

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIV^e Législature

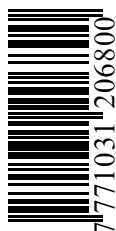
SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

Séances du vendredi 26 octobre 2012

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	4373
2 ^e séance	4403

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

37^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 26 octobre 2012

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. DENIS BAUPIN

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (n° 287) (suite)** (p. 4375)

QUATRIÈME PARTIE (suite) (p. 4375)

Assurance maladie (suite)

Article 40 (suite) (p. 4375)

Amendement n° 553.

M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour les recettes et l'équilibre.

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

Amendement n° 454.

Amendements identiques n°s 405 et 530.

Amendements n°s 455 rectifié avec les sous-amendements n°s 789 et 792, 400, 374, 375, 781 rectifié avec le sous-amendement n° 782.

Amendements identiques n°s 399 rectifié et 634 deuxième rectification.

Après l'article 40 (p. 4380)

Amendement n° 764.

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

Amendement n° 457.

Article 41 (p. 4381)

M. Jérôme Guedj, Mme Martine Pinville, M. Michel Liebgott, M. Gérard Bapt, M. Patrick Hertz, Mme la ministre, M. Denis Jacquat.

Amendements n°s 563, 565, 459, 567, 568, 49.

Amendement n° 68.

Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie.

Amendements n°s 569, 168, 461, 462, 571, 463, 583 rectifié.

Après l'article 41 (p. 4384)

Amendements identiques n°s 80 rectifié et 183 rectifié.

Amendements identiques n°s 79 et 312 rectifié.

Amendement n° 184.

Article 42 (p. 4384)

M. Jean-Pierre Door, Mme Jacqueline Fraysse, M. Gérard Sebaoun, M. Olivier Véran, M. Jean-Louis Roumegas, Mme la ministre de la santé.

Après l'article 42 (p. 4386)

Amendements n°s 748 avec le sous-amendement n° 783, 606 rectifié.

Article 43 (p. 4390)

Mme Véronique Massonneau, Mme Marie-Françoise Clergeau, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Jérôme Guedj, Mme Fanélie Carrey-Conte, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Bérengère Poletti, Mme Véronique Louwagie, Mme Martine Pinville, Mme la ministre de la santé.

Amendements n°s 134, 190.

Après l'article 43 (p. 4395)

Amendements n°s 763, 762, 765, 795, 103 rectifié, 610 rectifié, 586 rectifié, 666 rectifié, 785.

Article 44 (p. 4400)

Mme Fanélie Carrey-Conte, M. Jean-Louis Roumegas, Mme Jacqueline Fraysse.

Amendements identiques n°s 84 rectifié et 135.

Amendements n°s 383, 384, 385.

2. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 4401)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. DENIS BAUPIN,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

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

M. le président. 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).

QUATRIÈME PARTIE *(suite)*

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a commencé l'examen de la quatrième partie du projet de loi et des dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie, reprenant les articles précédemment réservés et s'arrêtant à l'amendement n^o 553 à l'article 40.

ASSURANCE MALADIE (SUITE)

Article 40 *(suite)*

M. le président. La parole est à M. Gwenegan Bui, pour soutenir l'amendement n^o 553.

M. Gwenegan Bui. La ministre a développé hier la philosophie du Gouvernement. Je suis en accord avec elle sur les pratiques collectives, les maisons de santé, les réseaux et les changements en cours, mais j'ai, avec onze de mes collègues qui ont cosigné cet amendement, un point de désaccord sur la voie à emprunter pour l'organisation des soins.

Pour répondre à une intervention de M. Hetzel, notre philosophie n'est pas la coercition mais la régulation, à l'instar de ce qui se pratique pour les pharmaciens ou les infirmiers libéraux, et je l'invite à se tourner vers les élus UMP de Bretagne, qui sont nombreux à partager cette manière de voir.

Vous nous avez dit hier soir, madame la ministre de la santé, que les mesures incitatives n'avaient pas encore été mises en place. Soit. Quoi qu'il en soit, les disparités ne cessent de s'accroître entre nos territoires, en raison notamment du vieillissement de la population et de la baisse mécanique de la densité médicale, ainsi que le souligne une étude de la DREES parue en 2009, qui met en regard l'augmentation de la population française et le *numerus*

clausus. Il ressort de cette étude qu'en 2030 le nombre de médecins sera de 292 pour 100 000 habitants, contre 327 en 2009, avec pour conséquence des délais d'attente plus longs.

Il y a donc urgence à agir, et c'est la raison pour laquelle cet amendement propose une modulation – relativement modeste si on la compare aux obligations auxquelles sont soumis les enseignants ou d'autres professions régulées – des conditions d'installation, avec une liberté dans le choix de la région mais l'obligation d'exercer pendant deux ans dans une zone sous-dense. Cette installation dans des zones sous-dotées se ferait sous le pilotage des ARS, et l'obligation ne concernerait pas uniquement les jeunes médecins, mais tous les primo-installants.

Notre intention n'est pas de pointer du doigt la profession médicale, mais de répondre au désordre par un code du « mieux-vivre ensemble ». Tout le monde doit apporter sa pierre à l'édifice de la cohésion sociale, *a fortiori* en temps de crise. C'est le sens de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour donner l'avis de la commission sur cet amendement.

M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a longuement débattu de cet amendement qu'elle n'a pas retenu.

M. Patrick Hetzel. C'est sage !

M. Christian Paul, rapporteur. Nous sommes pourtant conscients de la réalité de la désertification médicale, phénomène qui va d'ailleurs bien au-delà de ce que pointent certaines études trop indulgentes, ou trop naïves.

Selon une étude – très sérieuse, elle – parue en 2011, c'est 40 % du temps médical qui devrait disparaître dans les dix années à venir, à cause de la relève des générations qui ne se fait pas, de la mauvaise répartition sur le territoire et, plus globalement, de la désorganisation du système.

Il faut donc des réponses très fortes, et la commission pense, comme la ministre, que tout n'a pas été tenté en matière d'incitation. On ne peut pas parler d'inertie, mais les résultats n'ont pas suivi, sans doute parce que ce qui a été fait l'a été de manière trop tiède, voire velléitaire, et que les ARS naissantes ont insuffisamment joué leur rôle de relais.

Bref, c'est un chantier immense, auquel nous nous attaquons dans ce PLFSS, avec le travail en équipe et les praticiens territoriaux de médecine générale sur lesquels porte l'article dont nous débattons.

Nous allons d'ailleurs ouvrir ce dispositif des praticiens territoriaux à d'autres professionnels, grâce à un amendement d'Olivier Véran dont nous débattons dans quelques instants. De même, nous entendons explorer la piste de la médecine

salariée comme renfort possible dans les territoires déficitaires, ce qui ne remet absolument pas en cause l'exercice de la médecine libérale.

C'est parce que nous croyons nécessaire une politique rigoureuse et volontariste, qui ne se limite pas aux incitations mais se fonde sur une réorganisation du système, que la commission souhaiterait le retrait de cet amendement, sachant, monsieur Bui, que beaucoup de choses n'ont pas encore été essayées et qu'il est urgent d'agir.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Je suis très sensible à vos préoccupations, monsieur Bui. En effet, les déserts médicaux sont une réalité préoccupante et il y a, sur notre territoire, des inégalités qui ne sont pas acceptables.

On peut avoir le sentiment que l'on a fait preuve, face à cette situation, sinon d'indulgence ou d'indifférence, en tout cas d'une forme de résignation. Ce n'est pas l'attitude du Gouvernement, qui entend s'attaquer avec résolution aux déserts médicaux. La solution que vous proposez est-elle adaptée? Comme je l'ai déjà dit, je ne crois pas que ce qui s'apparenterait à de la coercition puisse produire les résultats escomptés.

Il faut donner aux mécanismes d'incitation la possibilité de se déployer, sachant, je le répète, qu'ils ne doivent pas se limiter à des avantages financiers mais être envisagés au sein d'une politique d'incitation globale, qui porte à la fois sur la qualité des conditions d'exercice et l'organisation des soins, les médecins étant appelés, pour une meilleure mobilisation, à travailler de façon coordonnée, entre eux ou avec d'autres professionnels de santé, en lien avec les établissements de santé du territoire. Les jeunes médecins, on le sait, ne souhaitent plus exercer dans les conditions dans lesquelles travaillaient les générations précédentes.

Nous devons donner sa chance à une politique qui montrera que les médecins ont conscience de ces problèmes d'inégalités entre les territoires. C'est la raison pour laquelle je vous demande, monsieur le député, de bien vouloir retirer votre amendement, sans quoi je serai contrainte de lui donner un avis défavorable.

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

M. Gérard Sebaoun. J'irai dans le sens du rapporteur et de la ministre. Gwenegon Bui a posé les termes d'un débat ancien, mais je crains que les solutions qu'il préconise aujourd'hui soient assimilées à de la coercition, ce qui serait contraire aux efforts faits dans ce PLFSS pour tenter d'organiser au mieux notre système de soins.

