes, vous prévoyez le maintien du déficit de la Sécurité sociale et du FSV autour de 10 milliards à l'horizon 2017. Je trouve vraiment préoccupant qu'il ne soit pas prévu de résorber le déficit des comptes sociaux, déficit qui n'est lié qu'à des dépenses courantes de fonctionnement et qui, à la différence du budget de l'État, n'a pas vocation à soutenir l'investissement ou l'activité économique.

Pourtant, la résorption du trou de la Sécurité sociale est un objectif que l'on peut atteindre assez rapidement. Nous avons défendu beaucoup d'amendements qui montrent qu'il existe des ressources mobilisables. Je le répète : je trouve très préoccupant que l'on prévoie un déficit durable – jusqu'en 2017 ! – des comptes sociaux, alors qu'ils pourraient être redressés plus facilement que les comptes de l'État.

Mme la présidente. Je suis saisie par la commission de quatre amendements rédactionnels ou de précision n^{os} 397, 440, 441 et 442.

La parole est à M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué chargé du budget.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué chargé du budget. Favorable

(Les amendements n^{os} 397, 440, 441 et 442 sont successivement adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n^o 443.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de la rectification d'une erreur matérielle.

(L'amendement n^o 443, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 32 et l'annexe B, amendée, sont adoptés.)

Article 33

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement de coordination de la commission, n^o 450.

(L'amendement n^o 450, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 33, amendé, est adopté.)

Article 34

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. Mon propos, madame la présidente, sera moins financier que politique.

Je veux évoquer l'amendement n^o 130 de M. Tian, qui n'a, heureusement, pas été adopté par la commission : il n'était que la confirmation de la mort programmée du régime minier, que nous dénonçons. Je veux dire ici, au nom des députés socialistes, que nous nous félicitons de la mise en œuvre d'une médiation et de la nomination d'un médiateur.

Nous avons déjà rencontré divers syndicats, notamment la CGT et la CFDT. Ils sont également disponibles pour échanger avec le Gouvernement sur un sujet qui a été mal traité ces dernières années. Il n'y a pas eu la moindre concertation, ni le moindre échange, ni de volonté d'aboutir pour retenir ce qui est bon dans le régime minier et corriger ce qui mérite de l'être aujourd'hui, car il est vrai que le nombre des affiliés diminue petit à petit.

Nous nous battons pour que les affiliés continuent de bénéficier de la prise en charge à 100 % des dépenses qu'ils engagent, alors que le précédent gouvernement a supprimé le dispositif 2.2. b du décret de 1992. Nous nous battons

également pour que les personnels, qui sont encore nombreux, puissent continuer de bénéficier de leur statut et nous nous battons pour préserver ce qu'il y a de meilleur dans le régime minier. C'est en particulier le cas des centres de santé qui fonctionnent dans différents bassins : dans le Nord, en Lorraine mais également dans le Sud-Est. Ils doivent servir d'exemple pour les centres de santé que le Gouvernement veut aujourd'hui créer, notamment en milieu rural.

M. Dumas m'a d'ailleurs mandaté pour indiquer que certains de ces centres de santé fonctionnaient extrêmement bien dans le secteur dont il est l'élu, et qu'il fallait s'en inspirer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. En l'absence de mon collègue Marc Dolez, qui souhaitait le faire, je prends la parole à l'occasion de cet article pour aborder le problème du régime minier.

Le précédent gouvernement, par un décret du 30 août 2011, a signé la fin programmée du régime minier en prévoyant son transfert vers le régime général pour la fin de 2013. Cela suscite l'inquiétude des mineurs qui demandent l'abrogation de ce décret.

Madame la ministre, vous avez annoncé un moratoire et la nomination d'un médiateur pour aborder cette question. Mais dans un courrier daté du 15 octobre dont je dispose, et qui n'a pas encore reçu de réponse, les fédérations nationales des mineurs CGT, CFDT, CFTC, FO et CFE-CGC, vous formulent deux demandes. D'une part, de les recevoir, ce qui est indispensable pour avancer sur ce dossier, et d'autre part d'abroger le décret du 30 août 2011. Je vous demande d'accéder à ces demandes, et de nous faire part de votre opinion sur ce dossier.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 130.

M. Dominique Tian. Yves Bur s'était déjà exprimé sur le sujet lors de la précédente législature. Ce régime autonome des mineurs pose un certain nombre de difficultés, parce qu'il est particulièrement généreux. Le régime minier est le seul régime spécial à ne pas appliquer les dispositifs de participation forfaitaire et de franchises médicales.

L'article 34 prévoit à nouveau une demande exceptionnelle d'avances auprès de l'ACOSS de 250 millions d'euros. L'UMP a déjà indiqué qu'il fallait mettre fin à ce régime, et donc supprimer cet article.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement a été rejeté par la commission. Il faut permettre au régime minier de se financer en 2013 en attendant l'évolution à laquelle travaille le Gouvernement. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Avis défavorable à l'amendement présenté par M. Tian.

Pour revenir sur l'interpellation de Mme Fraysse, je souhaite indiquer comme je l'ai fait précédemment lors d'une séance de questions au gouvernement toute l'import-

tance que le Gouvernement accorde à la situation du régime des mines, compte tenu de sa spécificité. Ceux qui ont pu, ou peuvent, en bénéficier ont payé un lourd tribut au travail.

Ce régime connaît de grandes difficultés, et c'est la raison pour laquelle nous avons été amenés à prendre cette mesure de financement.

Au-delà de cette mesure ponctuelle, la trésorerie de ce régime présente une situation structurelle dégradée qui nous amène à rechercher des solutions pour l'avenir de manière concertée. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé un moratoire sur le décret pris par le précédent gouvernement, compte tenu de l'absence totale de concertation préalable.

Madame Fraysse, vous vous faites le relais des demandes d'organisations syndicales qui souhaitent être reçues. Bien entendu, dès notre arrivée aux responsabilités, nous nous sommes préoccupés de rencontrer les élus locaux et les organisations syndicales. Elles ont été reçues par mon directeur de cabinet au mois de juillet, et aujourd'hui même par un médiateur. Les élus ont été reçus à deux reprises par mon cabinet.

Pour aller au-delà du moratoire qui a été annoncé pendant l'été et pour que des solutions durables puissent être trouvées, j'ai souhaité nommer un médiateur en la personne de M. Jean Bessière, ancien directeur général adjoint du travail. Il va mener une mission en lien avec les élus des régions concernées et avec les organisations syndicales, cela figure explicitement dans la lettre de mission qui lui a été envoyée. C'est dans ce cadre qu'une première réunion a eu lieu aujourd'hui.

M. Bessière a pour mission d'aborder l'ensemble des points concernant le régime des mines et les centres de santé liés à ce régime, et je souhaite que nous puissions aboutir à des solutions concertées, constructives et qui permettent d'avancer dans l'intérêt de tous les bénéficiaires de ce régime, et dans l'intérêt du régime lui-même, qui doit retrouver une trajectoire d'équilibre.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. En toute sympathie, je souhaite dire à M. Tian, sur le plan humain, qu'il ne s'agit en aucun cas de privilèges. Ces gens souffrent de pathologies lourdes liées à leur activité, et la plupart des bénéficiaires sont aujourd'hui des veuves dont les maris sont décédés, et qui vivent de pensions assez misérables. Je ne souhaite pas en rajouter, tout ceci a déjà été dit et sera répété lors de la concertation qui réunira les organisations syndicales et l'ensemble des élus.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Très respectueusement, et même amicalement, chacun comprend qu'il y a un vrai souci humain, médical et social. Mais il existe aussi un problème financier, et le Gouvernement est en train d'étudier cette situation sur laquelle les députés UMP se posent un certain nombre de questions.

Nous savons bien sûr qu'il s'agit d'une population particulière, mais à côté de cela, un souci de gestion doit nous animer au service de bien-être commun. Il n'y a pas les gentils d'un côté et les méchants de l'autre, il y en a qui essaient de prendre leurs responsabilités, y compris au sein du Gouvernement. Il n'est pas facile pour nous de porter de tels sujets, mais vous comprenez que ce régime est chroniquement déficitaire, et c'est encore la solidarité nationale qui va abonder.

M. Michel Issindou. C'est justement cela, la solidarité nationale !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Tian, vous devriez écouter ce que vous dit M. Liebgott, qui connaît parfaitement le sujet, et qui vit cela dans son département et dans les territoires alentour de façon directe. Comme il l'a dit, il faut prendre en compte la situation des veuves. J'ai fait mention des mineurs, mais aujourd'hui ils ont souvent disparu. Restent leurs ayants droit, c'est-à-dire des veuves et des enfants. C'est autour d'eux et autour d'elles que s'est construit ce régime.

Michel Liebgott est fortement engagé pour défendre les mineurs et leurs ayants droit et participe au débat pour lequel j'ai nommé M. Bessière. Il sait que nous avons besoin de prendre des mesures pour assurer l'équilibre financier. La justice sociale n'exclut pas la recherche d'un équilibre financier, mais on ne peut pas tirer un trait sur la réalité sociale que représente le régime minier.

(L'amendement n° 130 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 444, présenté par la commission des affaires sociales, est un amendement de coordination.

(L'amendement n° 444, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 34, amendé, est adopté.)

Article 35

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements rédactionnels, n° 350 et 355, présentés par M. Bapt.

(Les amendements n° 350 et 355, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 35, amendé, est adopté.)

Après l'article 35

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n° 777 et 775, présentés par le Gouvernement. La parole est à M. le ministre délégué.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. L'amendement n° 777 simplifie les règles de financement des congés payés.

L'amendement n° 775 corrige un oubli et étend au régime agricole les règles applicables aux employeurs et travailleurs indépendants.

Ce sont deux amendements purement techniques.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Ces amendements n'ont pas été examinés par la commission, mais j'émet un avis favorable à titre personnel.

(Les amendements n° 777 et 775 sont successivement adoptés.)

Article 36

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 132.

M. Patrick Hetzel. Cet amendement tend à supprimer la ligne mentionnant la Caisse nationale des industries électriques et gazières dans le tableau figurant à l'alinéa 2 de l'article 36.

Il nous paraît inopportun que la Caisse nationale des industries électriques et gazières soit habilitée à recourir à des ressources non permanentes pour couvrir ses besoins de trésorerie, d'autant qu'il s'agit d'un montant de 400 millions d'euros.

Nous avons déjà indiqué qu'il serait économiquement plus responsable de réformer le « tarif agent » en vigueur chez EDF et GDF. Les réductions tarifaires sont de l'ordre de 90 % à 95 % par rapport au tarif public. Cela nécessite, pour la seule année 2010, une provision à hauteur de 2,3 milliards d'euros dans les comptes de ces entreprises.

Il y a donc là une ressource importante. Au moment où les Français souffrent, et que les prix de l'énergie sont en forte hausse, ce serait une mesure de justice sociale. Plutôt que d'en rester au stade des discours, cette mesure permettrait de mettre en œuvre cette justice sociale dont vous parlez assez régulièrement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Monsieur Hetzel propose de faire l'inverse de ce que la majorité précédente avait fait. Les besoins de la Caisse nationale des industries électriques et gazières doivent être financés. Le montant de 400 millions d'euros est inférieur de 200 millions d'euros par rapport à ce que la majorité sortante avait prévu pour 2012.

La commission a rejeté cet amendement, et je vous invite à faire de même.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Monsieur le député, votre amendement est satisfait. L'année dernière, le plafond était de 600 millions, cette année il est de 400 millions. Nous sommes sur le chemin que vous semblez nous suggérer.

En toute hypothèse, nous faisons mieux que la majorité UMP l'année dernière. Je pense donc que votre amendement est inutile, et si vous le maintenez, j'appelle à son rejet.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. La réponse du ministre est un peu lapidaire. Cet amendement n'est pas du tout satisfait et le problème reste complètement posé. Il a été soulevé avec courage par un certain nombre de parlementaires de l'UMP, et nous n'avons toujours pas de réponse.

Il y a quand même 400 000 personnes qui ne paient pas leurs factures de gaz et d'électricité ou n'en paient que 5 %. Cela représente les agents, leurs familles, leurs enfants, dans leur résidence principale et leur résidence secondaire. C'est une situation tout à fait injuste.

Le « tarif agent » coûte 2,5 milliards d'euros par an : la situation n'est donc pas en voie d'extinction. Au contraire : elle ne fera qu'empirer !

Il s'agit d'un régime spécial. Un jour ou l'autre, il faudra prendre des décisions courageuses. Affirmer que la situation est bien meilleure parce que le plafond est passé de 600 à 400 millions d'euros n'est pas une réponse! La situation est totalement scandaleuse.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Ah si, c'est mieux! Qu'avez-vous fait, vous?

M. Michel Issindou. Vous avez pourtant eu dix ans pour la rectifier!

(L'amendement n° 132 n'est pas adopté.)

(L'article 36 est adopté.)

VOTE SUR L'ENSEMBLE DE LA TROISIÈME PARTIE

Mme la présidente. Je mets aux voix l'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

(L'ensemble de la troisième partie du projet de loi est adopté.)

QUATRIÈME PARTIE

Mme la présidente. Nous abordons la quatrième partie du projet de loi, concernant les dispositions relatives aux dépenses pour 2013.

À la demande du Gouvernement, les amendements portant article additionnel avant l'article 37 jusqu'à l'article 74 sont réservés. La réserve est de droit.

Nous abordons donc maintenant les dispositions relatives à la gestion interne des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ainsi qu'au contrôle et à la lutte contre la fraude.

Article 75

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 75.

La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Cet article concerne l'élargissement et la majoration des redressements de cotisations sociales en cas de fraude. Certes, chacun doit lutter au mieux contre la fraude sociale. Mon collègue Patrick Hetzel a rappelé que celle-ci représente 2 à 3 milliards d'euros par an: il faut donc véritablement lutter contre ce fléau.

Cependant, l'article 75 repose sur le constat que les organismes chargés du recouvrement ne peuvent exploiter que de manière restrictive les procès-verbaux de travail dissimulé transmis par les inspecteurs et les contrôleurs du travail. De ce fait, l'article élargit les modalités d'exploitation des procès-verbaux, lesquels pourront désormais être exploités sans avoir été forcément vérifiés préalablement.

Sur le principe, je trouve une telle disposition profondément gênante et choquante. Le nouvel article L. 243-7-5 créé dans le code de la Sécurité sociale ne prévoit aucune vérification préalable: les informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé seront donc transmises aux agents de recouvrement sans procédure contradictoire. Les seules

procédures contradictoires prévues le sont au titre des articles L. 243-7-6 et L. 243-7-7 du même code qui concernent les majorations.

L'absence de procédure contradictoire est profondément choquante. Je ne m'oppose aucunement à la hausse de majoration évoquée, passant de 5 % à 10 % et à 25 %: elle ne me choque pas en soi. Mais l'absence de procédure contradictoire n'est pas admissible. C'est pourquoi il m'apparaît que cet article n'est pas recevable en l'état.