M. Patrick Hetzel. Eh oui!

M. Gérard Sebaoun. Beaucoup de jeunes médecins s'interrogent aujourd'hui avant de s'installer, et on sait combien la médecine libérale manque de praticiens, d'où la désertification médicale. Il n'empêche que les jeunes médecins, après dix ou douze années d'études, n'envisagent pas forcément de devoir s'installer quelque part. Le leur imposer brutalement serait contraire à leurs aspirations comme aux orientations prises par la ministre.

En revanche, il faut songer demain à réorganiser les études de médecine, en concertation avec les représentants des étudiants et de la profession. Il sera temps alors de débattre d'une telle mesure et de l'adopter, le cas échéant, si elle se révélait efficace. Pour l'heure, même si cet amendement mérite d'être étudié, je souhaite qu'il ne soit pas adopté.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Comment aborder le problème des déserts médicaux, qui sont désormais un sujet de préoccupation majeur pour nos concitoyens? En premier lieu, il faut préciser que nous manquons toujours d'indicateurs objectifs permettant une étude prospective des besoins de santé. Un médecin qui s'installe dans une campagne rurale et c'est tout le réseau qui s'en trouve renforcé, l'inverse étant également vrai.

S'il existe d'authentiques zones déficitaires en professionnels de santé – souvent rurales ou périurbaines, mais pas exclusivement – nous sommes encore dans l'incapacité d'en mesurer l'étendue réelle et l'impact. Ce n'est pas moi qui le dis mais la CNAM, la DREES, l'IRDES et toute une série d'études qui vont dans le même sens et montrent qu'il est désormais indispensable d'avancer avec rigueur et objectivité.

En second lieu, le désert médical est souvent une conséquence de la destruction méthodique du maillage territorial de l'offre publique de santé. Comment, en effet, imposer des normes d'accessibilité à une maternité quand, dans l'interval, les pouvoirs publics ont fermé les petites, puis les moyennes maternités des territoires les plus reculés? Il y a là une ambivalence que le Gouvernement aborde selon le bon angle.

M. Denis Jacquat. Ça n'a rien à voir!

M. Olivier Véran. La médecine ambulatoire tient un rôle majeur dans le dispositif d'offre de soins. C'est une chance, et nous devons donc la soutenir, valoriser son organisation, accompagner les professionnels qui souhaitent travailler en équipe et diversifier les modes d'exercice pour ceux qui en font la demande. Nous devons aussi permettre aux étudiants de se familiariser avec l'exercice de la médecine libérale au cours de leurs études.

Je suis également radicalement opposé à toute forme de contrainte, car les mesures coercitives ne fonctionnent pas. On n'opère pas quelqu'un qui a la grippe, et l'exemple de nombreux pays étrangers me conforte dans cette idée.

Plus généralement, j'appelle les pouvoirs publics à arrêter la politique du *stop and go*, privilégiée jusqu'ici, notamment dans la gestion du *numerus clausus*. Nous devons penser en termes qualitatifs et plus uniquement quantitatifs. C'est pourquoi je demande que l'on ne cède pas à la chimère de la coercition et incite également Gwenegon Bui à retirer son amendement.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Le rapporteur, la ministre et M. Sebaoun ont posé les vraies questions. S'ils souhaitent le retrait de cet amendement, c'est que ce n'est ni par l'obligation ni par la coercition que l'on réglera le problème, mais en discutant, notamment avec les jeunes médecins que l'on ne peut pas obliger à s'installer quelque part après de si longues études sans risquer la révolution. On a longuement insisté sur le fait que l'état d'esprit de ces jeunes médecins avait changé, et c'est avec eux qu'il appartient de discuter de la médecine de demain.

M. le président. Vous êtes plusieurs à vouloir vous exprimer mais il me semble que l'Assemblée est suffisamment éclairée...

Mme Marisol Touraine, ministre. D'autant que si l'amendement est retiré, le débat n'a plus lieu d'être...

M. le président. Je donne donc la parole à M. Gwenegan Bui.

M Gwenegan Bui. Je remercie le rapporteur pour les nombreux échanges que nous avons eus sur ce dossier depuis une dizaine de jours. Je comprends la volonté du Gouvernement d'inverser le phénomène de désertification médicale, sans pour autant partager l'ensemble des idées défendues par mes collègues.

Le sénateur Jean-Luc Fichet rédige actuellement un rapport sur les solutions à apporter aux déserts médicaux. Il contient des orientations larges et ouvertes, qui éclaireront la représentation nationale dans ses choix entre régulation, incitation ou combinaison des deux. Quoi qu'il en soit, la sagesse n'attendant pas le nombre des années, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 553 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 454.

M. Christian Paul, rapporteur. C'est un amendement de précision.

(L'amendement n° 454, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 405 et 530.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 405.

M. Christian Paul, rapporteur. Je laisse à Olivier Véran le soin de présenter son amendement identique, que la commission a adopté.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 530.

M. Olivier Véran. Je l'ai dit hier, j'accueille avec espoir et confiance l'arrivée de ce nouveau dispositif du praticien territorial de médecine générale qui vient compléter le panel de mesures incitatives déjà existantes à disposition des jeunes médecins de façon à encourager l'installation ou au moins l'exercice dans les zones au sein desquelles on a le plus besoin de médecins aujourd'hui.

Le praticien territorial de médecine générale correspond à une attente des jeunes et l'objectif est de signer 200 contrats le plus rapidement possible. Aussi, je propose d'étendre la possibilité de signature de ce contrat à l'ensemble des jeunes médecins qui ne sont pas déjà installés en cabinet, c'est-à-dire à tous les médecins remplaçants – il y en a près de 10 000 sur le territoire. Je trouvais dommage de limiter le dispositif aux seuls médecins inscrits depuis moins d'un an au tableau. Car, vous le savez, un certain nombre de médecins, notamment généralistes, qui font des remplacements depuis deux, trois, cinq ou six ans et sont sur le point de s'installer dans un territoire sous-doté, n'attendent qu'un coup de pouce pour se lancer.

Le projet est tellement intéressant qu'il faudrait pouvoir le proposer à l'ensemble des médecins remplaçants.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

Il me semble utile de pouvoir faire participer l'ensemble des médecins à cette nouvelle organisation et à cette mission, y compris des médecins non libéraux, même s'ils doivent exercer dans le cadre d'un exercice principalement libéral.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. J'apporte une précision importante pour les discussions à venir : tous les médecins remplaçants ne veulent pas s'installer de façon définitive. Une nouvelle profession s'est créée, celle de médecin remplaçant, et ces médecins ont choisi de vivre ainsi.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 455 rectifié, qui fait l'objet de deux sous-amendements, n° 789 et 792.

M. Christian Paul, rapporteur. L'amendement n° 455 rectifié vise à étendre le dispositif des praticiens territoriaux de médecine générale aux assistants hospitaliers ayant accompli moins de deux ans de service effectif au sein d'un établissement de santé. Cela participe, comme l'amendement précédent, de notre volonté d'accueillir dans ce statut de praticien territorial proposé par le Gouvernement le plus grand nombre possible de jeunes médecins dans la diversité de leur trajectoire professionnelle.

M. le président. La parole est à Mme la ministre pour présenter les deux sous-amendements, n° 789 et 792, et donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 455 rectifié.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est favorable à l'amendement de la commission, sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements.

Le sous-amendement n° 789 est rédactionnel et son objectif est de tenir compte des termes utilisés dans la pratique : il propose de substituer aux mots « des hôpitaux exerçant à mi-temps » les mots « spécialiste à temps partiel ».

Le sous-amendement n° 792 est également rédactionnel.

(Les sous-amendements n° 789 et 792, acceptés par la commission, sont successivement adoptés.)

(L'amendement n° 455 rectifié, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 400.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement vise à intégrer la prévention mais surtout l'éducation à la santé dans les missions des nouveaux praticiens territoriaux de médecine générale.

(L'amendement n° 400, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Les amendements n° 374 et 375 de M. Paul sont rédactionnels.

(Les amendements n° 374 et 375, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 781 rectifié, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 782.

M. Christian Paul, rapporteur. Nous avons débattu en commission de cet amendement qui prolonge l'effort mené pour lutter contre les déserts médicaux, en permettant, dans des conditions facilitées, à des médecins salariés d'intervenir dans des zones déficitaires.

De quelle façon et sous quel statut ? Ces médecins peuvent être recrutés ou intervenir dans des hôpitaux, notamment des hôpitaux de proximité, qui sont souvent le dernier point fort dans ces territoires en voie de désertification médicale. Ils peuvent être salariés de centres de santé, d'établissements privés, ou encore de mutuelles qui souhaiteraient – c'est le cas dans certains départements ruraux – apporter également leur concours à la résorption des déserts médicaux.

Dans notre esprit, la médecine salariée ne vient pas se substituer à l'exercice dont la forme la plus répandue aujourd'hui est l'exercice libéral. C'est une organisation que nous souhaitons encourager et qui permettra d'intervenir en renfort. On peut imaginer en effet qu'à partir d'un hôpital de proximité, un, deux ou trois médecins généralistes interviennent en partie à l'hôpital et en partie dans des maisons de santé pluridisciplinaires où ils pourraient être détachés pour une part de leur emploi du temps hebdomadaire.

Je le rappelle, cela a d'ailleurs été dit hier par notre collègue Jacquat, qu'une partie de la génération de jeunes médecins formés aujourd'hui demande un exercice salarié qui correspond davantage à leurs aspirations et à la façon dont ils souhaitent pratiquer leur profession.

Voilà pourquoi cet amendement vient compléter, à l'article 40, la création des praticiens territoriaux de médecine générale.

Madame la ministre, si ce souhait du Parlement est fortement relayé par les ARS dans les régions, ce sera aussi, parmi d'autres façons de procéder, l'une des bonnes réponses aux déserts médicaux.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter le sous-amendement n° 782 et donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 781 rectifié.

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est un amendement très intéressant et très utile qui permet de compléter le dispositif auquel le Gouvernement a réfléchi. Il s'agit de permettre à des médecins qui, habituellement, travaillent dans des structures salariées – qu'il s'agisse d'hôpitaux ou d'autres types de structures – de venir renforcer des équipes de médecins libéraux.

Le sous-amendement du Gouvernement vise à préciser un certain nombre d'éléments et à garantir le cadre juridique dans lequel interviendrait cette relation.

Il s'agit, dans le cadre de la convention signée entre les agences régionales de santé et les organismes employeurs, c'est-à-dire entre la structure publique et les structures privées, de préciser que l'ARS n'est en aucun cas la structure qui va employer le médecin public puisque celui-ci va exercer dans un cadre privé. Il faudra également préciser les modalités de rémunération de ces professionnels. Il ne s'agit évidemment pas de permettre que le médecin salarié soit rémunéré deux fois, une fois par la structure publique et une fois au titre des activités privées qu'il mènerait. Un décret sera pris pour déterminer les modalités de rémunération et indiquer notamment que, dans ce cadre, c'est la structure hospitalière qui sera

rémunérée. Ce texte prévoira également la possibilité d'une indemnité pour les sujétions que pourraient avoir à supporter les médecins – je pense, par exemple, aux transports.

Le Gouvernement émet un avis favorable à l'amendement n° 781 rectifié, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 782.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement du Gouvernement ?

M. Christian Paul, rapporteur. Favorable.

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

M. Dominique Tian. L'amendement n° 781 rectifié prévoit que les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat avec un établissement privé d'intérêt collectif. Je suppose qu'il s'agit des ESPIG – les établissements sanitaires privés d'intérêt général.

M. Christian Paul, rapporteur. Oui.

M. Dominique Tian. Cela veut dire que le texte exclurait *a priori* les établissements privés, même si ceux-ci participent au service public.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Notre amendement décrit quatre cas de figure.

S'agissant des établissements privés, ils ont des contrats avec les médecins qu'ils emploient, qui pourraient, dans les mêmes conditions, être détachés dans des structures type maisons de santé, où ils pratiqueraient un exercice...

M. Dominique Tian. Ce n'est pas très clair...

M. Christian Paul, rapporteur. Votre question n'est pas très claire non plus, monsieur Tian. Peut-être pourriez-vous la reformuler ?

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

M. Dominique Tian. Le texte est assez précis puisqu'il indique que le contrat peut être conclu avec un établissement privé d'intérêt collectif. Il me semble que ce sont plutôt les ESPIG qui sont visés. Une clinique privée, même seule sur le territoire, serait-elle exclue de facto ?

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

M. Christian Paul, rapporteur. Un médecin qui exercerait à titre libéral dans le cadre d'une clinique peut tout à fait exercer à l'intérieur d'une maison de santé sous le même statut.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends la question de M. Tian et je lui répondrai simplement que, par définition, une clinique privée, puisqu'elle emploie des médecins privés, n'est pas directement concernée. L'objet de l'amendement est de prévoir que des médecins qui travaillent sous un contrat public puissent être associés à l'exercice d'une médecine libérale. Par définition, les médecins privés peuvent déjà s'associer à une médecine libérale. Les médecins libéraux peuvent s'associer, cela ne pose aucun problème. D'ailleurs, ce seront eux les plus nombreux.

L'objectif est que, en plus des médecins libéraux, puissent être associés à ce travail des médecins qui, parce qu'ils sont sous statut public salarié, ne sauraient pas comment s'insérer dans un dispositif libéral pendant quelques heures ou quelques jours par semaine.

M. le président. Après ces clarifications, nous allons passer au vote.

(Le sous-amendement n° 782 est adopté.)

(L'amendement n° 781 rectifié, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 399 rectifié et 634, deuxième rectification.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 399 rectifié.

M. Christian Paul, rapporteur. L'amendement de nos collègues Richard et Vercamer a été débattu, puis adopté par la commission afin de poursuivre un débat que nous avons largement eu ce matin et sur lequel je ne serai pas très bavard.

La question d'un zonage de qualité au plus près des besoins des patients pour la régulation de l'offre de soins est essentielle. D'ailleurs, la ministre en a donné hier, par anticipation, les critères. Elle le refera certainement ce matin.

Nous avons fait le constat que les zonages précédents étaient totalement inopérants. J'ajoute qu'il y a dix ans d'expérience sur ce sujet.

Nous avons donc donné un avis favorable à cet amendement pour insister particulièrement sur l'importance d'un nouveau zonage des territoires déficitaires.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 634, deuxième rectification.

M. Arnaud Richard. Je ne vais pas m'étendre sur tout ce qui a été dit depuis ce matin sur la coercition ou l'incitation.

Le dispositif de l'article 40 est intéressant. Cela étant, les dispositifs de la précédente législature, qui étaient aussi volontaristes, n'ont pas tous eu le succès attendu. Je pense qu'il faut rester extrêmement modeste et humble face à ce type d'incitation qui n'est qu'une expérimentation.

L'idée est que l'ARS, dans sa grande sagesse, soit toujours à l'écoute des parties prenantes, mais je pense que cela va mieux en le disant et en la contraignant, tous les ans, à être très à l'écoute de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé pour mettre en place le dispositif d'arrivée de jeunes médecins ou de médecins en général, que ce soit dans des maisons de santé ou dans des centres de santé.

Ce dispositif permettra certainement à l'ARS de co-construire avec l'ensemble des professionnels de santé la mise en place de ce praticien territorial de médecine générale.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je souhaite le retrait de ces amendements, faute de quoi, l'avis du Gouvernement sera malheureusement défavorable.

Au fond, l'un des défis auxquels nous sommes aujourd'hui confrontés, c'est de faire entrer les agences régionales de santé dans le temps d'élaboration des projets et de ne pas multiplier les tâches de type administratif ou bureaucratique auxquelles elles ont consacré l'essentiel de leur temps jusqu'à maintenant.

En revanche, vous avez parfaitement raison, il doit y avoir des critères bien identifiés pour la définition des zones dans lesquelles ces praticiens pourraient intervenir. Je l'ai indiqué rapidement hier, mais je reprends les critères à partir desquels les agences régionales vont travailler.

Ces critères sont, pour un territoire donné, le temps d'accès aux professionnels de santé, le temps médical disponible, la densité de la population ainsi que des professionnels de santé et les besoins spécifiques de la population. Ainsi, un territoire où la part de population âgée est plus importante que la moyenne ne peut être traité de la même façon qu'un territoire où la population est plus active ou plus jeune.

Les critères vont donc être définis. Il ne s'agit pas de dire que les agences régionales ne doivent pas produire des éléments de zonage, mais simplement de ne pas leur demander de produire cela sous une forme définie, cartographiée et identifiée, ce qui serait, me semble-t-il, faire preuve d'un formalisme sans doute excessif. Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement qui recevrait à défaut un avis défavorable de ma part.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit en effet d'un sujet extrêmement complexe. D'ailleurs, les ministres précédents, les ARH en leur temps, les URCAM et d'autres intervenants se sont cassé le nez sur la mise en place de ces zonages pour lesquels je crois, comme madame la ministre, en la nécessité d'un pilotage aussi fin que strict. Je pense que la déclaration que vient de faire à l'instant Mme Touraine à propos des critères donne des objectifs plus précis que ne le fait l'amendement de notre commission. Je vous propose donc de le retirer.

M. Arnaud Richard. Beau salto arrière du rapporteur, qui fait preuve de beaucoup de souplesse !

M. Denis Jacquat. Ce n'est pas facile !

M. Patrick Hetzel. C'est même un exploit ! *(Rires)*

(L'amendement n° 399 rectifié est retiré.)

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

M. Arnaud Richard. Pour ma part, je ne vais pas retirer mon amendement identique, pour la raison que je n'entends pas l'argument consistant à dire qu'il ne faut pas demander aux ARS d'aller au contact des parties prenantes. Aller à l'écoute de l'ensemble des acteurs et des professionnels de santé sur le terrain pour bâtir ensemble une cartographie, cela ne me semble pas constituer une contrainte administrative et bureaucratique.

M. Patrick Hetzel. Très juste !

M. Arnaud Richard. Je pense au contraire que cela constitue une chance pour les ARS, qui ne sont pas encore pleinement à l'écoute des parties prenantes, en tout cas en Île-de-France. S'ils ne vont pas tous les ans voir l'ensemble des acteurs de la santé pour mettre en place une cartographie, alors je ne sais

pas quel est leur rôle. Je comprends que c'est beaucoup leur demander aujourd'hui, mais refuser cet amendement, c'est les priver d'une chance.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends que vous mainteniez votre amendement et voudrais simplement vous apporter une précision. J'ai moi-même donné à tous les directeurs généraux d'agence régionale de santé instruction écrite et orale de rencontrer élus et professionnels de santé. On ne construit pas de projet santé sans les élus locaux, vis-à-vis desquels la défiance n'est nullement de mise, leur ai-je dit. Je leur ai demandé au contraire d'aller à leur contact.