Mme la présidente. La parole est à M. Denys Robiliard.

M. Denys Robiliard. Je dirai exactement le contraire de l'orateur précédent.

M. Michel Issindou. L'inverse nous aurait étonnés!

M. Denys Robiliard. Actuellement, pour exploiter des procès-verbaux d'inspecteurs du travail, les agents de recouvrement ou les agents de vérification de l'URSSAF doivent agir en même temps que l'inspecteur du travail. Cela se passe notamment dans le cadre des GIR, regroupements de services au niveau régional pouvant intervenir dans des situations où l'existence de travail dissimulé peut être suspectée.

Il faut voir de quoi nous parlons! Les procès-verbaux des inspecteurs et contrôleurs du travail sont transmis à l'URSSAF ou à la MSA selon le cas, avec un haut niveau de professionnalisme. Contrairement à ce qu'affirme Mme Louwagie, l'organisation d'une procédure contradictoire, qui n'est effectivement pas définie dans ce texte, est renvoyée spécifiquement au règlement par le projet de loi. Je suis particulièrement attaché au respect du contradictoire. Son organisation est prévue au sein même de l'article 75. Il renvoyé au règlement, mais cela est normal s'agissant de règles de procédure – nous ne sommes tout de même pas à ce stade en matière pénale! Dès lors, madame Louwagie, je ne crois pas que la critique que vous formulez puisse prospérer.

Voilà les principaux éléments que je voulais souligner. Cette disposition est importante: elle évitera la formation d'équipes conjointes entre inspecteurs du travail et inspecteurs de l'URSSAF. Elle permettra une démultiplication des moyens, et finalement davantage de contrôle.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Une fois n'est pas coutume: je ne partage pas l'inquiétude de Mme Louwagie.

Nous avons beaucoup travaillé au sein de la MECSS, coprésidée par un député UMP et un député du groupe SRC avec pour souci le partage d'informations et de décisions. La disposition proposée est assez directement issue du travail de la MECSS sur la fraude sociale. Il est vrai que c'était la première fois qu'un travail sur la fraude sociale était réalisé. Il s'est passé dans de bonnes conditions. Nous avons tout de même calculé un montant tout à fait énorme: 16 milliards d'euros de travail dissimulé! Nous avons malheureusement montré une impuissance patente des services de l'État, des difficultés pour l'URSSAF...

M. Michel Issindou. Peut-être à cause d'un manque de moyens, parfois?

M. Dominique Tian. ...et abouti à un certain nombre de conclusions communes que vous présentez aujourd'hui.

Les procédures contradictoires peuvent peut-être faire l'objet d'amendements mais, sur le fond, je suis complètement d'accord avec l'article 75 qui est un article de bon sens. Nous sommes dans une situation où nous sommes montrés du doigt par la plupart des pays européens, parce que le travail au noir est devenu un fléau français. Il exige des mesures qui concernent à l'évidence des employeurs indéliçables, mais aussi peut-être des personnes qui profitent de ce système. Je pense donc que l'article 75 est un très bon article.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 451.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de conséquence, madame la présidente.

(L'amendement n° 451, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 95.

Mme Bérengère Poletti. La lutte contre le travail dissimulé est une nécessité absolue. L'article 75 institue un recouvrement direct des cotisations dues sur la base d'informations recueillies dans les procès-verbaux établis par les partenaires suite à l'envoi d'une mise en demeure. Or ces procès-verbaux ne constituent pas des décisions de justice exécutoires, car il ne s'agit pas de décisions définitives. La procédure proposée ne respecte donc pas le principe fondamental du contradictoire, en ne permettant pas à l'employeur de démontrer sa bonne foi. Dès lors, les URSSAF doivent attendre que les tribunaux pénaux aient statué pour pouvoir procéder à un redressement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Mme Poletti s'en prend à cette disposition par un amendement qui n'a pas été examiné par la commission. Elle est pourtant particulièrement utile : elle évite la mise en œuvre d'une nouvelle procédure de contrôle sur place.

M. Dominique Tian. Oui, c'est cela !

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit donc d'une mesure d'allègement.

L'alinéa 7 indique que les modalités d'application seront définies par décret en Conseil d'État, « en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire ». J'invite donc l'Assemblée à repousser cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement. Mme Louwagie et Mme Poletti ont indiqué que la disposition ne prévoyait pas de procédure contradictoire. Mesdames, je pense que vous faites une erreur : la procédure est parfaitement prévue. Elle est de trente jours ; elle renvoie à un règlement qui existe...

M. Dominique Tian. C'est vrai.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. ...et qui émane d'ailleurs d'une disposition législative que vous aviez votée en 2008 et que nous reprenons. La procédure contradictoire existe : madame Poletti, je pense franchement qu'il y a une confusion de votre part.

(L'amendement n° 95 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 97.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

(L'amendement n° 97, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 452.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de la correction d'une erreur matérielle.

(L'amendement n° 452, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 75, amendé, est adopté.)

Après l'article 75

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué, pour soutenir l'amendement n° 767.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Cet amendement vise à habilitier les agents de direction du régime social des indépendants et des régimes spéciaux à échanger des informations dans le cadre de la lutte contre la fraude. La collaboration entre les différents agents de ces régimes est nécessaire afin d'être plus efficaces dans la répression de la fraude.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'améliorer les dispositions existantes relatives à la détection et à la répression de la fraude, qui étaient insuffisantes. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission, mais j'invite l'Assemblée à l'adopter.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. M. Tian croit rêver !

M. Gérard Bapt, rapporteur. Vous parlez de vous à la troisième personne, maintenant ?

M. Dominique Tian. Tant mieux : cela veut dire que cela fonctionne ! Je repense à notre débat sur la création du répertoire national commun de la protection sociale. Sur les bancs de la gauche, c'était à celui qui criait le plus fort contre l'État policier, la création d'un fichier qui allait permettre la délation... Tant mieux : cela signifie que les choses progressent, et que le bon sens devient partagé. Je voterai bien évidemment cet amendement avec enthousiasme. Ces échanges d'informations sont, par définition, extrêmement utiles.

La France se singularisait par son retard important par rapport aux autres pays européens. Je racontais souvent qu'au cours d'une mission en Belgique, j'avais rencontré un secrétaire d'État à la fraude. Dans ce pays en effet, comme aux Pays-Bas, il existe un secrétaire d'État spécialisé sur ce sujet – en France, nous n'en avons jamais eu. Ce secrétaire d'État m'avait dit : « Quand nous avons une information, en Belgique, nous mettons quelques minutes pour la vérifier. En France, il vous faut au mieux quelques mois ! »

Si l'on progresse dans ce sens, c'est très bien ! Je voterai donc votre amendement avec beaucoup de plaisir ! Cela signifie aussi que la MECSS sert à quelque chose. Le temps que nous avons passé dans l'hémicycle à vous expliquer que la fraude était un vrai souci a également servi à quelque chose : c'est très bien ! Je vote votre amendement avec enthousiasme.

(L'amendement n° 767 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre délégué, pour soutenir l'amendement n° 769.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Cet amendement propose d'aligner les règles d'habilitation des agents des impôts et des douanes aux échanges d'informations sur celles applicables aux autres agents publics tels que les inspecteurs du travail ou les agents de Pôle emploi.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'une mesure de simplification, de rationalisation et d'efficacité. Je ne peux qu'appeler l'Assemblée à adopter cet amendement.

(L'amendement n° 769 est adopté.)

Article 76

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 76.

La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Cet article concerne l'annulation des exonérations des entreprises donneuses d'ordre en cas de manquement à leurs obligations en matière de prévention du travail dissimulé.

Si le renforcement de la lutte contre le travail illégal exige une responsabilisation très importante des donneurs d'ordre, il n'en demeure pas moins que chacun doit être protégé. Or le présent article vise à modifier le code du travail en supprimant la référence au fait qu'il peut être constaté, dans le procès-verbal dressé par l'agent de contrôle habilité, que les entreprises donneuses d'ordre ont participé à la commission de délits en qualité de complices de leurs sous-traitants. Finalement, cet article vise à supprimer la condition préalable d'établissement de la complicité entre le donneur d'ordre et son sous-traitant. En fait, cela revient à faire fi d'une présomption d'innocence qui est de droit. La présomption d'innocence est le principe selon lequel toute personne qui se voit reprocher une infraction est réputée innocente tant que sa culpabilité n'a pas été établie. Or dans cette situation, cet article consiste à reconnaître comme coupables les donneurs d'ordre, sans présomption d'innocence.

L'esprit de cet article est choquant. Je ne suis pas choquée par l'annulation des exonérations, ni par le niveau des sanctions. Toutefois, enfermer les donneurs d'ordre dans le rôle de coupables avant de les imaginer innocents me choque quelque peu. C'est la raison pour laquelle je ne voterai pas cet article, qui mérite une réflexion.

M. le président. La parole est à M. Denys Robiliard.

M. Denys Robiliard. Je n'ai pas lu l'article comme vient de le faire Mme Louwagie. Je pense qu'il s'agit là de sanctions administratives, et non de sanctions pénales. Sous cette réserve, nous ne sommes pas du tout dans le domaine de la présomption d'innocence.

De quoi s'agit-il ? Il s'agit de sanctionner des entreprises donneuses d'ordre qui ont des sous-traitants, et qui ne vérifient pas que ces derniers remplissent leurs obligations déclaratives. Encore une fois, on peut imaginer qu'on est sous le régime de la complicité, ce qui renvoie à un système de droit pénal. Cependant, il est ici question d'une obligation ; en cas de non respect, l'entreprise donneuse d'ordre est sanctionnée de ce simple fait. Il est trop facile de dire, comme cela se passe habituellement, que l'on ne savait pas alors que l'on savait très bien, mais qu'il est évidemment très difficile d'établir que l'on savait.

En l'occurrence, il y a une obligation positive pour l'entreprise donneuse d'ordre, qui est sanctionnée au plan administratif. Dans ce cadre, la notion de présomption d'innocence ne s'applique pas car on n'est pas dans le cadre du droit pénal.

Le délit de travail dissimulé et la complicité avec le travail dissimulé continuent d'exister et il est possible d'y recourir, car parfois cela s'avère nécessaire.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 99 tendant à supprimer l'article 76.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'amendement n'a pas été examiné par la commission. À titre personnel, je donne un avis défavorable dans la mesure où un décret en Conseil d'État organisera le respect du principe du contradictoire.

(L'amendement n° 99, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Louwagie, pour soutenir l'amendement n° 516.

Mme Véronique Louwagie. Cet amendement vise à exiger une responsabilisation accrue des donneurs d'ordre, en ajoutant la notion de complicité pour sanctionner davantage. Il s'agit de punir les entreprises ayant agi en qualité de complice du sous-traitant.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'amendement n'a pas été examiné par la commission. Je m'en remets à la sagesse de l'assemblée, mais je veux bien sûr entendre la position du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Défavorable

(L'amendement n° 516 n'est pas adopté.)

(L'article 76 est adopté.)

Après l'article 76

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 377 portant article additionnel après l'article 76.

M. Dominique Tian. Cet amendement reprend une mesure adoptée à l'unanimité par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale.

Il vise à préciser que le répertoire commun aux organismes de Sécurité sociale intègre le montant de l'ensemble des ressources déterminant le niveau des prestations demandées, à savoir les revenus d'activité, les avantages en nature, les revenus procurés par des biens immobiliers ou mobiliers, mais aussi les autres prestations perçues.

Il a semblé à la MECCS de préciser « l'ensemble des montants déterminant le niveau des prestations et ceux des prestations versées. »

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, considérant qu'il était techniquement impossible de le mettre en œuvre.

M. Dominique Tian. Pas du tout.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement le jugeant inutile et coûteux. Inutile parce que la transmission systématique des données fiscales à l'ensemble des CAF existe depuis 2008. Inutile parce que la plate-forme sécurisée d'échange va précisément permettre ces échanges entre organismes de protection sociale.

De plus, le coût en investissement et en maintenance, très élevé, serait insupportable.

(L'amendement n° 377 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 376.

M. Dominique Tian. Cet amendement concerne le contrôle des documents car un grand nombre de fraudes sont liées à la fraude sur l'identité. Pour limiter ce type de fraudes, j'aurais souhaité que l'on s'oriente vers des systèmes plus automatisés de vérification de l'identité. Chacun le sait, les chiffres de la fraude sur l'identité ont explosé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'amendement n'a pas été examiné par la commission. À titre personnel, j'émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Monsieur Tian, je crains que cette mesure si elle était adoptée ne fasse peser une contrainte très forte sur les entreprises. Les employeurs auraient l'obligation d'authentifier tous les documents d'identité fournis par les personnes postulant à une embauche et de communiquer ensuite les éventuelles anomalies détectées aux préfetures et aux parquets.

À plusieurs reprises, vous avez fait part de votre souci de faciliter le travail des entrepreneurs, d'alléger les charges pesant sur les entreprises. Votre proposition irait à l'inverse de ce que vous suggérez ordinairement, même si j'en comprends la finalité.

En outre, suspendre l'activité d'un salarié sur la seule base d'une anomalie avant que celle-ci ne soit, le cas échéant, vérifiée sans qu'il y ait eu la moindre faute ou fraude prouvée, est peut-être inopportun.

Avis défavorable donc.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Dans mon rapport d'information sur les vrais kits Assedic et les faux kits Assedic, j'indique que les personnes qui se présentaient n'étaient pas les bonnes personnes et les entreprises qui les avaient prétendument licenciées n'existaient pas. Pourtant ; ils avaient bien, à un moment ou un autre, acheté un kit qui leur avait donné droit à une indemnisation.

La mise en place d'un système qui a coûté moins de cinquante euros pour vérifier l'authenticité d'une pièce d'identité a permis, dans un certain nombre de bureaux de l'ANPE, de découvrir plusieurs dizaines de faux documents par jour !

(L'amendement n° 376 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 600.

M. Dominique Tian. L'amendement est défendu.

(L'amendement n° 600, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 102 rectifié et 154 rectifié.

La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 102 rectifié.

Mme Bérengère Poletti. Les dépenses d'indemnités journalières qui se sont élevées à 13 milliards d'euros en 2011 ont connu une forte croissance au cours de ces dernières années, supérieure à 4 % de 2008 à 2010. En 2011, ces dépenses ont commencé à ralentir avec une progression limitée à 2,4 %. Le nombre de journées indemnisées est pourtant resté stable.

L'amendement propose plusieurs modifications de l'article L. 315-1 du code de la Sécurité sociale. Il distingue de manière explicite le cas où le médecin diligente par l'employeur a procédé à un examen médical ayant conclu à l'absence de justification de l'arrêt de travail – environ 6 % des cas – et le cas où le médecin n'a pas pu procéder à l'examen médical de l'assuré en raison notamment de son absence à son domicile, environ 40 % des cas. L'objectif est de permettre l'exploitation des éléments non médicaux des avis de contre-visite dont la Cour des comptes regrette qu'ils ne puissent être exploités par les caisses en complément des contrôles administratifs.

Il allonge le délai de transmission du rapport médical et l'information relative à l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré de quarante-huit heures à soixante-douze heures. Aujourd'hui, certains cas ne peuvent être examinés faute d'avoir été transmis dans les délais légaux.

Il est enfin proposé de permettre à l'employeur ou à l'organisme mandaté par l'employeur pour effectuer la contre-visite de transmettre les éléments administratifs de la contre-visite directement à la caisse. Le dispositif proposé permet à la caisse d'exploiter directement les informations administratives sans passer par le service du contrôle médical. Celui-ci sera ainsi déchargé du traitement d'éléments ne relevant pas de sa compétence.

M. Dominique Tian. Très bon amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour présenter l'amendement n° 154 rectifié.

M. Dominique Tian. L'amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Nous avons rejeté cet amendement en commission après des explications circonstanciées et Mme Poletti aurait dû le retirer.

L'amendement propose que le médecin qui a effectué une contre-visite à la demande de l'employeur puisse conclure à l'absence de justification médicale d'un arrêt de travail et, sans procédure contradictoire, aboutir à la suspension des indemnités journalières. Certes, cela serait transmis à la caisse, mais celle-ci pourrait, sans faire intervenir son propre médecin et contrôleur, vous venez de le confirmer, suspendre le versement des indemnités journalières, ce qui générerait des recours en justice.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

L'allongement du délai d'information de la caisse risque de nuire à la possibilité réelle de contrôle. Proposer un dispositif de contre-visite, qui se ferait au mépris du principe du contradictoire, permettrait au directeur de la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières sans que le patient ait été contrôlé par un médecin, ce qui ne pourrait évidemment pas être acceptable.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il semblerait, madame la ministre, que l'administration le fasse pour ses propres besoins. Un système de contre-visite a été mis en place dans un certain nombre d'administrations et permet d'être renseigné beaucoup plus rapidement et de vérifier si les arrêts de travail sont justifiés. Des expérimentations ont été lancées il y a deux ans. Il serait intéressant de disposer du retour d'information, car nos amendements identiques correspondent tout à fait à ce principe. Il y a des abus. Le temps imparti aux caisses est trop court. L'administration s'en occupe et un certain nombre de ministères ont mis en place des expérimentations. Cela vaudrait la peine d'en parler car les sommes en jeu sont considérables.

Mme Bérengère Poletti. Tout à fait.

(Les amendements identiques n° 102 rectifié et 154 rectifié ne sont pas adoptés.)

ASSURANCE MALADIE

Mme la présidente. Nous abordons les dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie, en revenant aux articles précédemment réservés.

Avant l'article 37 (amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 633.

M. Francis Vercamer. En première partie du projet de loi, j'ai déposé un amendement incitant à réfléchir au financement compétitif de la protection sociale. Concernant la partie des dépenses, je vous propose de réfléchir à une véritable politique de santé publique. La Cour des comptes a émis un certain nombre de propositions. Les missions d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale de

l'Assemblée et du Sénat également. Il paraît important de réfléchir aux grandes orientations de politique de santé publique et aux priorités que le nouveau Gouvernement entend mettre en avant. Les sujets sont variés : prévention des addictions, maladies chroniques – un des postes qui coûte le plus cher à la Sécurité sociale –, hôpitaux et carte hospitalière, bonne répartition des équipements hospitaliers ou médicosociaux, notamment.

Notre amendement vise à demander un rapport au Gouvernement relatif à la politique de santé publique. Mme la ministre ne manquera pas de répondre que le Gouvernement entend présenter un grand projet de santé publique. Tant mieux si cet amendement conduit à cela, mais dans l'immédiat, j'aimerais entendre sa réponse.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous abordons maintenant la phase des dépenses de l'assurance maladie après avoir consacré le temps nécessaire aux recettes.

Monsieur Vercamer, nous avons déjà eu cette discussion en commission et Mme la ministre vous répondra dans quelques instants. Mais au fond, je pense que notre majorité est beaucoup plus exigeante que vous à l'égard du Gouvernement puisqu'elle l'incite à passer à l'action dès maintenant. Nous ne voulons pas attendre la remise d'un rapport dans un an, quelles que soient les excellentes questions que vous proposez d'y faire figurer, pour que des changements interviennent. Ce PLFSS – Mme Touraine l'a indiqué dans sa présentation générale, nous l'avons aussi fait, à notre niveau plus modeste de rapporteur – indique déjà des orientations et des réorientations. Il ne s'agit pas d'un simple budget de transition. Il marque une inversion des tendances, à la fois en matière de financement – nous venons d'y consacrer trois jours de débats – mais également en matière de politique de santé.

Il me paraît très important de consacrer, dès ce PLFSS, le parcours de soins en tant qu'idée organisatrice du système de santé dans les prochaines années : nous allons engager une nouvelle relation entre les Français et l'hôpital public, ce qui me paraît essentiel après le traumatisme que celui-ci a subi ces dernières années. Il était nécessaire d'inverser les tendances.

À toutes les questions que vous avez évoquées, beaucoup de réponses ont déjà été apportées. Il en faudra d'autres. Ce sera le travail de l'année qui vient. Nous attendons en effet une loi sur la santé publique et une autre sur l'accès aux soins, comme Mme la ministre l'a déjà indiqué à plusieurs reprises.

Ce soir, il y aura peut-être d'autres sujets sur lesquels demander des rapports. Les orientations, elles, figurent au cœur du débat public autour du PLFSS. Nous sommes là pour en parler.

La commission a donc rejeté cet amendement. Elle ne nie pas l'importance des questions qu'il pose, et que nous nous posons tous du reste ; simplement, elle estime qu'il faut maintenant agir.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette fois-ci, je vais donner un avis vraiment défavorable à votre amendement, monsieur Vercamer, car le lien qu'il établit avec le PLFSS actuellement en discussion est extrêmement ténu. Une loi relative à la santé

publique est annoncée : des groupes de travail se mettront en place, une organisation spécifique sera proposée, des études seront menées et je souhaite que vous soyez associé à ce travail de préparation comme l'ensemble des groupes de cette assemblée.

M. Denis Jacquat. Très bien !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je le répète, je ne vois pas très bien le lien entre l'amendement, le rapport que vous proposez et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le lien entre l'amendement et le rapport est direct, madame la ministre, puisque l'amendement demande la présentation du rapport.

J'appartiens peut-être à l'ancienne école mais il me semble que l'élaboration d'un projet de loi de financement doit reposer sur une politique et non sur une simple addition d'articles venant établir des financements. J'essaie donc de vous aider, madame la ministre, en vous poussant à nous expliquer la genèse de ce PLFSS car jusqu'à aujourd'hui, je n'ai pas encore bien compris pourquoi on taxait la bière, pourquoi on taxait ceci, pourquoi on taxait cela. Le cap, je ne le perçois pas. Vous me dites que vous allez en fixer un pour le prochain PLFSS, vous m'en voyez très satisfait, mais je maintiens quand même mon amendement.

(L'amendement n° 633 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 632.

M. Francis Vercamer. J'en viens à l'amendement sur le bouclier sanitaire que nous avons déjà évoqué dans nos discussions tout à l'heure, notamment à propos de la CMU.

Un grand nombre de Français n'ont malheureusement pas les moyens de se soigner : 15 % d'entre eux renonceraient aux soins, d'après les mutuelles. Le Président de la République a lui-même évoqué cette réalité dans son discours au congrès de la Mutualité française il y a quelques jours.

En France, une tranche de la population qui n'est pas couverte par la CMU et qui n'a pas de complémentaire santé ne peut accéder à certains soins. D'ailleurs, même avec une complémentaire, certains ne peuvent faire face aux dépenses qui occasionnent un reste à charge trop important, notamment pour l'optique et les soins dentaires.

Le présent amendement demande au Gouvernement de présenter un rapport. Encore un ! me dira-t-on. Eh oui : puisqu'il n'est pas possible d'augmenter les charges, il faut bien trouver un moyen d'ouvrir le débat et d'amener le Gouvernement à donner son avis sur le sujet.

L'UDI défend depuis très longtemps l'idée – sur laquelle Jean-Pierre Door a travaillé – d'une progressivité de la participation des citoyens, de façon que chacun ait accès aux soins en proportion de ses moyens. Il s'agit d'éviter les effets de seuil, notamment en matière de remboursement, le retour à l'emploi se traduisant pour le travailleur pauvre par la perte de certains droits annexes comme le bénéfice de la CMU, et donc des difficultés d'accès aux soins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Monsieur Vercamer, ce qui nous dérange dans votre amendement, ce n'est pas tant qu'il demande un rapport de plus – nous ne sommes pas hostiles par principe aux rapports car ils peuvent avoir leur utilité – mais parce que nous nous interrogeons sur le contenu de votre proposition dont nous avons débattu en commission.

Dans votre système, il y aurait des perdants et des gagnants ; or rien n'indique que ceux qui ont besoin de la protection la plus complète seraient du côté des gagnants. Le bouclier sanitaire que vous proposez de mettre en place prévoit d'établir un plafond pour les dépenses annuelles non remboursées, autrement dit un quota de restes à charge. Il implique un changement profond de modèle, auquel nous ne souscrivons pas.

D'abord, parce que nous considérons que pour les patients en affections de longue durée, qui bénéficient actuellement d'une prise en charge à 100 %, ce bouclier sanitaire serait une perte considérable, y compris lorsque leurs revenus sont modestes.

Ensuite, parce qu'il ne s'appliquerait que dans la limite de la protection qu'assure la Sécurité sociale. Il ne prend pas du tout en compte les problèmes que nous avons évoqués cet après-midi lorsque nous avons abordé la situation des mutuelles ou des régimes complémentaires. Les difficultés que rencontrent les patients en cas de dépassements d'honoraires ne sont pas du tout prises en compte.

En réalité, avec le bouclier sanitaire, le système de solidarité serait fortement lié au niveau de revenus des assurés sociaux. Nous sortirions totalement de l'esprit de la Sécurité sociale. Le changement de modèle proposé nous paraît profondément dangereux. C'est la raison pour laquelle la commission a repoussé cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Là encore, j'estime qu'un nouveau rapport ne s'impose pas : il ne nous permettrait pas d'avancer. Le rapport Briet-Fragonard a déjà fait le point sur les implications du bouclier sanitaire. Même s'il date de 2007, la situation n'a pas fondamentalement changé.

Vous posez une question de fond : comment pourrions-nous continuer à financer les soins de l'ensemble de la population, en particulier des plus fragiles, alors même que l'on constate des renoncements aux soins ? La proposition que vous faites consiste en quelque sorte à déplacer la charge du financement de l'assurance-maladie en demandant qu'une partie de ceux qui bénéficient de soins accepte de payer davantage pour pouvoir garantir le financement des soins à l'ensemble de la population. Comme l'a dit M. Paul, cela implique qu'il y ait des gagnants et des perdants. Le débat est de savoir si, à travers ce système qui consiste à déplacer le curseur, nous ne risquons pas de remettre en question, dans un moment difficile, qui plus est, la légitimité même de notre système solidaire.

Si l'on demande aux classes moyennes – car très concrètement, c'est d'elles qu'il s'agit – de payer au moins autant, voire davantage, pour garantir le bouclage financier de l'ensemble du système et garantir aux plus modestes de bénéficier de soins alors que, dans le même temps, on leur indique que les prestations dont elles-mêmes pourraient bénéficier seront partiellement diminuées, alors, l'inquiétude pourra se faire jour de voir délégitimé notre système solidaire d'assurance maladie.

En revanche, je crois qu'il nous faut trouver des systèmes qui nous permettent de mieux cibler l'aide à apporter aux catégories modestes, d'où le débat que nous avons commencé à avoir tout à l'heure sur la meilleure façon d'assurer une couverture complémentaire à nos concitoyens.

Une autre question doit être posée : celle d'un reste à charge insupportable qui pèse sur certaines personnes – pas forcément des catégories entières –, du fait des pathologies spécifiques dont elles souffrent. Je ne suis pas certaine que pour répondre à ces situations ciblées, le bouclier sanitaire soit la meilleure solution.

Je reconnais, monsieur le député, que vous ouvrez un débat de fond. Mais, encore une fois, j'estime que celui-ci n'appelle pas la réponse que vous voulez voir expertisée. Si nous voulons que l'assurance maladie puisse demeurer, le renforcement du lien entre les différentes catégories de la population est absolument nécessaire. L'assurance maladie doit bénéficier à l'ensemble de nos concitoyens et non pas seulement à une partie d'entre eux.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je ne serais pas intervenu si je n'avais pas entendu l'intervention de M. Paul qui, à l'évidence, ne sait pas ce qu'est le bouclier sanitaire puisqu'il a répondu complètement à côté.

Il faut relire avec attention le rapport de Raoul Briet et Bertrand Fragonard, rapport remarquable demandé par le gouvernement de l'époque. Il faut relire les passages que la Cour des comptes consacre au bouclier sanitaire dans le rapport qu'elle nous a transmis. Il faut relire le rapport de la MECSS que nous avons élaboré avec Jean Mallot pendant plus d'un an, dans le cadre consensuel de cette institution.

Le bouclier sanitaire, comme l'a souligné Mme la ministre, repose sur un autre paradigme. Il demande à être étudié sérieusement. Toutefois, je ne pense pas que la discussion du PLFSS soit l'occasion de le faire car cela exige de réfléchir à une autre philosophie dans le financement des soins. Il s'agit de fixer un seuil en fonction des moyens financiers de chacun, comme en Allemagne ou en Belgique : au-delà, le patient est pris en charge totalement ; en deçà, la prise en charge implique un reste à charge et dépend des complémentaires.

Ce n'est pas aujourd'hui que nous pourrions débattre de ce sujet, monsieur Vercamer, nous en avons déjà parlé ensemble. Nous y reviendrons à l'occasion d'une proposition de loi que nous avons déposée il y a quelques mois et que nous pourrions examiner prochainement dans le cadre d'une niche parlementaire.

Mme la présidente. Maintenez-vous votre amendement, monsieur Vercamer ?

M. Francis Vercamer. D'abord, madame la ministre, ce n'est pas parce qu'il y a déjà eu des rapports sur la question que l'on ne peut pas en demander un nouveau. La protection sociale fait encore l'objet de rapports même s'il y en a eu soixante auparavant. Il suffit de demander à M. Gallois d'en rédiger un.