M. Patrick Hetzel. Bravo! On compte sur vous!

M. Denis Jacquat. Parfait!

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement ne consiste donc pas à dire que les agences régionales de santé doivent faire leur petite cuisine dans leur petit coin sur leur petit réchaud dans le confort de leurs bureaux, mais simplement que leurs contacts avec les élus ne doivent pas nécessairement les amener à produire leurs propositions sous forme de carte. Mais l'exigence de contact avec les territoires, leurs élus et leurs acteurs, demeure incontournable et je regrette que cela n'ait pas suffisamment été fait depuis la création des agences régionales de santé. C'est un changement de culture et d'habitudes à adopter. C'est le sens des instructions que je leur ai données à plusieurs reprises.

M. Patrick Hetzel. Très bien!

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Madame la ministre, je suis entièrement d'accord avec vous. Je viens à l'instant d'être appelé au téléphone par le président du conseil général de Moselle, auquel le directeur général de l'ARS de Lorraine a écrit au sujet d'un établissement public dont je suis président.

M. Francis Vercamer. C'est un peu téléphoné! (*Sourires.*)

M. Denis Jacquat. Je n'étais au courant de rien, bien qu'étant élu local et national. Je tombais totalement des nues! Je suis donc à 100 % avec vous, madame la ministre, du moins sur ce point... (*Sourires.*)

M. Gérard Bapt. C'est un début!

Mme Marisol Touraine, ministre. On s'en contentera!

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

M. Arnaud Richard. Madame la ministre, nous sommes tout à fait d'accord avec ce que vous dites. Simplement, rien ne dit que vous serez ministre de la santé jusqu'à la fin des temps, même si je vous le souhaite. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. C'est inélégant!

M. Arnaud Richard. Ce n'est pas inélégant, je dis simplement que vos paroles nous touchent beaucoup, mais qu'elles restent des paroles adressées aux directeurs généraux d'ARS. Il serait préférable que tout cela soit inscrit, soit dans une circulaire que vous leur adresseriez, soit comme cela vous est proposé là dans la loi.

(*L'amendement n° 634, deuxième rectification, n'est pas adopté.*)

(*L'article 40, amendé, est adopté.*)

Après l'article 40

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 764.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement a pour objet d'étendre le contrat d'engagement de service public aujourd'hui proposé aux étudiants et internes en médecine aux futurs dentistes.

M. Patrick Hetzel. Aux étudiants en odontologie!

Mme Marisol Touraine, ministre. Il y avait 300 contrats d'engagement de service public, leur nombre est passé cette année à 430. Ce dispositif, d'ailleurs adopté en son temps par l'ensemble du Parlement, ne donne pas des résultats spectaculaires puisque le nombre de personnes concernées reste relativement faible. Il reste néanmoins intéressant puisqu'il permet à des étudiants dont le niveau de revenu n'est pas très important d'être soutenus et accompagnés pendant leurs études en échange d'un engagement à s'installer dans un secteur sous doté. Dans la mesure où nous souhaitons favoriser la coopération des professionnels entre eux et le travail en équipe, il nous paraît utile de ne pas limiter ce type d'engagement aux médecins et de l'ouvrir à d'autres professionnels de santé, en particulier les dentistes qui font l'objet de cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Je souhaite attirer l'attention sur la situation des étudiants en chirurgie dentaire, dont les frais de matériel sont importants puisqu'ils sont obligés de s'équiper dans certaines facultés. C'est un sujet sur lequel il faudra se pencher.

Avis favorable.

(*L'amendement n° 764 est adopté.*)

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission a adopté au cours du débat deux amendements, dont l'amendement n° 457 qui concerne la profession des podologues et plus précisément la possibilité, dans des conditions très encadrées, de renouveler des prescriptions datant de moins de trois ans, sur le même principe que celui qui s'applique aux opticiens. Cela permettrait de faire l'économie de consultations uniquement destinées à renouveler des ordonnances. C'est une pratique qui nous paraît de nature, pour cette profession comme pour d'autres, à assurer un meilleur partage des tâches entre les professionnels. Le PLFSS pour 2008 avait donné une orientation mais il semble que cette disposition soit aujourd'hui devenue inopérante et qu'une intervention législative ou réglementaire soit possible.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends bien la préoccupation exprimée par le rapporteur. Néanmoins, la suppression du décret reviendrait à supprimer toute une série de dispositions qui sont utiles pour l'application ou la

mise en œuvre de la loi. Je comprends la préoccupation qui a été exprimée. Le Gouvernement s'engagerait à revoir le décret si cet amendement était retiré. Sinon je donnerai un avis défavorable compte tenu de l'impact qu'aurait la suppression du décret.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Sans faire de salto arrière, ce dont je suis hélas incapable, je réponds positivement à la demande de Mme la ministre. (*Rires*)

M. Patrick Hetzel. Ça s'est pourtant déjà vu !

M. Denis Jacquat. C'est un lumbago ! Question d'âge !
(*L'amendement n° 457 est retiré.*)

Article 41

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 41.

La parole est à M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj. Cet article 41 porte une forme de rupture dans la continuité.

La continuité réside dans le fait qu'il prolonge l'expérimentation introduite par l'article 70 du PLFSS pour l'année 2012 sous l'acronyme PPARPA – il ne s'agit pas de la grande formation politique à laquelle j'appartiens, mais du Parcours de soin pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Encore un acronyme un peu compliqué dans le champ de la sécurité sociale, mais derrière lequel il y a, et c'est absolument essentiel, un des outils pour la future réforme relative à la perte d'autonomie, dont on a beaucoup parlé ces deux derniers jours. Je sais à quel point et Marisol Touraine et Michelle Delaunay y sont attachées.

Dans la continuité de l'excellent rapport du Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie, il a été clairement identifié que certains soins aux personnes âgées en perte d'autonomie sont évitables. Il y a naturellement un enjeu financier, qui se monte à environ deux milliards d'euros. Il y a surtout un risque de perte d'occasion, de dégradation de la situation sanitaire et sociale des personnes âgées et de basculement dans la perte d'autonomie. C'est donc un dispositif qu'il nous faut déployer.

La rupture réside dans le fait que nous changeons de braquet. Il ne s'agissait l'année dernière que d'une expérimentation disposant de crédits d'environ un million d'euros. Comme le précise l'étude d'impact, nous passons à 45 millions d'euros dégagés pour ces expérimentations, dont la vocation est de permettre en amont et en aval de l'hospitalisation d'articuler le suivi de ces personnes âgées en risque de perte d'autonomie tout au long de leur parcours de santé.

À l'occasion de ce déploiement du PPARPA, on fait évoluer l'organisation du système de soins. Voilà encore une expérimentation à l'occasion de laquelle on pourra et on devra déroger au paiement à l'acte, n'en déplaise aux défenseurs acharnés de ce mode traditionnel de rémunération des médecins. Dans le cadre d'une filière ou d'un parcours de santé, il faut déroger au paiement à l'acte et à certains modes de tarification dans les établissements de santé ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Il s'agit d'un dispositif sur lequel nous comptons beaucoup et dont j'espère que nous pourrions, au moment de l'examen à venir de la loi sur la perte d'autonomie et sur l'accompagnement de nos aînés, tirer toutes les conséquences afin de pouvoir le déployer davantage sur le territoire national.

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

Mme Martine Pinville. Quel constat faisons-nous à propos de notre population de personnes âgées dont le nombre ne cesse de croître ? Celui d'un accès aux soins et aux urgences parfois difficile et de durées d'hospitalisation parfois extrêmement longues, sans que cela soit toujours justifié. Forts de ce constat, il nous faut travailler à une expérimentation d'un parcours de soin et surtout à une coordination de ce parcours. En effet, un certain nombre de services, hospitaliers et de ville, travaillent sans doute trop indépendamment les uns des autres. Nous allons donc expérimenter ce parcours de soin pour les personnes âgées, fragiles et exposées au risque de la perte d'autonomie, en créant des coordinations. Cela nous permettra d'échanger des informations. C'est sans doute là que réside l'intérêt de cet article et de ce qu'il propose.

M. le président. La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. Je constate qu'une fois de plus c'est la gauche qui est à la manœuvre pour développer des initiatives expérimentales. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Bérengère Poletti. Vous prenez la suite de ce que nous avons fait l'année dernière !

M. Michel Liebgott. C'était déjà le cas en 1981, lorsque fut créé un secrétariat d'État aux personnes âgées qui a permis le développement des services de soins infirmiers à domicile, des instances de coordination gérontologiques ainsi que la prise en charge de personnes âgées qui à l'époque étaient souvent orientées vers les hôpitaux, y compris psychiatriques car nous n'avions malheureusement pas d'autre solution. Ce fut un succès. Aujourd'hui, nous pouvons dresser un premier constat de la réussite de ces interventions à domicile dans un cadre salarié et pas seulement libéral.