Il s'agissait bien sûr d'un amendement d'appel qui invitait à réfléchir sur le reste à charge. Certes, l'on ne va pas répondre maintenant à cette question : Jean-Pierre Door a parfaitement raison lorsqu'il dit qu'il s'agit d'un débat de fond. Je voulais simplement avoir la position du Gouvernement, qui, je l'ai bien compris, a de l'intérêt pour ce sujet. Une proposition de loi a été déposée par Jean-Pierre Door et j'espère que tout le

monde s'accordera lorsqu'elle sera examinée dans notre hémicycle. Il faudra être moins polémique : que certains Français n'arrivent pas à se soigner, c'est problème de société qui doit nous appeler à nous unir.

Je vais donc retirer l'amendement.

(L'amendement n° 632 est retiré.)

Article 37 *(précédemment réservé)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article vise l'organisation de la permanence des soins, en vue de permettre la participation des médecins de centres de santé à cette permanence des soins ambulatoires (PDSA).

L'étude d'impact indique que les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAV, du RSI, de l'UNCAM, de l'UNOCAM, de la MSA et de la CNSA ont été saisis de cet article. C'est une très bonne chose, mais nous regrettons que vous ayez oublié les centres de santé, qui sont pourtant directement concernés.

La Fédération nationale des centres de santé, si elle en avait eu la possibilité, aurait appelé votre attention sur ses préoccupations. En effet, selon son analyse, il n'existe pas d'obstacle législatif à la participation des médecins de centres de santé à la permanence des soins, car ces médecins sont salariés de structures qui ont elles-mêmes signé avec l'assurance maladie un accord national permettant la facturation de tous leurs actes, y compris ceux éventuellement effectués dans le cadre de la permanence des soins.

Il n'en demeure pas moins que les conditions d'indemnisation de leur participation à cette astreinte avec leur intégration dans le tableau de garde de la PDSA posent problème, ces médecins salariés n'étant pas rémunérés à l'acte.

Pour surmonter cette difficulté, il suffit de prévoir que les modalités d'organisation de la PDSA et de son mode de rémunération permettent l'indemnisation des centres de santé, qui la répercuteront ensuite sur celle des praticiens participant à la PDSA.

En l'absence d'un tel accord permettant aux centres de santé d'intégrer dans le salaire les rémunérations liées aux gardes, la Fédération craint que les médecins généralistes salariés de centres de santé n'acceptent pas d'acquiescer, pour une activité de PDSA nécessairement marginale dans leur pratique, le statut de praticien libéral avec toutes les contraintes, notamment financières, que cela implique.

J'appelle votre attention sur ce point : placer des médecins de centres de santé dans les gardes est une bonne chose, à la condition d'octroyer une rémunération à ces salariés sans les obliger à subir les contraintes des praticiens libéraux.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Même si je ne me suis pas concerté avec Mme Fraysse, mon intervention ira dans le même sens.

L'UNCAM doit ouvrir prochainement des négociations avec les représentants des professionnels exerçant dans les centres de santé. En raison de l'arrivée à terme de l'actuelle

convention, cette négociation s'ouvrira sur la base de mandat confié par le conseil de l'UNCAM à son directeur général. Or, à ce jour, aucun mandat n'a encore été donné.

Vous avez rappelé, madame la ministre, que le Gouvernement était soucieux de conforter les centres de santé dans le paysage sanitaire et de sécuriser leur financement. Votre participation au 52^{ème} Congrès national des centres de santé, début octobre, en est d'ailleurs l'illustration.

Vous avez en outre commandé une mission à l'Inspection générale des affaires sociales afin de définir un modèle économique équilibré et pérenne pour les centres de santé. Nous saluons cette initiative, car un état des lieux approfondi permettrait d'améliorer la gestion et le rapport qualité-coût. Or le projet de loi de financement empiète sur cette négociation puisque son article 37 prévoit la possibilité pour les médecins salariés exerçant en centres de santé de participer à la permanence des soins ambulatoires. Ce dispositif leur permet de facturer l'acte et les majorations au titre de la PDSA de manière égalitaire par rapport aux médecins conventionnés.

Compte tenu des négociations encore à venir, et dans l'attente des conclusions de l'IGAS, qui ne sont pas encore disponibles, je m'interroge sur la cohérence de la politique que vous conduisez actuellement en matière de centres de santé.

Avant de leur attribuer de nouveaux moyens financiers, ne conviendrait-il pas de remettre à plat leur modèle économique, ce que vous aviez d'ailleurs vous-même souhaité en confiant cette mission à l'IGAS ?

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. L'essence même de cet article réside dans l'amélioration de la permanence des soins et la prolongation jusqu'en 2016 de l'expérimentation débutée en 2008 – soit une durée de huit ans –, en mobilisant les moyens nécessaires.

Je laisserai Mme la ministre répondre sur les modalités de rémunération des médecins des centres de santé. Pour ma part, j'insisterai sur l'objectif de pérennisation de la permanence des soins.

Dans le cadre de cette permanence, définie par la loi HPST comme une mission de service public, les astreintes et les régulations font l'objet d'une rémunération forfaitaire, à laquelle s'ajoute une tarification à l'acte.

Les territoires insuffisamment dotés de médecins peuvent ainsi recourir à des médecins supplémentaires provenant de centres de santé pour assurer la régulation et les soins.

Assurer la permanence des soins sur l'ensemble du territoire par tous les moyens possibles constitue donc l'objectif de cet article, qui devrait pouvoir tous nous réunir.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n°133.

M. Patrick Hetzel. Les expérimentations relatives à la permanence des soins ambulatoires ont été instituées par l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Leur arrêt était initialement programmé au 1^{er} janvier 2013.

Même si elles ont commencé tardivement, il semble difficilement acceptable de repousser de plus d'une année leur échéance au seul motif que les agences régionales de santé ne

seraient pas en mesure de tirer un bilan de ces expérimentations et, le cas échéant, de faire évoluer le nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoires.

Dans la mesure où le législateur estime que ce sujet est prioritaire, les agences régionales de santé – qui sont placées sous votre autorité, madame la ministre – se doivent d'effectuer les travaux nécessaires dans des délais compatibles avec les attentes des Français.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. J'interviendrai sur l'amendement n°133, tout en répondant aux propos de Mme Fraysse.

Les expérimentations dans les régions Limousin et Pays de la Loire ont commencé en avril 2011. Certes, le texte avait été adopté en 2008, mais son application a été longtemps différée, sans doute en raison de la complexité administrative de la mise en place des ARS.

On peut difficilement généraliser une expérimentation d'a peine plus d'un an, sur laquelle nous ne disposons pas encore d'un retour suffisant. Chacun le comprendra, même si je conviens qu'il faut avancer sur ce sujet à un bon rythme.

Sur le fond, je rappelle que le coût total de la permanence des soins représente plus de 370 millions d'euros en 2010, et que pour autant les dispositifs de permanence des soins sur l'ensemble du territoire ne procurent pas de réelle satisfaction. Il faut donc, à partir de ces expériences, rechercher les moyens de les faire progresser. Nous sommes donc défavorables à cet amendement comme à la fin des expérimentations.

Mme la ministre interviendra plus longuement sur l'article lui-même, car elle a justement souhaité marquer l'importance des centres de santé en missionnant l'IGAS sur ce sujet, comme vous l'avez rappelé.

J'ajouterais simplement qu'il est extrêmement important d'ouvrir la permanence des soins aux centres de santé. C'est pourquoi l'article 37 prévoit une rémunération des médecins des centres de santé sur la base d'un forfait pour l'astreinte et d'une tarification à l'acte, elle-même fonction de l'activité déployée pendant la permanence des soins.

Si les circuits de financement doivent être améliorés, la mission confiée à l'IGAS sera l'occasion d'examiner la situation de plus près.

L'égalité de traitement des centres de santé constitue le fil directeur de la politique que nous voulons mener. Elle est assurée dès le début de cette législature par le PLFSS pour 2013, qui ouvre de façon très concrète la permanence des soins aux centres de santé.

Vous pouvez toujours nous proposer d'améliorer la circulation financière ou de remédier le cas échéant à quelques difficultés ; mais je n'ai rien vu de tel dans votre amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je donne un avis défavorable à cet amendement.

Le démarrage tardif de ces expérimentations n'est pas dû à ce Gouvernement, mais à un retard dans leur mise en place dans le cadre des ARS. Or, nous avons besoin de temps pour pouvoir les évaluer.

Au fond, comme l'a excellemment rappelé M. Sebaoun tout à l'heure, l'enjeu pour nous est celui de la permanence des soins sur le territoire. Il s'agit ainsi de diversifier les sources médicales, car nous sommes parfois confrontés à une pénurie de personnel.

Les personnels de santé font en effet défaut dans certains territoires – nous aurons l'occasion d'y revenir largement –, lesquels ont besoin de pouvoir compter sur des renforts lorsque les médecins libéraux à eux seuls ne suffisent pas à assurer la permanence des soins.

Cet article a donc pour objectif de permettre à des médecins exerçant en centres de santé de pratiquer des actes dans le cadre de la permanence des soins et d'être rémunérés à l'acte comme l'est tout médecin libéral. De plus, il permettra aux patients d'être remboursés comme ils l'auraient été s'ils avaient été vus par un médecin libéral.

Tel est le double objectif que nous cherchons à atteindre. Cet article important vise donc à mettre en place des dispositifs de permanence des soins partout sur le territoire. C'est pourquoi votre amendement, qui tend à en limiter la portée, ne doit pas être reçu. L'article n'est en effet pas en contradiction avec la mission confiée à l'IGAS, qui doit permettre de trouver un modèle économique aux centres de santé.

Ces centres constituent en effet une ressource intéressante et importante pour notre pays, et nous devons faire en sorte que la spécificité de leurs missions soit mieux reconnue, mieux valorisée et que leur équilibre économique soit assuré.

(L'amendement n° 133 n'est pas adopté.)

(L'article 37 est adopté.)

Article 38 **(précédemment réservé)**

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous savons tous que les transports sanitaires posent un réel problème. De nombreuses dérives financières ont été constatées depuis quelques années. En dépit d'une amélioration pendant deux ans, due à la mise en place d'un référentiel médical obligeant les prescripteurs à se montrer plus prudents, l'augmentation régulière des dépenses se poursuit et atteint environ 5 à 8% selon les années. Le problème est donc bien connu.

La question porte principalement sur la bonne prescription des différents modes de transport. Le recours à l'ambulance a en effet régulièrement augmenté, à l'inverse du transport en véhicules sanitaires légers (VSL) et en taxis, qui reste globalement stable, et des transports individuels – train ou voiture particulière, par exemple – qui demeurent très faibles.

Or tous les patients ne sont pas complètement handicapés et peuvent se déplacer par eux-mêmes, surtout lorsqu'ils se rendent dans des consultations spécialisées.

Il est donc nécessaire de responsabiliser tous les prescripteurs, y compris dans le cadre hospitalier. J'ai en effet pu constater à titre personnel qu'il n'existe pas de donneur d'ordre précis à l'hôpital : ce n'est pas référencé. On ne peut pas savoir qui prescrit dans le milieu hospitalier. Il peut donc être facile de réclamer un taxi, une ambulance ou un VSL ou de céder à la demande des familles. Un grand sérieux est nécessaire au niveau de l'hôpital. Je suis,

en conséquence, tout à fait favorable à ce qu'il y ait, effectivement, des appels d'offres à ce niveau. Il convient également de responsabiliser les patients. Certains peuvent effectivement se déplacer seuls ou être accompagnés de leurs parents, de leurs enfants ou de leurs cousins. Le transport n'est pas un droit. Nous sommes tous d'accord pour faire en sorte de réguler les transports, afin de disposer d'un bon moyen de transport qui coûtera le moins cher.

Je me pose une question, madame la ministre, pour avoir vécu cette situation en tant que membre du conseil d'administration d'un SDIS. Le nombre des transports par le SDIS augmente considérablement surtout en territoire semi-rural et dans les petites villes. Les patients font facilement appel au SDIS qui transporte des malades et des blessés, alors que tel n'est pas son unique rôle. Il convient donc de savoir ce que cela coûte aux SDIS, donc aux départements, et de connaître les modalités de remboursement. Nous devons parvenir à bien sérier ce sujet. En effet, tous les SDIS de France doivent rencontrer cette difficulté.

Mme la présidente. Mes chers collègues, je vous rappelle que, lorsque vous vous exprimez sur un article ou sur un amendement, vous ne disposez que de deux minutes.

La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Nous sommes tous conscients de l'explosion des dépenses de transport de patients, ce qui nous contraint à trouver des solutions pour maîtriser cette inflation. Les excès doivent être corrigés sans remettre en cause le droit légitime des patients à bénéficier d'un confort de transport. Comme vient de le souligner notre collègue, les territoires ruraux connaissent des dysfonctionnements en la matière. Cette situation crée un effet pervers puisqu'on constate un glissement du transport des patients vers le SDIS. Or, en milieu rural, les sapeurs-pompiers volontaires, qui exercent par ailleurs un emploi, sont loin de leur mission première lorsqu'ils effectuent de telles opérations, lesquelles peuvent parfois leur prendre toute une journée. Il est vrai que, dans le cadre de la permanence des soins, les SDIS sont contraints d'assurer le transport. Dans mon département, par exemple, les sapeurs-pompiers volontaires peuvent être amenés, à plusieurs reprises dans la semaine, à conduire un patient d'abord à l'hôpital d'Auch, puis de là à celui de Toulouse. C'est ainsi que nous nous sommes trouvés dans une situation particulière puisque personne ne voulait payer ces transports. Ce sont donc les collectivités qui en ont supporté la charge.

M. Jean-Pierre Door. Très juste !

Mme la présidente. La parole est à M. Christian Hutin.

M. Christian Hutin. J'ai entendu les propos de M. Door. Cet article 38 peut donc manifestement rassembler l'ensemble de la représentation nationale. Je pense, en effet, que bon nombre d'entre nous ont assisté à l'audition du Premier président de la Cour des comptes, audition assez révélatrice.

M. Dominique Tian. Absolument !

M. Christian Hutin. Le recours à des sociétés d'ambulances, qui transportent soixante-cinq millions de patients, représente tout de même 2 % de notre dépense d'assurance maladie. La Cour des comptes a ainsi considéré que les dépenses étaient élevées, l'offre mal maîtrisée et l'ensemble mal organisé. Elle a plus spécifiquement signalé des disparités tout de même assez exceptionnelles dans un certain nombre de départements, le plus révélateur étant celui de la Somme. Il y a, ainsi, dans ce département, trois fois plus de transports et 123 % de plus de véhicules qu'ailleurs, ce qui est tout de même extraordinaire.

Quelle en est la raison ? Il ne fait pas plus froid dans la Somme qu'à Dunkerque, dans le Nord, et les distances ne sont pas plus importantes. Cela soulève donc un problème.

L'expérimentation sur trois ans est raisonnable et réfléchie. Elle n'est pas péremptoire. Vous ne pouvez donc pas nous accuser de précipitation. Nous pourrions choisir les territoires en fonction des observations du rapport de la Cour des comptes, ce qui ne serait pas idiot.

D'après la Cour des comptes, l'ensemble représente 220 millions d'euros d'indus. N'oublions pas les entreprises. Il existe, en effet, une économie de la santé. Les impayés sont également extrêmement nombreux au niveau des compagnies d'ambulances.

Ces nouvelles modalités de financement expérimentales me semblent donc intéressantes.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 357.

M. Christian Paul, rapporteur. Rédactionnel.

(L'amendement n° 357, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 453.

M. Christian Paul, rapporteur. Il est évident que cet article 38 est essentiel. Il permettra de conduire un certain nombre d'expérimentations, comme cela a été rappelé par nos collègues. J'ai, bien sûr, lu comme vous les conclusions du récent rapport de la Cour des comptes. J'appelle tout de même votre attention sur le fait qu'il y a, certes, des gisements d'économies en matière de transports, que ce soit au niveau de la direction des centres hospitaliers ou des différentes consultations, mais il existe aussi des besoins non satisfaits, aujourd'hui, en termes de remboursement. Nous devons, à l'avenir, trouver un équilibre.

L'amendement n'a, quant à lui, pas une portée aussi générale. Il vise, tout simplement, à ce que ces appels d'offres ne se traduisent pas par une hyperconcentration des transports sanitaires. Quand cela est possible, ce qui doit être le cas dans la plupart des départements français, les appels d'offres doivent pouvoir être organisés à un niveau infradépartemental grâce à un système d'allotissement. Les conseils généraux y font, d'ailleurs, souvent appel dans le domaine des transports scolaires. Il convient, en effet, d'éviter que les grandes entreprises nationales de transports ne s'emparent de ces marchés, privant ainsi de ressources conséquentes un maillage extrêmement important d'entreprises de transport telles que les compagnies de taxis, d'ambulances, de VSL, entre autres.

Tel est le sens de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

La volonté d'éviter que la procédure que nous proposons n'aboutisse à une concentration de l'offre de transport qui viendrait à écarter les petites sociétés locales est évidemment une préoccupation que nous partageons. D'une certaine façon, le fait de déterminer des appels d'offres au niveau infradépartemental permettra, indépendamment de cet objectif, de mieux prendre en compte les spécificités des réalités locales.

(L'amendement n° 453 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 360 rectifié.

M. Christian Paul, rapporteur. Rédactionnel.

(L'amendement n° 360 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 38, amendé, est adopté.)

Après l'article 38

(amendement précédemment réservé)

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 181, deuxième rectification.

Mme Bérengère Poletti. Par cet amendement, nous demandons que le Gouvernement transmette au Parlement un rapport explicitant les raisons et décrivant la nature des blocages dans les processus de décision ayant conduit à la non-parution d'un décret d'application sur une mesure que je vais expliciter et qui a fait d'ailleurs à plusieurs reprises l'unanimité au Parlement. Il serait, en conséquence, intéressant que ce même Parlement comprenne les raisons de ce blocage.

En effet, les frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP ne sont pas inclus dans les dépenses d'exploitation de ces structures, qui ne constituent pas à proprement dit des établissements d'éducation spécialisée. Certaines caisses primaires d'assurance maladie refusent d'en assurer le remboursement en dépit des instructions répétées émanant des pouvoirs publics. Les frais de transport restent donc à la charge des familles qui ne disposent souvent d'aucune autre aide de type prestation de compensation du handicap, leurs enfants n'étant pas toujours reconnus handicapés par la MDPH.

C'est dans ce contexte que le Parlement a récemment adopté à l'unanimité, à l'article 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2012, le principe de la prise en charge par l'assurance maladie, tout en prévoyant un encadrement possible par une entente préalable.

Malheureusement, les textes réglementaires n'ont pas été émis pour concrétiser cette unanimité parlementaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement, comme l'a d'ailleurs précisé Mme Poletti, porte sur la prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et dans les centres médico-psycho-pédagogiques. Vous l'avez rappelé, la loi existe et vous n'appelez pas à son changement, d'où votre demande de rapport. Le taux de remboursement est de 100 % pour les enfants en ALD et de 65 % pour les autres. Je ne vous donne pas tort sur le fond, madame Poletti, mais notre commission a

rejeté l'amendement puisque la législation en vigueur est aujourd'hui jugée satisfaisante. Il manque néanmoins probablement un décret. Donc, même si elle a donné un avis défavorable à cet amendement, la commission souhaite connaître les intentions du Gouvernement sur ce sujet. En effet, notre objectif est de répondre au mieux aux besoins de ces enfants, de ces adolescents et de leurs parents. Si un texte réglementaire est de nature à parfaire l'accompagnement en matière de transport de ces familles, nous y serons évidemment favorables. J'ajouterai que recourir à un rapport risque d'être trop long. Je suis, par conséquent, comme vous, soucieux d'entendre le Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la députée, vous interpellez directement le Gouvernement sur le fait qu'un décret devant être pris en application de l'article 54 de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale n'a pas été publié à ce jour. Comme vous l'avez vous-même rappelé, cet article 54 permet le remboursement des frais de transport des enfants et adolescents fréquentant les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques. Cet article prévoit, et c'est l'objet de votre intervention, qu'un décret fixe un taux de remboursement plus élevé que dans le droit commun pour ces frais de transport. Le remboursement des frais de transport pour tous les enfants et jeunes en ALD ayant une déficience ou une incapacité nécessitant un transport médicalisé s'élève, évidemment, à 100 %. L'article de loi permet, d'ores et déjà, à ces jeunes en ALD d'être pris en charge dans les conditions prévues. En revanche, un décret en Conseil d'État doit être pris pour fixer un taux de remboursement plus élevé que dans le droit commun, comme le prévoit la loi, lorsque les enfants ne sont pas en ALD. Ce décret est actuellement en préparation et devrait être rapidement transmis au Conseil d'État. Je vous propose, en conséquence, de retirer votre amendement, à défaut j'y serai défavorable. En effet, demander un rapport explicitant les raisons ayant conduit à la non-parution de ce décret d'application, alors qu'il va être prochainement présenté au Conseil d'État ne me paraît pas approprié. Je pense même, madame la députée, que le rapport risquerait d'arriver après la publication du décret, ce qui ne serait pas très utile.

Mme la présidente. Retirez-vous cet amendement, madame Poletti ?

Mme Bérengère Poletti. Les explications étaient nécessaires. Je suis satisfaite de l'engagement de Mme la ministre. Je retire donc mon amendement.

(L'amendement n° 181, deuxième rectification, est retiré.)

Article 39 *(précédemment réservé)*

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran, inscrit sur l'article 39.

M. Olivier Véran. L'article 39 du PLFSS vise à améliorer l'organisation et la coordination des soins en secteur ambulatoire, en s'appuyant sur la médecine ambulatoire, par une valorisation des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels, notamment ceux qui sont structurés en équipes territoriales.

En plus de la rémunération à l'acte, il est proposé aux équipes qui le souhaitent de négocier une forme de rémunération spécifique qui serait versée selon plusieurs critères, notamment des critères quantitatifs, comme l'importance de la patientèle ou le nombre de professionnels composant l'équipe. Seraient également pris en compte les critères de service rendu et une évaluation de l'amélioration de la santé publique.

Cet article correspond à la volonté de nombreux professionnels libéraux de santé d'avoir des incitations financières à côté de la rémunération à l'acte pour développer l'organisation et la coordination des soins et, éventuellement aussi, nous le verrons lors de l'examen des amendements, la continuité des soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Mon argumentation sera très proche de celle que j'avais déjà développée sur l'article 37.

L'article 39 prévoit la mise en place d'un forfait renforçant la rémunération des soins de proximité et leur coordination dont pourront bénéficier les maisons, les centres de santé et les professionnels.

La loi pose le principe et renvoie généralement à des négociations conventionnelles pour les modalités d'application. Se posent donc des problèmes de cohérence, cet article le montre très clairement. Des négociations sont en cours, je vous le rappelle, madame la ministre, entre les médecins, les centres de santé et l'UNCAM. Vous avez commandé un rapport à l'IGAS sur le fonctionnement des centres de santé. Il faut tout remettre à plat de façon coordonnée pour améliorer la qualité des soins. C'est la raison pour laquelle ce que vous proposez ici me paraît un peu prématuré. Il faudrait sans doute attendre les conclusions du rapport que vous avez demandé avant de légiférer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article est intéressant dans la mesure où il aborde les importantes questions, à l'ordre du jour de la médecine moderne, que sont l'exercice interprofessionnel et les nouveaux modes de rémunération.

J'en profite pour souligner devant vous le rôle et la place des centres de santé, structures différentes des maisons de santé. Il s'agit d'un lieu collectif organisé pour l'accueil des patients, où les professionnels exercent dans une véritable coopération – les médecins entre eux, mais aussi avec d'autres soignants de diverses spécialités, y compris les soins infirmiers, les prélèvements biologiques ou la radiologie, par exemple.

Ces lieux pratiquent un mode de rémunération salarial qui correspond aux souhaits d'un nombre grandissant de jeunes médecins et qui ouvre des possibilités nouvelles, car ce mode de rémunération est mieux adapté à la prise en charge des patients dans leur globalité, pour les pathologies chroniques mais aussi pour la prévention, domaine où il y a de nombreux progrès à faire. Les centres de santé peuvent y participer, d'autant plus qu'ils pratiquent le tiers payant, ce qui facilite évidemment l'accès aux soins pour tous.

Les centres de santé méritent que l'on s'y attarde, que l'on travaille pour améliorer leur fonctionnement. Je pense sincèrement qu'ils constituent une excellente réponse aux besoins pour la santé de premier recours ; et je plaide pour leur valorisation et pour le développement de ce type de structures, qui, je le répète, me paraissent être une excellente réponse aux problèmes actuels.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. C'est un sujet important. Comme c'est souligné dans le rapport de M. Paul, il y a déjà eu des expérimentations de ces nouveaux modes de rémunération, et les représentants du corps médical sont tout à fait favorables à de nouvelles formes de rémunération qui ne soient pas uniquement le paiement à l'acte que l'on connaît depuis des dizaines d'années.

Ces expérimentations allaient dans le bon sens. Elles ont d'ailleurs été réalisées sur plusieurs maisons de santé, plusieurs pôles, plusieurs régions. On a également mis en place depuis deux ans des SISA, structures interprofessionnelles de soins ambulatoires, qui donnent un statut fiscal, un statut juridique et même un statut d'enseignement, ce qui permet aux médecins enseignants de recevoir des étudiants. La coopération entre les professionnels de santé est fondamentale, ce qui permet de beaucoup mieux prendre en charge les patients, surtout en ALD. Les rémunérations doivent donc être au forfait, dans le cadre de la coordination et du parcours de soins.

Il y a simplement quelque chose qui me trouble, et je ne suis pas sûr que vous ayez encore l'aval des représentants médicaux, que ce soient les syndicats ou les autres, c'est le forfait à la capitation. Capitation, pour le vieux professionnel que je suis, c'est un mot que l'on n'appréciait guère car il rappelle de mauvais souvenirs dans d'autres pays. Ce n'était pas du tout le mode de médecine à la française.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Bricout.

M. Jean-Louis Bricout. On ne peut que se réjouir de cet article, qui vise, par un concours financier, à renforcer les soins de proximité et à optimiser les parcours de soins et la prise en charge des patients au sein des maisons de santé.

Je tiens à saluer les professionnels de santé, et en particulier les médecins généralistes, qui, parfois, à quelques années de la retraite et après de nombreuses années d'activité libérale, s'engagent et intègrent les maisons de santé. Cette démarche vers un autre modèle médical est à souligner. Il y a une vraie conscience territoriale.

Les maisons de santé sont de beaux outils pour aller vers ce nouveau modèle basé sur la prévention, le travail en réseau, en équipe. Est indispensable la venue de jeunes médecins sur les territoires défavorisés.

Cet outil est encore optimisé par les votes des articles 39 et 40. Pourtant, on peut penser que ces mesures d'incitation et d'accompagnement ne suffiront pas pour compenser le manque d'attractivité de certains territoires et favoriser l'installation de jeunes médecins.

Devrons-nous inciter encore, en dépit de nos contraintes budgétaires, ou ouvrir le débat vers d'autres orientations? Nous avançons avec ces deux articles, mais nous ne sommes peut-être pas encore au bout du chemin. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. Sur l'article 39, je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 404 et 529.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n^o 404.

M. Christian Paul, rapporteur. Je laisse à M. Véran le soin de présenter ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Le nombre de maladies chroniques explose, et nous devons être plus pragmatiques, plus efficaces pour bien les prendre en charge. Je pense par exemple, à un insuffisant respiratoire, à un insuffisant cardiaque ou rénal, qui aura besoin, dans la médecine du futur, de bénéficier d'une prise en charge de A à Z.

Encourager une meilleure organisation et une meilleure coordination des soins est une étape très importante, notamment dans l'ambulatoire, mais il faut également inciter les structures concernées, lorsqu'elles sont en mesure de le proposer – il ne s'agit pas de demander à toutes les maisons de santé et à tous les centres de santé d'être ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre –, à assurer une forme de continuité des soins. Assurer une continuité dans le traitement est important pour orienter le patient vers le ou les professionnels les plus aptes à le soigner.

La phase aiguë d'une maladie chronique, dans la médecine de demain, ne passera pas nécessairement par une hospitalisation aux urgences. En cas de décompensation aiguë d'une maladie chronique, il est bon de pouvoir compter sur l'ensemble des acteurs de santé pour permettre une prise en charge spécialisée dans les meilleures conditions.

Cet amendement se veut incitatif, il vise à inscrire cette possibilité dans les projets structurants des filières de prise en charge. L'article dans sa forme actuelle était peut-être un peu restrictif à cet égard.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis favorable à ces amendements qui vont dans le sens du projet du Gouvernement.

Quelques mots sur ce que nous voulons faire avec l'article 39. Sous des dehors peut-être un peu techniques ou difficiles d'approche, cet article représente un changement majeur d'orientation. Nous devons aller plus loin, mais c'est la première fois que nous envisageons très concrètement de rémunérer un travail en équipe et non plus exclusivement le travail individuel de chaque professionnel. Nous amorçons un changement structurel dans l'organisation des soins de proximité, qui appellera d'autres mesures, et qui devra faire l'objet de concertations avec l'ensemble des professionnels.

Que ce soit en raison de l'évolution des pathologies ou de celle des modes d'exercice des professionnels, de plus en plus de jeunes ne veulent plus de l'exercice traditionnel que les générations qui les ont précédés considéraient comme la seule voie, c'est-à-dire un exercice isolé dans un cabinet individuel. Ils souhaitent avoir des échanges en équipe, avec d'autres professionnels de santé, d'autres médecins, et aussi des structures extérieures au cabinet, par exemple des établissements de santé, des hôpitaux, des cliniques ou des centres de santé.