Il me paraît particulièrement opportun que l'on veuille aujourd'hui aller plus loin puisque, les uns et les autres l'ont dit, le nombre de personnes âgées augmente. Il faut en conséquence parfaire ce qui a été accompli et trouver des solutions nouvelles.

À titre d'expérimentation, je suggère que nous nous inspirions de ce qui existe déjà pour le régime minier fondé sur l'existence de médecins référents, du parcours de soins et du lien entre le sanitaire et le social. Ces solutions avaient été retenues parce que les personnes concernées étaient touchées par des pathologies chroniques particulièrement lourdes ; nous pouvons les appliquer au-delà de ce régime.

Il faut que nous puissions aller plus loin que ce qui a été fait, et expérimenter de nouvelles formules. Il sera évidemment nécessaire de coordonner tous les financeurs.

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

M. Gérard Bapt. Il est exact qu'en votant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'ancienne majorité avait pris l'initiative positive de lancer des expérimentations en matière de prévention de l'hospitalisation des personnes âgées.

Le mérite des dispositions qui nous sont présentées aujourd'hui, c'est d'étendre ces expérimentations à l'ensemble de la prévention qui conditionne le passage à la dépendance.

M. Denis Jacquat. Dites « perte d'autonomie » ; c'est mieux !

M. Gérard Bapt, rapporteur. En effet la dépendance comprend aussi la prise en charge à domicile qui fait intervenir la médecine de ville.

Monsieur Jacquat, je vous renvoie à l'exemple du Gérontopôle de Toulouse, que Mme Michelle Delaunay a récemment visité. Cette expérimentation très intéressante vise à lister de manière systématique, grâce aux médecins de ville, les personnes susceptibles de subir rapidement une perte d'autonomie. Ces personnes « fragiles » sont identifiées sur la base de cinq critères. Les informations sont alors partagées de manière à pouvoir prendre des dispositions prévenant l'apparition de la perte d'autonomie et des risques encourus.

L'expérimentation qui nous est proposée par le Gouvernement visant à élargir la question de la prise en charge de la personne âgée à la prévention des conditions de survenue de la dépendance est particulièrement positive. Elle enrichit le dispositif précédent.

M. le président. La parole est à M. Patrick Hetzel.

M. Patrick Hetzel. À l'occasion de l'article 41 qui vise à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, j'insiste sur la nécessité que tout se passe dans la concertation avec les syndicats, tous les professionnels et, bien évidemment, les élus des territoires concernés.

Ce dernier point est essentiel. C'est une question de méthode. Dans nos administrations centrales, il y a parfois des tendances à considérer qu'il n'existe qu'une manière de faire. Il faut au contraire tenir compte des facteurs de contingence qui peuvent être liés aux différents territoires. Ce qui est vrai en Bretagne ne l'est peut-être pas en Alsace.

Les expérimentations prévues doivent être menées dans un esprit de concertation et de dialogue.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux préciser le cadre dans lequel s'inscrit cet article, et la portée que le Gouvernement entend lui donner.

Certains députés de l'opposition ont exprimé l'idée que nous ne ferions, au fond, que reprendre ce que la droite avait déjà fait voter l'année dernière.

Mme Bérengère Poletti. Vous êtes dans la continuité !

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce n'est pas exact, même si des expérimentations ont été menées très ponctuellement. Je crois d'ailleurs qu'on peut dire que les mesures en question avaient été introduites afin de faire passer le fait que la majorité de l'époque avait renoncé à présenter une réforme ambitieuse de la prise en charge de la perte d'autonomie.

En réponse aux propos de M. Jérôme Gedj et de M. Michel Liebgott, je souligne que l'un des objectifs de l'article 41 est bien de permettre une prise en charge de santé qui prévienne la perte d'autonomie et favorise son accompagnement. En ce sens, il doit permettre un recul dans le temps de l'apparition de la dépendance. Toutefois, sur le fond, cet article n'est pas consacré à la perte d'autonomie mais à la mise en place de parcours de santé particulièrement destinés aux personnes

âgées. Elles sont en effet le révélateur d'enjeux de santé que nous seront amenés de plus en plus fréquemment à prendre en charge.

L'expérimentation prévue est beaucoup plus fondamentale que ce qui a été fait jusqu'à maintenant. Nous proposons de pouvoir déroger à l'ensemble des règles applicables en termes tant de prise en charge des patients que de mécanismes de remboursements et d'organisation professionnelle. Il s'agit de mettre en application les préconisations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie selon lesquelles une meilleure prise en charge des personnes âgées à domicile aurait des répercussions financières positives en particulier en matière d'« hospitalisations inappropriées », selon les propres termes du Haut conseil.

L'enjeu est essentiel. Nous commençons par les personnes âgées avec la volonté d'élargir ces expérimentations et de les généraliser à la prise en charge des maladies chroniques.

L'article 41 s'inscrit donc dans une conception nouvelle de notre système de santé. Il ne s'agit pas d'en faire un dispositif exclusivement adapté aux personnes âgées ni un élément de la réforme de la prise en charge de l'autonomie – même si cela aura évidemment un impact en la matière.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. On nous parle alternativement de dépendance et de perte d'autonomie. Mme la ministre peut-elle nous dire de quel sujet elle souhaite traiter ? Je répète que la dépendance est plus restrictive que la perte d'autonomie. Je ne désespère pas d'obtenir, à force d'insister, une loi sur la perte d'autonomie après avoir obtenu une loi sur la santé publique.

Par ailleurs, il me semble que mon excellent collègue Michel Liebgott a été frappé d'une petite éclipse cérébrale lorsqu'il expliquait que la politique en faveur des personnes âgées date seulement de l'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981. Il me semble qu'à l'époque où M. Valéry Giscard d'Estaing était Président de la République, Mlle Marie-Madeleine Dienesch avait au gouvernement la responsabilité des personnes âgées.

M. Jérôme Guedj. Elle n'était que secrétaire d'État...

M. Denis Jacquat. Je ne doute pas, cher collègue, que vous connaissiez parfaitement l'histoire...

Quoi qu'il en soit, elle a été la première à mettre en place des programmes spécifiques, les PAP. La gauche a peut-être agi, mais la droite a, elle aussi, été excellente.

M. Jérôme Guedj. L'allocation personnalisée d'autonomie, c'est la gauche !

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements rédactionnels, n^{os} 563, 565, 459, 567 et 568, présentés par M. Christian Paul.

(Les amendements n^{os} 563, 565, 459, 567 et 568, acceptés le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n^o 49.

M. Denis Jacquat. Il est défendu.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie.

Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie. Avis défavorable.

(L'amendement n° 49, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 68.

Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée. Les expérimentations mises en place par l'article 41 sont la clé de la soutenabilité de notre système de santé, nous en sommes d'accord sur tous les bancs. Elles incluent les services qui se trouvent au cœur de la politique de santé en direction des personnes âgées, les SAD, les services à domiciles, et les SIAD, les services de soins infirmiers à domicile.

L'amendement vise à ouvrir l'expérimentation aux SPASAD, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Il complète et renforce un amendement déposé en commission des affaires sociales. Cette évolution nous apportera de nombreux renseignements utiles sur le mode de financement et la gestion de ces services, qui deviennent ainsi dérogoires. Nous en attendons des retombées à la fois en termes d'économies et d'efficience.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis favorable.

Les services de soins à domicile sont des maillons très importants de la chaîne de prise en charge des patients. Nous avons déposé avec ma collègue Martine Pinville, rapporteure de la commission des affaires sociales pour le secteur socio-médical, un amendement en ce sens. Je remercie le Gouvernement de s'être saisi du sujet et d'avoir renforcé les mesures que nous proposons.

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

Mme Martine Pinville. Il est extrêmement important que les services d'aide à domicile et de soins infirmiers soient associés aux expérimentations prévues en termes de parcours de santé. Ils en font partie.

Mme la ministre nous a parlé du parcours de soin et de santé. Quand nous travaillerons sur la loi prévue pour 2013, il faudra que nous traitions du parcours de vie de la personne âgée, c'est un sujet majeur.

(L'amendement n° 68 est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 569 de M. Paul est rédactionnel.

(L'amendement n° 569, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 168.

Mme Bérengère Poletti. Le décloisonnement des parcours de soin et d'accompagnement des personnes âgées n'est pas une nouveauté. Nous pouvons nous féliciter que le Gouvernement poursuive et amplifie ce qui a été dessiné, notamment lors de l'examen du PLFSS pour 2012.

L'amendement n° 168 vise à insérer dans le texte de l'article 41 les politiques médico-sociales pour être certain qu'elles bénéficieront des décloisonnements prévus. L'amendement n° 731, que nous examinerons dans quelques instants, y insère les mots « conseil général ».

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 168 ?

M. Christian Paul, rapporteur. Favorable.

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

Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée. Défavorable.

Nous ne sommes pas contre votre proposition, mais il se trouve qu'elle est déjà satisfaite. La formulation proposée par l'article prend déjà en compte le « médico-social ».

(L'amendement n° 168 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 461.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement vise à déplacer des dispositions au sein de l'article. Il en est de même de l'amendement n° 462, qui suit.

(Les amendements n° 461 et 462, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, pour soutenir l'amendement n° 571.