Le mode de rémunération tel qu'il existe aujourd'hui, à l'acte, ne favorise pas cette mise en commun, cette coordination.

L'objectif que nous poursuivons avec cet article, c'est donc bien de faire émerger des modalités de rémunération complémentaires qui pourront favoriser la coordination et le travail en équipe ainsi que la mise en place de modes d'accompagnement et de soins qui porteront davantage sur la prévention, l'accompagnement thérapeutique et l'éducation thérapeutique et ne seront pas exclusivement un soin

punctuel à un moment donné. La nécessité de prendre en charge de plus en plus des maladies chroniques oblige évidemment à concevoir le suivi à la fois dans la durée et dans la diversité des interventions.

Un contrat pourra déterminer les modalités de calcul de la rémunération d'équipe et les engagements que devront prendre les structures, qu'il s'agisse de maisons de santé ou de centres de santé, pour en bénéficier. Il sera proposé conjointement par l'agence régionale de santé et par l'organisme local d'assurance maladie.

C'est bien l'équipe qui percevra la rémunération forfaitaire complémentaire, calculée en fonction d'indicateurs de santé publique qui seront définis, en contrepartie de son engagement à s'organiser de manière à proposer aux patients des services précis. J'insiste sur le fait que nous n'allons pas rémunérer des réunions, nous n'allons pas payer simplement parce que des professionnels se seront mis autour d'une table pour discuter d'une organisation. Nous allons rémunérer une amélioration du service apporté aux patients, ou une augmentation du nombre de services.

Les forfaits susceptibles d'être versés à ces équipes, qui devront être formellement structurées, pourront être proches de ceux qui ont été versés lors des expérimentations aux nouveaux modes de rémunération mises en place par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, qui n'avaient pas donné lieu à généralisation. Ces rémunérations étaient d'environ 50 000 euros par équipe et c'est la perspective dans laquelle nous nous situons.

Les amendements du rapporteur et de M. Véran visent à compléter cette proposition. Dans la mesure où il s'agit de préciser l'un des objectifs du travail en équipe, la continuité des soins, nous y sommes évidemment favorables.

Mme la présidente. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Je m'adresse à ceux de nos collègues, et ils sont nombreux, qui sont préoccupés par les déserts médicaux, que le désert soit déjà une réalité ou encore une menace pour leurs départements. Ce type de mesure, qui reconnaît et rémunère le travail en équipe, n'est pas une incitation personnelle à l'installation. Mais c'est peut-être beaucoup plus important, car c'est ce genre de travail que recherchent aujourd'hui, en particulier dans les maisons de santé, mais parfois aussi sur un mode moins structuré, les jeunes médecins, qui ne veulent plus exercer de façon individuelle et isolée.

Ce PLFSS, monsieur Vercamer, je le redis, ne se contente pas de gérer les affaires courantes. Il fait des choix de changements d'organisation, probablement inspirés – Jean-Pierre Door n'a pas tort à cet égard – d'expériences et de réflexions menées depuis des années, au fond par nous tous, sur le terrain ou à l'Assemblée nationale. Il faut prendre très au sérieux cette proposition du Gouvernement car elle contient sans doute une part importante de la réponse en vue de rendre attractives les professions de soins du premier recours, en particulier dans les territoires en voie de désertification médicale.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je suis en parfaite harmonie avec M. Paul, et je salue le lancement de ces expérimentations qui visent à dépasser le paiement à l'acte et la prise en charge cloisonnée du patient, pour aller vers la rémunération d'un service

médical rendu dans la continuité et l'interdisciplinarité. Cela marque l'engagement d'une réforme structurelle forte. J'ai entendu certains de nos collègues de l'opposition s'exclamer qu'ils ne voyaient pas où allait ce PLFSS. Voilà l'une des réponses apportées par ce projet : le développement d'un type d'exercice dont je suis persuadé qu'il deviendra fortement attractif pour les jeunes praticiens.

Il me semble, madame la ministre, qu'une autre dimension devrait entrer dans le champ des expérimentations de ces nouvelles rémunérations de la coopération entre professionnels de santé. Ces professionnels peuvent aussi agir en coopération, mais sans unité de lieu. Il conviendrait donc de réfléchir à un outil informatique de transmission de données numérisées adapté à leurs besoins et usages. Ce pourrait être le cadre pour un renouvellement du dossier médical, personnel et partagé.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. En lisant la disposition, en écoutant les déclarations du Gouvernement, celles des rapporteurs, j'ai le sentiment que l'on est en train, d'une part, de réinventer ce qui existe déjà et, d'autre part, de remettre en cause le paiement à l'acte, c'est-à-dire le principe même du système de soins ambulatoires français. Je souhaite donc des précisions.

Le Gouvernement assimile les centres de santé et les maisons médicales, qui sont pourtant deux types d'établissements de nature très différente. Les centres de santé ont été créés sous le gouvernement Mauroy, le ministre de la santé de l'époque étant M. Jack Ralite, qui siégea sur les bancs communistes. Ces établissements se trouvent aujourd'hui presque tous dans des situations financières extrêmement difficiles et font l'objet de polémiques quant à leurs conditions de fonctionnement. En outre, si dans les centres de santé les médecins sont salariés, dans les maisons médicales existe une rétribution à l'acte. C'est une différence fondamentale.

Je n'ai pas bien compris si votre mesure était destinée aux professionnels ou aux établissements, mais il ne faudrait pas oublier qu'il existe déjà la rémunération au forfait, destinée à développer la coordination pour des pathologies chroniques ou graves qui le justifient.

Comme le mécanisme proposé est associé à la généralisation du tiers payant, nous voyons bien que l'on se dirige vers un changement profond du système de dispensation des soins ambulatoires. C'est, à cette heure relativement tardive de notre discussion, une véritable révolution, sur laquelle nous souhaiterions être rassurés.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Je voudrais essayer de rassurer M. Accoyer en témoignant de la situation d'un territoire très urbanisé, en banlieue parisienne. J'ai sur mon territoire un centre de santé, ouvert dans les années qu'a rappelées M. Accoyer, 1982 ou 1983. Il a connu des difficultés, il a été restructuré, et il est devenu aujourd'hui l'instrument le plus utilisé par la population, non seulement de la ville de 33 000 habitants où je vis, mais aussi des autres villes de la circonscription, car les autres centres ont été fermés. La gestion peut poser problème mais l'outil est extrêmement intéressant.

Le Val-d'Oise compte un certain nombre de zones urbaines difficiles. Dans ces zones, le regroupement, la coordination de praticiens libéraux peut être très intéressante également. On a

parlé de déserts médicaux dans les zones rurales ; n'oublions pas non plus que certaines zones urbaines n'ont aujourd'hui plus de médecins. Toute initiative qui permette de réunir des praticiens autour d'un projet me paraît utile, et je ne crois pas que ce soit, comme M. Accoyer le sous-entend, la fin de la médecine libérale. C'est un mode différent, qu'il faut absolument expérimenter.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Je ne suis pas sûr d'avoir compris votre remarque, monsieur Accoyer. D'abord, vous nous dites que ce que nous proposons existe déjà, ensuite, vous affirmez craindre une révolution. Si vous voulez faire croire que cet article vise à étatiser la médecine libérale ou à salarier tout le monde, vous n'y parviendrez pas auprès des professionnels de santé. L'objectif n'est pas là. Il a clairement été précisé que le dispositif ne remplaçait pas la rémunération à l'acte mais s'y ajoutait. Nous sommes dans un modèle incitatif, sur la base du volontariat. Il ne s'agit pas de remplacer un service par un autre, mais de proposer une diversification des modes de rémunération pour ceux qui le souhaitent. Si vous écoutez, comme nous, les professionnels, vous savez qu'ils sont un certain nombre à attendre cette possibilité, encore insuffisamment développée.

M. Christian Hutin. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Bricout.

M. Jean-Louis Bricout. Je confirme les propos de notre collègue. Il s'agit d'un mode de rémunération complémentaire dans les maisons médicales pluridisciplinaires, pour encourager la prévention, la coordination entre les médecins. C'est nécessaire. Si c'est une révolution, c'est une bonne révolution, attendue par les nouveaux médecins, qui ne veulent plus travailler seuls. Cela a été dit et redit : ils veulent travailler en groupes, de façon coordonnée, selon un nouveau modèle médical.

(Les amendements identiques n^{os} 404 et 529 sont adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 337.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit de compléter le dispositif, excellentement présenté par nos collègues. Nous souhaitons que la pratique du tiers payant progresse ; cela a été évoqué plus tôt au sujet des étudiants, mais nous voulons qu'elle se développe aussi pour d'autres publics. Le travail en équipe évoqué doit s'appliquer aux soins eux-mêmes, mais aussi à la mise en place de diverses mesures permettant de faciliter l'accès aux soins, ce qui inclut notamment le tiers payant.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous avons évoqué la question du tiers payant plus tôt dans la journée à propos des étudiants, et nous avons souligné à cette occasion que, pour d'autres publics également, l'accès aux soins pourrait être facilité par ce biais. Nous allons dans quelques instants, comme nous nous y sommes engagés, présenter un amendement qui doit permettre de faciliter le recours au tiers payant, d'une part, pour les étudiants, d'autre part, dans le cadre des maisons pluridisciplinaires de santé.

Je demanderai donc au rapporteur de retirer son amendement, qui va plus loin puisqu'il revient à imposer le tiers payant comme une condition pour le versement de la rémunération forfaitaire et qu'il aboutirait à sa généralisation

immédiate dans le cadre des expérimentations que nous lançons, alors que va venir un amendement qui permettra de déterminer des territoires d'expérimentation spécifiques. Il y aurait comme une forme de miroitement entre le présent amendement et celui qui va être exposé dans un instant par le Gouvernement.

Mme la présidente. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis sensible à votre démonstration, madame la ministre, même si je dois à la vérité de dire que nous n'avons pas l'intention de faire du tiers payant une condition de la rémunération du travail en équipe telle que prévue à l'article 39, ni même de la participation à l'organisation des parcours de soins. Cela dit, je suis prêt à retirer l'amendement. Ce qui importe à nos yeux, c'est que, dans les maisons de santé, l'accès au tiers payant soit facilité.

M. Accoyer n'est plus parmi nous...

M. Denis Jacquat. Répondez à la ministre, qui vous demande de retirer l'amendement ! M. Accoyer n'est pas là pour vous répondre. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

M. Christian Paul, rapporteur. Et je ne suis pas là pour obéir à vos instructions, monsieur Jacquat. M. Accoyer s'est inquiété de la généralisation du tiers payant. Pour nous, c'est un objectif et non une source d'inquiétude.

Mme la présidente. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Les questions de Bernard Accoyer sont restées sans réponse. Je pensais que Mme Touraine répondrait ; je ne savais pas qu'il y avait un ministre *bis* dans l'hémicycle. *(Exclamations sur les bancs des groupes SRC et écologiste.)*

M. Patrick Hetzel. Excellent !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il y a un Bernard Accoyer *bis* !

M. Denis Jacquat. Il faut suivre les débats ; je sais bien qu'il est tard et que certains se sont déjà endormis !

Différents orateurs l'ont dit : la pratique médicale a évolué dans notre pays. C'est une évidence. Les jeunes médecins qui s'installent aujourd'hui demandent une médecine salariée plus que le paiement à l'acte. Ils veulent pratiquer en équipe, ils souhaitent une vie de famille, une vie personnelle, s'occuper de leur conjoint, de leurs enfants. Il y a – le mot a été employé – une révolution, c'est vrai, et l'on ne peut s'y opposer.

Il y a toutefois des générations de médecins qui travaillent encore à l'ancienne, d'autres qui ont envie d'évoluer, même en milieu rural et tout seuls – ils sont alors extrêmement méritants. Il ne faut pas opposer un type de médecine à un autre ; il y a une évolution. Il s'agit donc favoriser ce nouveau type de médecine et si certains veulent exercer encore à titre individuel, c'est possible. Le problème de base, on l'a déjà dit, c'est celui des dépassements d'honoraires, mais c'est une autre question.

Si on veut en plus éviter la désertification médicale, il ne faut pas décourager les générations de jeunes médecins. Or, si on leur impose beaucoup de choses, il est évident que la remise en cause du côté libéral de la profession risquerait de faire disparaître des vocations.

Mme la présidente. Monsieur Paul, retirez-vous votre amendement ?

M. Christian Paul, rapporteur. Je le retire, madame la présidente.

(L'amendement n° 337 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement rédactionnel, n° 364, présenté à titre personnel par M. le rapporteur.

(L'amendement n° 364, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 403 et 528 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 403.

M. Christian Paul, rapporteur. Je laisse à M. Véran le soin de présenter ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. L'article 39 vise à diversifier les modes de rémunération des professionnels qui exercent des missions particulières, principalement dans les maisons et les centres de santé. On a déjà rappelé que cela correspondait à une attente forte des professionnels et, j'insiste sur ce point, qu'il ne s'agissait pas d'une étatisation.

Dans l'objectif de renforcer le travail en équipe territoriale de santé et la structuration de ces équipes, il paraît utile de proposer une diversification des formes de rémunération. En effet, la valorisation peut consister évidemment en une rémunération directe versée à l'équipe territoriale sous formes sonnantes et trébuchantes, mais elle peut aussi prendre la forme de financement de projets structurants pour l'équipe, tels que des projets de recherche ou portant sur la qualité de vie au travail ou encore sur des programmes de formation. Cette valorisation pourrait donc consister en une aide à la réalisation de certaines tâches administratives, via par exemple la délégation de personnels de secrétariat, pour une période donnée, correspondant à des missions. Il s'agit d'être ingénieux, attractif et incitatif, et de répondre aux besoins des équipes territoriales.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends bien l'intention des auteurs de l'amendement qui est évidemment positive, mais je crains que nous n'aboutissions à flécher les crédits sur certaines tâches spécifiques. Je vous précise que des négociations conventionnelles vont s'engager pour déterminer la manière d'organiser précisément les rémunérations et leur cadre. Il sera important que la diversification des modes de rémunération soit bien, comme vous le souhaitez, actée, ainsi que la valorisation du travail en commun et les nouveaux services. Mais il ne faudrait pas, je le répète, qu'une rédaction apparemment anodine donne à certains le sentiment que les crédits sont fléchés vers certains types d'activité, par exemple le secrétariat ou l'aide au fonctionnement matériel de l'équipe,

et que l'on en vienne à dériver en valorisant un travail de coordination administrative plutôt que de nouveaux services rendus au patient. Votre amendement pourrait, de par sa rédaction, soulever un problème d'interprétation dans le cadre de la négociation conventionnelle. Je vous demande donc de le retirer, étant entendu qu'il ne s'agit pas d'une différence de philosophie ni d'approche, mais je veux vraiment que nous ne nous trompions pas sur les objectifs que nous poursuivons. J'ai bien compris que votre objectif n'est pas de favoriser le travail administratif de coordination, mais ce pourrait être interprété ainsi.

Mme la présidente. Monsieur Véran, maintenez-vous votre amendement ?

M. Olivier Véran. Non, madame la présidente.

(L'amendement n° 528 rectifié est retiré.)

Mme la présidente. Monsieur Paul ?...

M. Christian Paul. Je retire l'amendement.

(L'amendement n° 403 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement rédactionnel, n° 366, présenté à titre personnel par M. le rapporteur.

(L'amendement n° 366, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 39, amendé, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-trois heures cinquante, est reprise le vendredi 26 octobre 2012 à zéro heure cinq.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Après l'article 39

(amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 690 rectifié, portant article additionnel après l'article 39.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à mettre fin au paiement à l'acte pour le suivi des patients dans les cas d'affection longue durée et à le remplacer par un paiement au forfait.

Actuellement, plus de huit millions de personnes sont en ALD, soit 15 % des assurés, et leur prise en charge, qui représente 65 % des dépenses de santé, est en progression constante.

Ces pathologies nécessitent une prise en charge coordonnée du patient, un suivi important, régulier, et une prévention secondaire, autant de facettes de l'activité médicale que ne rémunère pas le paiement à l'acte.

J'ai bien noté la volonté du Gouvernement de modifier la situation actuelle dans ce domaine. Nous souhaitons avancer concrètement et c'est pourquoi je vous invite à adopter cet

amendement qui propose donc un paiement au forfait pour le suivi des patients en ALD, autrement dit des patients pris en charge à 100 %.

M. Marc Dolez. Très bien !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Notre commission n'a pas retenu cet amendement, non pas que nous mettions en doute la nécessité du parcours de soin et du travail en équipe, singulièrement pour les malades pris en charge dans le cadre des ALD, mais nous considérons que ce qui est en jeu dans cette affaire ne se résume pas aux ALD. Une approche plus globale du travail en équipe est nécessaire, comme d'ailleurs l'article 39 vient de le proposer, avec une rémunération à l'appui. Il faut aller au bout de la proposition qui a été faite dans l'article 39 et l'appliquer de la façon la plus large sur le territoire français.

Cela dit, le passage à un système mixte, mêlant à la fois rémunération à l'acte et au forfait, est la voie que nous souhaitons désormais emprunter. Comme vous, je sais que ce sera un changement de modèle important pour les professionnels de santé. C'est dans cette voie que nous nous engageons aujourd'hui. L'avenant 8 à la convention prévoit pour cela des négociations qui seront conduites dans le courant de l'année 2013. Au-delà de l'acte législatif majeur que représente l'article 39, il faut maintenant laisser les professionnels et l'assurance maladie dialoguer ensemble sur ce sujet.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable parce que l'objectif n'est pas d'aller vers une rémunération qui soit exclusivement forfaitaire, mais de maintenir la diversité des rémunérations. C'est le sens dans lequel nous nous engageons à travers les expérimentations. D'autre part l'accord qui a été signé sur les dépassements d'honoraires prévoit la généralisation du forfait sans le spécifier ou le réserver aux patients en ALD.

Pour des raisons de cohérence globale de la politique menée, je préférerais que vous retiriez votre amendement pour ne pas avoir à émettre un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je maintiens mon amendement, bien entendu. C'est en conscience que je propose un forfait uniquement pour les patients en ALD et le maintien du paiement à l'acte pour les autres. Le forfait annuel de 40 euros versé en plus du paiement à l'acte existe déjà ; la Cour des comptes a d'ailleurs formulé quelques critiques à cet égard, qui méritent d'être regardées de près. Je propose donc de mettre aux voix cet amendement qui aidera peut-être à faire progresser les choses.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je voudrais rappeler à Mme Fraysse, qui connaît pourtant bien le sujet, que la récente convention signée par les caisses et les syndicats de médecins prévoyait un système de paiement à la performance, le P4P, comprenant des prises en charges pour des maladies chroniques comme le diabète, avec une valorisation financière en fonction de la prise en charge de ces patients. Cela existe déjà *via* le dialogue conventionnel qu'il faut privilégier, sans qu'il soit nécessaire de passer par la loi. Le système conventionnel doit continuer à se développer et à être performant.

(L'amendement n° 690 rectifié n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Massonneau, pour soutenir l'amendement n° 595.

Mme Véronique Massonneau. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Si vous souhaitez qu'un rapport sur la démocratie sanitaire soit remis avant fin 2013, je n'y vois pas d'inconvénient. Néanmoins, dans le cadre de la loi de santé publique sur laquelle nous allons travailler, la question de la démocratie sanitaire sera sans doute abordée et le rapport n'aura plus lieu d'être.

Je ne suis pas certaine que le rapport ait un lien direct avec le PLFSS que nous examinons et donc on peut s'interroger sur son utilité même si une réflexion sur la démocratie sanitaire est toujours souhaitable. À moins que vous ne teniez vraiment à ce rapport, j'accueillerais très favorablement un retrait de votre amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. On ne se contente pas seulement de rapports mais nous avons décidé d'agir. En matière de démocratie sanitaire, par le biais de la création d'un fonds alimenté par un prélèvement sur la promotion des industries pharmaceutiques, nous avons fait cet après-midi un grand pas en avant vers le financement indépendant des actions des associations de patients ou d'usagers.

Notre commission n'avait pas retenu cet amendement, mais, après l'accord explicite de Mme la ministre, nous allons donner suite positivement.

Mme la présidente. Je n'avais pas compris que l'avis du Gouvernement était totalement favorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. J'ai indiqué que j'accueillerais positivement un retrait de cet amendement, mais si Mme la députée ne souhaite pas le retirer pour des raisons solidement établies, j'émettrai un avis favorable.

Mme la présidente. Maintenez-vous cet amendement, Mme Massonneau ?

Mme Véronique Massonneau. Je le retire.

(L'amendement n° 595 est retiré.)

Article 40 *(précédemment réservé)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Louwagie, première oratrice inscrite sur l'article 40.

Mme Véronique Louwagie. L'article 40 apporte un nouveau dispositif qui met en place la fonction de praticien territorial de médecine générale.

Cet article vise à lutter contre la désertification rurale – dont nous avons beaucoup parlé dans l'hémicycle depuis hier – en facilitant l'installation de jeunes professionnels de santé en zones rurales qui seront identifiées par les ARS.

Il convient de rappeler que la précédente majorité s'était mobilisée pour pallier la faible installation de médecins dans les zones peu peuplées. De nombreuses maisons médicales ont été créées à l'initiative de communes ou de communautés de communes, et soutenues par le Gouvernement. Des contrats d'engagement de service public s'appuyaient sur des bourses pour les étudiants en médecine et visaient à encourager les internes à exercer dans ces zones.

Il semble que le recours à la voie contractuelle qui est proposé soit à appréhender de manière plus transitoire que définitive puisque nous retenons un contrat de cinq ans. Le prérapport indique une rémunération de référence comparable à celle d'un assistant hospitalier. À ce stade, on peut regretter de ne pas connaître, d'une part, les modalités de calcul de la rémunération complémentaire et, d'autre part, les dispositions du contrat qui seront déterminées par décret.

Si je me réjouis que nous recherchions des solutions pour lutter contre la désertification médicale – et nous devons retenir tous les processus incitatifs –, j'émettrai une réserve et une observation. La réserve porte sur la nécessité de privilégier le statut libéral du médecin et sur le refus de le voir assimilé à un fonctionnaire. C'est un élément important dans l'esprit de cet article.

Enfin, si nous voulons vraiment des solutions pour faire en sorte que des médecins exercent dans nos territoires ruraux, il est regrettable qu'hier soir, la disposition proposée par le groupe UMP et visant à exempter les médecins à la retraite du versement de leur cotisation retraite n'ait pas été retenue. C'était également une bonne incitation.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Massonneau.

Mme Véronique Massonneau. Je tenais à m'exprimer sur cet article qui contient une première tentative – je n'y mets aucune nuance péjorative – pour répondre à ce problème gravissime que sont les déserts médicaux. Ainsi que je le disais lors de la discussion générale, je trouve le dispositif prévu dans cette expérimentation plutôt innovant, et l'implication des ARS est une bonne chose.

Pour paraphraser différentes interventions qui ont eu lieu sur le sujet des déserts médicaux, il s'agit d'un marronnier, dans les questions de santé. On pourrait donc imaginer que de multiples mesures ont été prises pour y remédier mais en réalité, peu de choses ont été faites au niveau national. Les collectivités locales ont, à leur échelle, tenté d'instaurer des maisons de santé, des centres pluridisciplinaires ou bien des subventions locales en faveur de l'installation de jeunes médecins dans les zones sous-médicalisées.

Le praticien territorial de médecine générale est donc une réelle nouveauté de la politique gouvernementale. En tant qu'écologistes, nous apprécions beaucoup le caractère expérimental de ce dispositif. Je le précisais lors de la discussion générale : nous sommes attachés à la pratique territoriale plutôt qu'aux approches politiques essayant de faire croire qu'elles sont la seule solution possible.

La force d'un dispositif expérimental réside justement en son caractère provisoire et en la possibilité ouverte aux bonnes volontés de chercher sincèrement les solutions adaptées à leur territoire. C'est pourquoi, anticipant la discussion des amendements, je me montrerai défavorable à la proposition de certains de mes collègues socialistes visant à donner un caractère obligatoire à l'installation dans une zone sous-médicalisée. Le dispositif de l'article 40 est original, il faut lui laisser le temps de faire ses preuves avant de vouloir en modifier le sens.

M. Gérard Bapt. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je n'ai pas souvenir qu'un seul des PLFSS de ces dernières années ait accepté quelque amendement de l'opposition et depuis trois jours, pas un seul amendement de l'opposition n'a retenu l'attention de nos ministres. Mais j'espère qu'aujourd'hui, vous pourrez accepter la solution que je vous propose dans le but de lutter contre les déserts médicaux.

Il s'agit d'autoriser le cumul emploi-retraite pour les médecins retraités, afin qu'ils aillent exercer une activité de médecine générale dans les zones les plus fragiles. Le potentiel approche les 10 000 médecins susceptibles de reprendre une telle activité, laquelle couperait d'ailleurs leur retraite et leur ferait du bien intellectuellement.

Cela se ferait en compensation de l'exonération de la prime de retraite de la Caisse autonome de retraite des médecins de France, puisqu'ils n'ont plus droit à prestation une fois qu'ils ont pris leur retraite. Cela leur permettrait de s'engager dans cette activité de médecin retraité actif. Il s'agit d'une solution qui peut se mettre en place très rapidement. Je vous encourage au moins à lancer une expérimentation de cette médecine complémentaire, afin de résoudre quelques problèmes dans nos territoires désertifiés.

Mme la présidente. La parole est à M. Gwenegau Bui.

M Gwenegau Bui. Cet article met en place une nouvelle incitation pour lutter contre les déserts médicaux. Nous ne contestons certes pas cet objectif du Gouvernement, mais nous interrogeons sur les moyens d'y parvenir.

Cela fait maintenant plus de dix ans que la désertification médicale s'aggrave. Elle a touché d'abord le monde rural, puis péri-urbain, et maintenant les quartiers sensibles. Plus grave, des préfectures, comme la ville de Saint-Brieuc, ou des villes de littoral très attractives comme Concarneau sont désormais en situation de fragilité.

En France, 48 % des bassins de vie sont aujourd'hui en faible densité de généralistes, ainsi que le montre une étude du Conseil de l'ordre de 2011. Dans son rapport annuel de la même année, la Cour des comptes tirait un bilan sévère des mesures antérieures, estimant qu'elles se révèlent inefficaces face aux freins de l'exercice en zone démedicalisée. Même l'Ordre des médecins, en mai 2012, conscient de l'augmentation de la fracture, a proposé de créer les conditions de la régulation des installations.

C'est vrai en Bretagne et ce l'est encore plus dans d'autres parties du pays, notamment en Picardie, où l'on compte 260 médecins pour 100 000 habitants contre 419 en région PACA. Et ce qui est vrai pour les généralistes l'est encore plus pour les spécialistes, nous le vivons au quotidien dans chacun de nos territoires.

L'accès aux soins est une urgence sociale, sanitaire et républicaine. Nous n'avons rien contre les jeunes médecins, ils font un métier formidable. Mais la situation devient intenable dans nos territoires et nous devons apporter des réponses à ceux qui vivent dans les déserts médicaux. La régulation de l'installation doit explorer plusieurs pistes : salariat, période imposée après les études, système similaire à celui des pharmaciens ou obligation pour toute primo-installation en libéral... Nous comprenons l'engagement du Gouvernement, mais nous voulons aller plus loin. C'est le sens en tout cas de l'amendement que nous défendrons tout à l'heure. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. La montée en charge de ce dispositif, avec 200 praticiens par an, semble être une excellente réponse aux déserts médicaux. J'en parle en connaissance de cause puisque le Gers fait partie des huit départements cités par la presse comme problématiques en termes d'accès aux soins.

Le fait d'avoir introduit, dans la liste des tâches que les praticiens territoriaux de médecine générale peuvent remplir, la question de l'éducation à la santé améliore la qualité du dispositif. Le fait de mener une prévention de proximité et individualisée, de pouvoir ainsi sensibiliser, informer, accompagner chaque patient dans la gestion de sa santé au plus près de son lieu de vie, est un puissant facteur d'atténuation des écarts de santé. C'est une attente réelle de la population.

En outre, la perspective d'étendre ce dispositif aux médecins exerçant en établissement de santé, comme vous l'avez confirmé en commission, madame la ministre, est une bonne nouvelle. Compte tenu du maillage territorial des hôpitaux de proximité, le fait de mixer praticiens hospitaliers et libéraux est la bonne réponse, à apporter à mon sens au plus près des besoins de la population âgée.

C'est en multipliant de tels dispositifs innovants que l'on peut faire reculer la fracture sanitaire dans notre pays.

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet article 40 est d'une extrême importance. Depuis plusieurs années, nous discutons de la situation très difficile des territoires ruraux, mais aussi désormais des secteurs périurbains et souvent de villes, petites ou même moyennes. Il fallait donc faire quelque chose. Nous avons souvent, dans différents rapports ou missions, fait des propositions. Nous avons participé à des travaux qui n'ont débouché sur aucune solution. Je pense en particulier à la discussion de la loi HPST, qui n'a retenu aucune des mesures que nous avons proposées.