M. Christian Paul, rapporteur. Amendement de précision.

(L'amendement n° 571, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, pour soutenir l'amendement n° 463.

M. Christian Paul, rapporteur. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 463, accepté par le Gouvernement, est adopté et l'amendement n° 731 tombe.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, pour soutenir l'amendement n° 583 rectifié.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement a pour objet de faciliter, dans des conditions garantissant la sécurité et la confidentialité, l'accès aux données de l'assurance maladie des équipes, en particulier des médecins, des agences régionales de santé, en leur conférant les mêmes droits qu'aux praticiens-conseils de l'assurance maladie. Cette disposition est en effet apparue, au vu du fonctionnement des agences régionales de santé, comme indispensable à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation prévue à l'article 41.

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

Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée. Avis favorable. La CNIL devra bien entendu être consultée. Le parallélisme entre l'assurance maladie et les ARS est tout à fait bienvenu.

(L'amendement n° 583 rectifié est adopté.)

(L'article 41, amendé, est adopté.)

Après l'article 41

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 80 rectifié et 183 rectifié.

La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n^o 80 rectifié.

M. Denis Jacquat. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 183 rectifié.

Mme Bérengère Poletti. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a défini un certain nombre de référentiels en matière de soins de kinésithérapie pour des pathologies ostéo-articulaires. Il s'agissait de réaliser des économies substantielles, en mettant fin à certaines dérives, notamment des sur-prescriptions. Hélas, ces référentiels ne s'appliquent qu'en ambulatoire. Or, il est utile de les appliquer également aux centres de rééducation fonctionnelle et aux centres de soins de suite et de rééducation.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. Madame Poletti, nous avons longuement débattu de ce point en commission. Vous proposez de mettre en place un dispositif de mise sous accord préalable pour ces actes réalisés dans les services de soins de suite et de rééducation. Or, il nous est apparu que le concept d'actes en série n'était pas aisément transposable du secteur ambulatoire, où il existe déjà – vous avez cité les référentiels de l'HAS –, au secteur hospitalier, où sont facturés, non pas des actes ou des séances de rééducation, mais des séjours.

Mme Bérengère Poletti. Pas seulement !

M. Christian Paul, rapporteur. En tout cas, le nombre de séances de rééducation n'est pas forcément défini *a priori*. Il existe, en outre, pour ces établissements, d'autres référentiels que ceux que vous avez évoqués et qui sont également utiles. Encore une fois, la transposition automatique du dispositif d'un monde à l'autre ne nous paraît pas pertinente.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, pour les mêmes raisons que celles évoquées par le rapporteur.

(Les amendements identiques n^{os} 80 rectifié et 183 rectifié ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 79 et 312 rectifié.

La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n^o 79.

M. Denis Jacquat. La demande d'admission en centres de rééducation fonctionnelle – CRF – ou en centres de soins de suite et de rééducation – SSR –, tant publics que privés, est effectuée directement par le service hospitalier dans lequel un patient est hospitalisé. Cette demande est adressée exclusivement aux médecins de médecine physique et de réadaptation de l'établissement sans aucun contrôle préalable. En conséquence, les praticiens ont l'habitude d'orienter les patients directement en CRF ou en SSR plutôt qu'en soins de ville sans que l'assurance maladie en soit informée en amont. Aussi

cet amendement vise-t-il à étendre la procédure d'accord préalable mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 312 rectifié.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. En effet, il est actuellement possible de mettre sous accord préalable les établissements où des anomalies sont constatées. Cela paraît suffisant ; il ne nous semble pas utile d'étendre cette procédure à l'ensemble des admissions en SSR.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n^{os} 79 et 312 rectifié ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles exposées par le rapporteur.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Nous n'avons pas déposé ces amendements pour le plaisir : ils sont le fruit de nos discussions avec les associations, les organismes et les hôpitaux concernés. Je ne voudrais donc pas qu'ils soient rejetés parce qu'ils émanent de l'opposition. Je suis même prêt à donner à la majorité certains d'entre eux, en supprimant le nom de tous les signataires, si cela peut permettre qu'ils soient adoptés...

(Les amendements identiques n^{os} 79 et 312 rectifié ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 184.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement est la suite logique du précédent. Manifestement, monsieur le rapporteur, madame la ministre, votre sentiment n'est pas le même que le nôtre, qui est également celui des professionnels que nous avons rencontrés sur le terrain. Il me semblerait donc utile qu'un rapport permette d'approfondir la réflexion sur ses prescriptions, qu'elles se fassent en libéral ou dans les SSR ou les CRF.

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

M. Christian Paul, rapporteur. L'amendement n'a pas été examiné par la commission et, à titre personnel, je n'y suis pas favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. La multiplication des rapports qui n'ont pas de lien direct avec le PLFSS n'est pas une bonne chose.

Mme Bérengère Poletti. Il a un lien direct !

(L'amendement n^o 184 n'est pas adopté.)

Article 42

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 42.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'article 42 tend à supprimer les dispositions votées il y a un peu plus de deux ans concernant le secteur optionnel. J'étais l'un des partisans de ce dispositif, qui visait à limiter les dépassements d'honoraires, en particulier dans certaines spécialités ; le parti socialiste, quant à lui, y était opposé. Depuis, des négociations ont eu lieu entre le ministère, les syndicats médicaux et les caisses, qui auraient abouti à un accord il y a quelques jours. Toutefois, j'ai le sentiment que cet accord porte également sur un secteur optionnel, peut-être amélioré. Quoiqu'il en soit, je demanderai maintenant aux caisses, aux syndicats médicaux et au ministère de transformer l'essai. Il ne faut pas se donner bonne conscience : nous avions déjà envisagé de suivre cette voie.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Mes chers collègues, la question de l'accès aux soins, entravé notamment par les dépassements d'honoraires, est extrêmement préoccupante et elle le reste après l'accord conclu mardi dernier.

Madame la ministre, vous parlez d'un tournant majeur dans la prise en charge de la santé des Français. Telle n'est pas notre opinion ni celle, d'ailleurs, du collectif interassociatif sur la santé, qui représente les patients et qui évoque « un très mauvais signal légitimant les dépassements », estimant que « les usagers vont être les pigeons dans cette affaire ». Il est évident que le contenu de cet accord, dont je ne suis pas étonnée qu'il ait été signé par les organisations représentatives des médecins, au lieu de limiter le nombre de praticiens autorisés à réclamer des dépassements, acte l'inverse. En effet, une partie des praticiens, aujourd'hui interdits de dépassements parce qu'ils ont choisi le secteur 1 au début de leur carrière, pourront désormais passer en secteur 2, donc facturer des dépassements. Certes, vous instaurez un nouveau contrat d'accès aux soins engageant les médecins qui le signent à ne plus augmenter leurs tarifs, mais cela ne réduit pas les dépassements d'honoraires. En contrepartie, la sécurité sociale prendra en charge leurs cotisations sociales qui seront, au bout du compte, payées par les assurés sociaux, par le biais de leurs cotisations au régime général et aux complémentaires.

En outre, l'accord évoque un « repère », et non une obligation, fixé à 150 % du tarif de la sécurité sociale, modulé par différents critères, notamment le dépassement annuel moyen par patient, auquel s'ajoutent divers autres paramètres, tels que la fréquence des actes ou le niveau d'expertise du praticien. Je me demande sincèrement comment cette usine à gaz pourra fonctionner dans la vie concrète et qui pourra l'évaluer et la contrôler.

Non seulement aucun plafond n'est fixé, mais aucun système de sanction efficace n'est prévu. Dès lors, on peut dire, sans risque de se tromper, hélas ! que les dépassements d'honoraires ont encore de beaux jours devant eux et que les patients dont ces dépassements entravent l'accès aux soins ont du souci à se faire. Comment se fait-il d'ailleurs qu'ils aient été complètement exclus de ces négociations alors qu'ils sont directement concernés, ce qui a conduit finalement à prendre des décisions essentielles dans un cadre strictement corporatiste ?

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

M. Gérard Sebaoun. Je ne partage pas l'avis de M. Door ni celui de Mme Fraysse.

En 1980, le secteur 2 – qui aurait aussi bien pu s'appeler « optionnel » – a été créé à un moment où l'on ne voulait pas revaloriser les actes du secteur 1. Il a ensuite été modulé, puisqu'en 1990 il ne sera plus ouvert qu'aux chefs de clinique. Le fait est que ce dispositif a permis la respiration du système. Le problème est que le secteur 2 a dérivé, avec des dépassements d'honoraires qui ont atteint 2,5 milliards, si je ne me trompe. Ils ont créé une distorsion très forte entre certaines zones géographiques et ont entravé, ainsi que l'a très bien dit Mme Fraysse, l'accès aux soins de certains patients, notamment dans certaines spécialités. On a tenté de contourner cette réalité avec le secteur optionnel, qui est un échec dans la mesure où il n'a été choisi que par peu de médecins.

Cependant, il ne serait pas juste de prétendre que la situation n'est pas en train d'évoluer. À l'issue de négociations, l'ensemble des acteurs concernés a signé un accord sur un projet qui, certes, doit encore faire ses preuves, mais qui a le mérite d'exister.