Cet article prévoit donc enfin la création d'un contrat de praticien territorial de médecine générale, qui permettra, avec le soutien des ARS, d'engager une pratique en lien avec les autres médecins et de commencer de montrer que l'on peut exercer la médecine dans ces zones non denses. C'est une évolution importante, parce que les médecins souhaitent désormais exercer différemment leur métier. Nous devons, à travers ces dispositions, les aider et les encourager. C'est une perspective importante, qui va probablement transformer dans les mois et les années qui viennent l'accès aux soins et l'exercice de la médecine.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Les articles 39 et 40 comportent des avancées évidentes, ce dernier portant notamment création du contrat de praticien territorial de médecine générale. Toutefois, il reste beaucoup de chemin à faire. Beaucoup de régions françaises, urbaines ou rurales, sont confrontées à un manque de médecins pour assurer la prise en charge de premier recours. Les ARS ont mis en évidence les zones où la présence de médecins généralistes est menacée. Une cartographie existe.

La densité en Bretagne est comparable à la moyenne nationale. Cependant les chiffres masquent une très forte disparité au sein même des régions. Ce manque de médecins est un frein au développement local : qui irait installer sa famille dans un territoire où il risque de ne pouvoir être pris en charge en cas de problème de santé ? En outre, au moment où nous souhaitons permettre à nos aînés de bien vieillir à leur domicile, ainsi qu'ils le demandent, la présence de médecins est un élément déterminant.

Des solutions incitatives existent. Elles sont nombreuses : maisons de santé, pôles de santé, nouveaux modes de rémunération, groupes qualité, réseaux de santé qui facilitent un exercice plus collégial de la médecine... Mais il faut des médecins dans ces structures. Aujourd'hui, en Bretagne, nous allons les chercher en Roumanie !

Ce texte apporte de nouvelles propositions avec la création du contrat de praticien territorial. Il s'agit d'une réponse intéressante pour inciter les jeunes à s'installer dans les zones sous dotées. Ce statut répond au souhait d'alléger les charges logistiques et administratives liées à l'installation et à un exercice plus collégial de la profession. Mais cela ne suffira pas. Il faut réformer la formation des médecins – je sais que vous le prévoyez, madame la ministre. Il faut permettre aux jeunes d'origine modeste ayant grandi dans des zones sous-dotées d'accéder à cette profession.

Après dix ans d'une politique qui n'a pas donné les mêmes chances à tous les enfants de réussir dans les formations longues, il est temps de donner les moyens à tous ceux qui le souhaitent, quelle que soit leur origine sociale, de faire des études supérieures, en particulier en médecine.

Pour ma part, je pense que la situation de nos territoires est si dégradée que l'heure n'est plus aux mesures incitatives. Nous devons aller plus loin pour assurer à tous les Français un égal accès aux services de santé, en proximité. Ce sera possible...

Mme la présidente. Madame Le Houerou, veuillez conclure je vous prie.

Mme Annie Le Houerou. ...en mettant en place une obligation d'exercice dans les zones déficitaires pour les jeunes médecins à la sortie de leur formation, qui pourrait être de deux ans au minimum. Ce sera l'objet d'un amendement qui sera proposé tout à l'heure. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. En l'espace de dix ans à peine, c'est un fait, les déserts médicaux sont devenus un sujet de préoccupation majeur pour nos compatriotes. Réduire le problème à l'insuffisance des médecins serait une erreur, car la notion de santé déborde très largement le seul champ des soins médicaux.

On ne peut nier que la population perçoit des discriminations géographiques dans l'accessibilité à des soins de qualité. C'est pourquoi il faut être extrêmement ambitieux, innovants et incitatifs. J'accueille donc avec espoir et confiance ce nouvel outil qu'est le praticien territorial de médecine générale, qui vient renforcer le panel des mesures incitatives déjà existantes.

Vous savez mon attachement à l'incitation à exercer, à installer les praticiens sur le territoire. Ces postes de praticien territorial de médecine générale répondent à la fois à une demande forte des jeunes professionnels, mais aussi aux attentes de la population quant à ce problème des déserts médicaux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article vise à lutter contre les déserts médicaux, en permettant aux ARS de conclure des contrats de praticien territorial de proximité avec de jeunes médecins généralistes qui s'engageront à exercer dans des zones sous-dotées et sans pratiquer de dépassements d'honoraires

Cet article doit être envisagé notamment à lumière de l'enquête de l'UFC-Que choisir sur l'accès aux soins et les dépassements d'honoraires. Cet organisme s'est penché sur la localisation des médecins et les tarifs pratiqués dans quatre spécialités : généralistes, puisque je rappelle que, depuis 2008, la médecine générale est une spécialité ; ophtalmologistes ; gynécologues ; pédiatres.

Cette étude met en lumière ce que l'UFC-Que choisir appelle une intolérable fracture sanitaire. Elle montre que les déserts médicaux concernent moins les médecins généralistes que les autres spécialités, pour lesquelles le phénomène est aggravé par le fait que les médecins pratiquent plus souvent des dépassements d'honoraires. Si l'on considère aussi la difficulté d'accéder à un médecin respectant les tarifs conventionnés, le phénomène n'épargne, selon cette étude, aucune zone.

Cela conduit l'UFC-Que choisir à préconiser un conventionnement sélectif des médecins avec une limitation des installations de médecins dans les zones sur-dotées et la disparition progressive des dépassements d'honoraires.

J'y ajoute qu'il faut former davantage de médecins, et je souscris à l'idée, soutenue à l'instant, qu'il est nécessaire de démocratiser l'accès aux études de médecine, qui sont actuellement l'apanage d'une écrasante majorité de jeunes issus de milieux favorisés ; il est bien sûr très important que les jeunes de familles modestes puissent accéder à ces études. Leur expérience personnelle et leur sensibilité personnelle différente seront utiles pour répondre aux besoins d'aujourd'hui.

Nous sommes invités à davantage d'audace sur un sujet extrêmement préoccupant, sur un sujet de plus en plus préoccupant puisqu'il s'aggrave. Je crois qu'il faut vraiment mettre en place des dispositifs audacieux.

M. Marc Dolez. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. Nous sommes au moins unanimes aujourd'hui à reconnaître que l'article 40 satisfait tout le monde ; ce n'est pas toujours le cas. Remettre le généraliste au cœur du dispositif, c'est évidemment fondamental. Le remettre au cœur du dispositif, c'est encore mieux quand il s'agit d'un jeune généraliste, qui va forcément s'installer dans la durée. Les jeunes généralistes ont également le dynamisme

nécessaire pour faire tous ces déplacements dans les déserts médicaux. S'il y a des déserts médicaux, c'est bien parce qu'il y a des kilomètres à faire.

Cela désengorgera en outre un certain nombre de services d'urgence. On peut effectivement imaginer que ces praticiens seront quelquefois en première ligne pour ce que l'on peut appeler des consultations avancées, qui se font habituellement dans des hôpitaux plus traditionnels. Cette souplesse est incontestablement un plus et offre sans doute une perspective très concrète de résorption des déserts médicaux, même s'il ne faut pas perdre de vue que le vrai problème est quand même la formation des jeunes médecins, leur motivation et peut-être même le *numerus clausus*.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. Il convient de considérer cet article 40 avec attention. La lutte contre les déserts médicaux relève effectivement de l'intérêt général. Je suis moi-même confronté à ce problème dans la circonscription dont j'ai la responsabilité ; je pense que nous sommes nombreux, dans cet hémicycle, à le connaître.

Nous allons débattre d'amendements à cet article. Certains s'inscrivent dans une philosophie différente de celle que vous privilégiez, madame la ministre. Je relève que votre démarche est incitative, quand d'autres voudraient être coercitifs. Je pense qu'il est essentiel de nous en tenir à la philosophie que vous défendez plutôt que de tomber dans le travers de la coercition. Lorsque l'on décide de poursuivre des études médicales, il y a aussi quelque chose de l'ordre d'une vocation. C'est pour cette raison qu'une démarche incitative me semble essentielle.

En revanche, pour aller au-delà de la rédaction actuelle de l'article 40, je m'interroge sur la manière dont vous pourrez rendre ce dispositif opérationnel. Considérons précisément l'alinéa 4 de l'article. Quels critères permettront précisément de mesurer l'insuffisance d'offre médicale ? Je m'interroge. Avez-vous déjà une carte précise des zones concernées ? Si tel est le cas, il serait important que la représentation nationale puisse d'ores et déjà en disposer. Cela nous permettrait, encore une fois, de mieux apprécier les possibilités de mise en oeuvre.

En tout cas, nous sommes extrêmement demandeurs de ces informations. Tout à l'heure, vous avez insisté sur votre volonté de faire preuve de transparence au cours de l'examen de ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale ; c'est ce que nous attendons.

À ce stade, il est difficile de vous donner un chèque en blanc. Nous avons besoin d'un certain nombre de précisions.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. À ce stade de notre débat, j'interrogerai le Gouvernement sur la situation créée aujourd'hui par certains déserts médicaux, comme on dit, du moins par certains déficits d'installation de jeunes médecins là où des praticiens généralistes font valoir leurs droits à la retraite. Certaines communes décident de faciliter l'installation de nouveaux praticiens, et certaines officines canalisent vers notre territoire national des médecins formés dans des pays récemment entrés dans l'Union européenne, dont la maîtrise de la langue française est incertaine, dont le niveau de formation et donc la fiabilité des soins qu'ils peuvent dispenser

pourraient être aléatoires. Il s'agit là d'un problème extrêmement grave, qui touche à la garantie de la qualité des soins dans notre pays.

Je voudrais savoir, madame la ministre, si vous envisagez de vous pencher sur cette situation qui, dans certaines régions de France, dans certaines communes, pose des problèmes. Elle entraîne parfois des drames et commence à poser des problèmes judiciaires.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marisol Touraine, ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, l'article 40 est probablement l'un des plus importants de ce PLFSS dans la mesure où il porte sur un sujet qui nous préoccupe tous, autant que nous sommes, élus locaux, élus territoriaux.

Nous sommes confrontés à l'apparition de déserts médicaux qui ont été s'aggravant au cours des dernières années. Nous savons que des mesures fortes et rapides s'imposent pour qu'ils ne s'étendent pas. En effet, au cours des prochaines années, un nombre important de médecins va partir en retraite et que la question des déserts médicaux ne va pas se régler d'elle-même. D'ailleurs, la notion de désert médical, que nous associons souvent aux territoires ruraux, doit évidemment s'entendre de façon beaucoup plus générale. Si les réponses appropriées aux différents territoires ne sont pas nécessairement les mêmes dans un territoire rural et dans un territoire urbain, il serait illusoire d'imaginer qu'il n'y a pas de désert médical dans des territoires urbains, les centres-villes étant probablement les seuls lieux à échapper à ce phénomène. À ce jour, monsieur Hetzel, le zonage n'est toujours pas réalisé. C'est la DREES, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, qui définira ces territoires en fonction des délais d'accès aux praticiens. Les résultats de cette étude seront remis avant la fin de l'année, donc très bientôt, pour que les premiers contrats puissent être signés rapidement.

Au-delà, je veux insister sur quelques points.

Tout d'abord, la mesure qui vous est proposée – la création de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale – est évidemment une mesure importante, mais elle ne trouve son sens que dans le cadre d'une politique plus globale qui ne saurait s'y limiter. Simplement, il faut bien commencer par quelque chose. J'entends à droite que l'on nous parle de déserts médicaux mais, la réalité, c'est qu'au cours des dernières années ces déserts se sont aggravés faute de mise en place réelle d'une politique incitative. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Bernard Accoyer. Ne rechutez pas ! Vous étiez devenue aimable...

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux insister sur ce premier point. Cette mesure en elle-même très importante, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir à l'occasion de l'examen des amendements, est une pièce d'un ensemble plus général...

M. Dominique Tian. C'est quoi, l'ensemble ?

Mme Marisol Touraine, ministre. ...qui concerne les études de médecine, les stages, l'incitation administrative, le travail en équipe, que nous venons d'évoquer, la mise en place de rémunérations forfaitaires. Il s'agit d'un ensemble de mesures qui prendront progressivement corps. Évidemment, ce PLFSS ne prétend en aucune manière épuiser le sujet.

Deuxième chose sur laquelle je veux insister et être très claire : le Gouvernement ne croit pas qu'il faille aujourd'hui passer par des mesures de coercition. (« *Très bien !* » sur plusieurs bancs du groupe SRC.)

Le Président de la République l'a redit dans son discours de la semaine dernière devant la Mutualité française. Il faut donner toutes ses chances à l'incitation, qui n'a pas été développée de façon satisfaisante jusqu'à présent. L'incitation conçue en termes exclusivement financiers n'est pas suffisante. Ce doit aussi être une incitation dans la pratique, dans les modes d'organisation, dans les modes de rémunération, dans les modes de reconnaissance des praticiens, dans la capacité à mettre en place des transferts de compétences, par exemple entre les médecins et les professions dites paramédicales. C'est cet ensemble qu'il faut appeler incitation, pas simplement des mesures financières. Celles-ci sont utiles mais elles ne constituent qu'un élément dans l'ensemble d'une politique incitative.

Je veux y insister : nous ne sommes pas allés jusqu'au bout d'une logique incitative parce que l'incitation était jusqu'à présent comprise de façon exclusivement financière. Même s'il ne faut pas écarter les enjeux financiers – c'est d'ailleurs l'objet de la mesure que nous proposons –, l'incitation financière n'est pas le seul élément. Pour notre part, nous voulons la concentrer sur les jeunes médecins pour pouvoir leur éviter les frais administratifs et d'installation qu'induit une première activité. C'est le sens de la mesure que nous proposons, mais nous aurons l'occasion de revenir sur l'ensemble de ces éléments à l'occasion de l'examen des très intéressants amendements déposés.

Je tenais à insister sur ces points : une démarche résolue de lutte contre les déserts médicaux ; une démarche résolue qui ne se limite pas à la mesure qui fait l'objet de l'article 40, quoique celle-ci soit un élément important et significatif de l'ensemble de la politique que nous menons ; une démarche qui s'appuie de façon affirmée et assumée, sans aucune ambiguïté, sur l'incitation, avec l'idée que la coercition ne permettrait pas d'aboutir au résultat escompté, qu'elle provoquerait sans doute des effets de rejet contre-productifs. Un certain nombre de professionnels seraient effectivement amenés à éviter, de diverses manières, l'installation dans les secteurs qui ne correspondent pas à leurs souhaits.

Je souhaite que nous engagions une discussion approfondie sur cet article très important, et je tenais à vous indiquer le sens et l'état de la réflexion du Gouvernement.

M. Gérard Bapt. Très bien.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, vendredi 26 octobre à neuf heures trente :

Suite du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013.

La séance est levée.

(La séance est levée, le vendredi 26 octobre 2012, à zéro heure quarante-cinq.)

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

NICOLAS VÉRON



Prix du numéro : 3,50 €
(Fascicules compte rendu et amendements)