Je crois à la régulation et à l'encadrement – un encadrement qui ne peut se faire sans les professionnels. Pour conclure, je dirai que nous serons très vigilants quant à cet encadrement, en particulier en ce qui concerne les médecins exerçant dans le cadre hospitalier. Certes, il ne faut pas mettre dans le même sac tous les médecins hospitaliers bénéficiant d'un secteur privé, mais force est de reconnaître que certains ont particulièrement dérivé. À cet égard, le rapport demandé par Mme la ministre est important et doit permettre – c'est l'objet d'un amendement que nous examinerons prochainement – de faire le point sur les dérives inacceptables constatées dans les hôpitaux publics.

Aujourd'hui, il faut laisser vivre l'accord qui vient d'être signé. Je n'ai pas encore lu le pavé qui le concrétise, mais sans doute Mme la ministre nous en dira-t-elle quelques mots.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Je crois que les événements de ces derniers jours, en particuliers les fortes tensions qui se sont exprimées parmi les médecins libéraux, mais aussi chez les médecins hospitaliers et les usagers du système de soins, montrent que le système actuel ne satisfait ni les usagers ni les professionnels libéraux. Je rejoins Gérard Sebaoun pour dire qu'il est trop facile de stigmatiser l'ensemble des professionnels libéraux, qu'ils soient du secteur 1 ou du secteur 2, étant donné qu'ils n'ont fait qu'appliquer des règles existantes, leur permettant de mettre en place des dépassements ou des compléments d'honoraires au-delà du secteur opposable, à un moment où l'assurance maladie ne pouvait pas suivre la revalorisation desdits tarifs opposables.

Personne, pas même les médecins, ne nie l'existence d'abus. Il en est de flagrants au sein même de l'hôpital public, mais aussi dans le secteur privé. Le message politique que nous devons adresser à la fois en direction des usagers et des professionnels libéraux consiste à dire que, sans mettre tout le monde dans le même panier, nous avons la volonté de limiter les dérives individuelles lorsqu'elles existent.

Le secteur optionnel ne mobilisait pas non plus les professionnels et ne répondait pas aux attentes des usagers. Une majorité de syndicats représentatifs des professionnels libéraux se sont mis d'accord avec l'assurance maladie et l'UNOCAM pour signer un accord conventionnel. Je suis d'accord avec Gérard Sebaoun pour considérer qu'il faut laisser vivre cet accord comportant des avancées. Cependant, le mouvement de contestation doit tout de même nous inciter à entreprendre

une réflexion très globale sur les modes de rémunération et les attentes vis-à-vis du fonctionnement conventionnel en général.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il importe de ne pas stigmatiser l'ensemble des médecins, qui ne commettent évidemment pas tous des abus. Face à un système complexe, la difficulté consiste donc à concilier notre volonté d'agir avec celle de ne pas stigmatiser.

Cela étant, les abus existent. On m'a rapporté récemment que certains médecins font signer avant la consultation un document rappelant le texte de loi et certifiant qu'il sera respecté, mais assorti d'un codicille indiquant l'application d'un dépassement d'honoraires et parfois de compléments d'honoraires. Ainsi, un patient s'est entendu dire, en arrivant dans le cabinet d'un médecin, que le montant de la consultation n'était pas de 23 euros, mais de 150 euros, avec d'éventuels dépassements pour d'autres actes. Au bout d'une demi-heure de consultation, on lui a présenté une facture de 280 euros pour une audiométrie, ce qui est clairement de l'abus ! Ayant signé un document juste avant la consultation, le patient se trouve démuné car il est quasiment impossible d'engager une procédure pour abus.

Sans vouloir stigmatiser l'ensemble de la profession, il faut vraiment trouver les moyens d'agir. De ce point de vue, je ne suis pas sûr qu'une simple réglementation suffira. Peut-être faudra-t-il une action plus déterminée de la part des pouvoirs publics pour lutter contre les abus car, de toute façon, les patients hésiteront toujours à engager des recours.

Je crains par conséquent que l'accord qui vient d'être conclu ne soit bien insuffisant, ce dont nous nous rendrons compte très vite. Certes, nous pouvons nous donner quelques mois d'observation, mais je ne crois pas que cet accord soit à la hauteur des enjeux et de la situation pour mettre fin aux abus, dont une récente enquête de l'association UFC-Que choisir a souligné l'importance. Il vaut donc mieux prendre date dès maintenant car, à défaut, nous risquons de faire des déçus.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux d'abord dire à M. Door que l'accord n'a pas été signé subrepticement, à la faveur de la nuit, mais paraphé tout à fait officiellement, hier, par les partenaires conventionnels.

Par ailleurs, si j'ai entendu la préoccupation de Mme Fraysse au sujet de l'absence des patients, je lui rappelle que les négociations se sont déroulées dans le cadre conventionnel existant. Certains réclamaient d'ailleurs l'adoption directe d'une loi, sans passer par le stade conventionnel ; si cela avait été le cas, les patients n'auraient pas été davantage partie prenante...

Mme Jacqueline Fraysse. Nous les aurions auditionnés !

Mme Marisol Touraine, ministre. ... tout au plus auraient-ils été consultés. On peut tout de même considérer, madame la députée, que l'assurance maladie représente aussi les patients.

Mme Jacqueline Fraysse. Plus ou moins !

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour autant, je pense qu'il va falloir réfléchir à l'évolution du cadre de discussion, de façon à ce que les patients puissent être entendus. Dans le cadre de l'accord qui vient d'être signé, il a été créé un observatoire qui comprendra des représentants des patients.

Mme Jacqueline Fraysse. Je l'espère !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous n'avez pas à l'espérer : je vous le dis, c'est le cas, cela a été prévu à ma demande ! Désormais, les patients seront donc associés.

Je ne prétends pas, monsieur Roumegas, que cet accord règle tout, et je conçois parfaitement que d'autres étapes seront nécessaires. Cela vaut aussi bien en ce qui concerne les médecins de secteur 2 que ceux de secteur 1, car si l'on veut réduire la place du secteur 2, il faut valoriser davantage les médecins exerçant dans un cadre responsable, respectueux, modéré – c'est-à-dire les médecins exerçant en secteur 1 ou pratiquant des dépassements limités.

Contrairement à ce que j'ai entendu, des mécanismes de sanction sont bien prévus à l'encontre des médecins pratiquant des tarifs abusifs, alors qu'il n'y en avait pas dans les dispositifs existants. Parmi un ensemble de critères ayant vocation à s'appliquer, il existe un repère nettement défini : pour les secteurs en dehors de Paris, le tarif de 70 euros pour une consultation – étant précisé que la consultation n'est pas le seul type d'acte envisagé – servira de référence.

Cette référence constitue bien un plafond...

Mme Jacqueline Fraysse. Cela reste à voir !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous verrez bien, madame la députée, comment se mettront en place les mécanismes de sanction ! À partir du moment où l'on définit un repère, on fixe bien un plafond.

Par ailleurs, pour les médecins entrant dans le cadre des contrats d'accès aux soins, qui permettront à leurs patients d'être mieux remboursés et mieux pris en charge, il y a un gel des dépassements d'honoraires, ce qui montre bien un coup d'arrêt en la matière – ce sera là, sans doute, la mesure la plus contraignante à l'égard des dépassements d'honoraires.

J'ajoute que l'accord comprend l'engagement d'une augmentation très significative du nombre d'actes réalisés à tarif opposable. Demain, non seulement les bénéficiaires de la CMU, en théorie fondés à exiger l'application du tarif de sécurité sociale, mais n'obtenant pas toujours satisfaction, mais aussi les personnes susceptibles de bénéficier de l'aide à la complémentaire santé – l'ACS – vont pouvoir bénéficier d'un acte réalisé à tarif opposable, ce qui représente près de 5 millions de personnes supplémentaires, donc une avancée significative.

Nous avons engagé une véritable politique de maîtrise des dépassements d'honoraires, de garantie d'accès aux tarifs opposables et de valorisation de la médecine pratiquée en secteur 1. Cette politique doit évidemment se poursuivre, un accord n'ayant pas vocation à mettre complètement fin à une situation existant depuis longtemps – de même qu'une loi ne suffit pas toujours à modifier les comportements. L'accord doit être prolongé par une action résolue d'une part contre les dépassements d'honoraires, d'autre part pour valoriser les actes réalisés en secteur 1, qui correspondent à des pratiques vertueuses constituant l'objet même de notre politique.

(L'article 42 est adopté.)

Après l'article 42

M. le président., je suis saisi d'un amendement n° 748, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 783.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 748.

M. Christian Paul, rapporteur. L'amendement n° 748, adopté par notre commission, a pour objet de fixer à nouveau les principes ayant vocation à encadrer l'exercice libéral au sein de l'hôpital public. Notre commission avait à cœur d'effectuer ce rappel dès ce premier PLFSS, sans méconnaître, bien sûr, la nécessité d'une concertation qui va fixer un certain nombre de modalités concrètes.

En 2010, l'exercice libéral à l'hôpital public concernait environ 4 500 praticiens hospitaliers, soit 12 % de l'effectif. Si nous en parlons ce matin, c'est parce qu'il a été constaté au sein de l'exercice libéral un certain nombre de dysfonctionnements – voire d'abus, je ne crains pas de le dire devant vous –, dénoncés depuis des années sans qu'il y soit apporté de réponse satisfaisante. Non pas que les règles soient inexistantes, mais sans doute ne suffisent-elles pas, étant mal ou non observées, qu'il s'agisse des dépassements d'honoraires – je salue à cet égard le travail courageux et remarquable engagé par le Gouvernement et l'assurance maladie – ou du développement de l'activité libérale au sein même de l'hôpital public.

L'amendement n° 748 est un amendement de transparence, absolument indispensable en termes de moralisation. Réaffirmant un certain nombre de principes, il vise à rendre obligatoire le paiement des actes effectués dans ce cadre *via* l'hôpital, première condition de la transparence. Aujourd'hui, un patient peut s'acquitter de deux façons du montant de sa consultation : soit directement auprès du praticien, soit *via* l'hôpital. Or, cette seconde possibilité n'est pas utilisée.

Par ailleurs, notre amendement soumet le reversement au praticien à la production de l'état récapitulatif de son exercice libéral, ainsi que de son planning d'activité publique. Cela doit en effet permettre de contrôler le respect de la règle des 20 % constituant le cadre de cette activité. Il s'agit de donner aux directeurs d'hôpitaux un pouvoir accru de contrôle de l'activité, un contrôle indispensable, car ce sont bien les moyens techniques, les personnels de l'hôpital public qui sont mobilisés pour cette activité. Ce pouvoir de contrôle doit aller jusqu'à la possibilité de demander à l'ARS le retrait de l'autorisation en cas de contravention.

Enfin, il est proposé d'encadrer la rémunération issue de l'activité libérale en prévoyant un mécanisme d'indexation de la redevance sur les montants des honoraires réellement pratiqués.

Le bénéfice sera réel pour l'assurance maladie, mais cette mesure répond avant tout à des fins de moralisation ; il s'agit d'éviter les abus et de favoriser un accès plus égal – je ne parle pas d'égalité absolue. Telles sont les raisons de cet amendement, qui me semble venir compléter utilement d'autres dispositions évoquées ce matin.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir le sous-amendement n° 783 et pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 748.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement comprend et partage la préoccupation exprimée par la commission et par le rapporteur. Je voudrais néanmoins apporter quelques précisions.

Premièrement, l'accord qui a été signé hier s'applique, contrairement à ce que l'on imagine, à l'exercice libéral à l'hôpital, puisque les médecins, dès lors qu'ils exercent dans le public, fût-ce dans le cadre de l'activité libérale, sont régis par les dispositions conventionnelles.

Deuxièmement, on voit bien qu'il y a une spécificité de l'exercice libéral à l'hôpital public, puisqu'il est encadré et doit être précisément régulé. Au-delà même, d'ailleurs, des enjeux liés à la rémunération des professionnels, il y a toute une série de questions qui se posent. La plus préoccupante est celle des délais d'accès à des consultations qui seraient différents selon que l'on opterait pour la voie privée ou pour la voie publique. Il est évident que nous ne pouvons pas accepter – c'est d'ailleurs illégal – que des professionnels, à l'hôpital public, favorisent les patients qui acceptent de payer davantage dans le cadre d'une consultation privée.

C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité que, parallèlement au lancement de la négociation sur les dépassements dans le cadre conventionnel, se mette en place une mission, que j'ai confiée à Mme Dominique Laurent, conseillère d'État, afin d'examiner l'ensemble des éléments déontologiques liés à la pratique privée à l'hôpital public. Il faut laisser le temps à cette mission de travailler et de produire des éléments qui rassemblent, autant que faire se peut, la communauté hospitalière.

Cela dit, et au-delà du signal que vous souhaitez envoyer, il est utile de commencer à prendre des mesures. Le sous-amendement que vous propose le Gouvernement consiste à remplacer la majoration de la redevance par le paiement d'une pénalité à l'établissement, dont un décret en Conseil d'État viendra préciser les modalités de calcul. En effet, sur le plan juridique, la notion de pénalité nous semble plus sûre que la majoration d'une redevance.

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

M. Gérard Sebaoun. Au nom du groupe SRC, j'apporte mon soutien à cet amendement de la commission. Encore une fois, référons-nous à l'histoire : si l'on a une part de secteur privé à l'hôpital, c'est parce que, en 1958, l'on a souhaité que ceux que l'on appelait les « grands médecins » ne quittent pas l'hôpital public, comme certains l'avaient fait.

Ce système a vécu sa vie. Aujourd'hui, on assiste toutefois à des dérives, que Christian Paul a rappelées. Même si elles ne concernent qu'un petit nombre de médecins, elles n'en sont pas moins extrêmement importantes et jettent le discrédit sur l'ensemble des médecins hospitaliers, lesquels, pour l'essentiel, appliquent rigoureusement le système et respectent son caractère mesuré.

La réalité que nous vivons dans les hôpitaux – notamment les grands hôpitaux, et pour l'essentiel l'AP-HP –, c'est que des consultations privées aux prix exorbitants peuvent donner un accès extrêmement rapide à des praticiens de renom qui sont à peu près inaccessibles pour l'assuré moyen. Je peux moi-même en témoigner.

Ce système doit donc être régulé – à cet égard, nous avons entendu ce que nous a annoncé la ministre. Il est absolument indispensable de commencer par voter cet amendement – ce que je demande à tous les députés de faire – qui, loin d'être coercitif, s'inscrit simplement dans l'esprit de ce que doit être une régulation à l'hôpital. Nous ne sommes pas en train de dire que ce système doit disparaître, mais il faut le réguler fortement.

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

M. Jean-Pierre Door. L'activité libérale au sein de l'hôpital remonte tout de même à de nombreuses années.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Oui, à 1958!

M. Jean-Pierre Door. C'était une condition *sine qua non* pour que les praticiens de haut niveau, spécialistes et professeurs, intègrent les CHU et les autres hôpitaux. Faisons attention de ne pas perturber cette stratégie, au risque d'aboutir au mouvement inverse, à savoir le départ de ces praticiens.

Je m'interroge donc sur cet amendement. Certes, il y a des abus, mais ils sont extrêmement marginaux; il faut les condamner, sans pour autant mettre en accusation tous les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale. Il existe d'ailleurs, comme le savent toutes les personnes concernées, une commission de contrôle de l'activité libérale, qui permet de savoir exactement ce qui se passe.

M. Gérard Sebaoun. Ben voyons!

M. Jean-Pierre Door. L'amendement de Christian Paul va, selon moi, entraîner une rupture entre le praticien et le malade. Dès l'instant où l'on change les règles du jeu – en l'occurrence, s'il y a une délégation du paiement des honoraires –, il y a une rupture de l'activité libérale.

M. Gérard Bapt. Mais cela existait déjà! C'est vous qui l'avez supprimée!

M. Jean-Pierre Door. Soyons donc prudents, madame la ministre. Le dialogue social est-il conduit avec les praticiens hospitaliers et leurs syndicats?

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Mais oui!

M. Gérard Bapt. Si M. Debré avait été là aujourd'hui, le dialogue social aurait pu avoir lieu ici!

M. Jean-Pierre Door. Mme Laurent va vous rendre un rapport, mais j'ai cru entendre, de la part de certains praticiens – y compris des représentants de la profession –, qu'ils commençaient à mettre en cause cet amendement et à se poser des questions. En tout état de cause, ils sont plutôt défavorables à de telles initiatives.

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

M. Dominique Tian. Cet amendement est très important. On comprend d'ailleurs les motivations de M. Paul. Pour bien connaître l'assistance publique de Marseille, je sais qu'on y trouve des chefs de service et des chirurgiens de renom, des praticiens unanimement reconnus, à tel point que l'on va, non pas dans tel service de cardiologie, mais chez le professeur Untel.

M. Gérard Bapt. C'est normal, leur nom est écrit sur la porte...

M. Dominique Tian. Il y a une personnalisation énorme.

L'un d'entre eux, le professeur Vigouroux, est d'ailleurs devenu maire de Marseille. On a pu dire que l'essentiel de sa notoriété venait de sa bonne pratique médicale!

Même si l'assistance publique a le défaut de n'être pas toujours très attractive – pour d'autres raisons –, on y vient pour la qualité de ses chefs de service. Les cliniques ont quant à elles un autre rôle, que l'on connaît. J'ai un peu peur, comme vient de le dire Jean-Pierre Door, que l'on déstabilise le corps médical, qui est fragile,...

M. Gérard Bapt. Ben voyons! Ce sont des mandarins fragiles!

M. Dominique Tian. ...qui se pose des questions, qui rencontre des difficultés dans le management des services et qui doit faire face à des contraintes budgétaires importantes.

En vérité, qu'on le veuille ou non, on assiste bien à un certain nombre de départs de grands professeurs, qui se dirigent vers le privé pour exercer leurs activités dans des conditions plus souples. En effet, dans les entreprises privées, les choses sont plus simples: il suffit par exemple d'aller voir le directeur pour obtenir les pansements dont on a besoin. Dans la structure hospitalière, les choses ne se passent pas ainsi.

Les grands chefs de service sont utiles à l'hôpital.

M. Gérard Bapt. Personne n'est irremplaçable!

M. Dominique Tian. Comme Jean-Pierre Door, je suis donc dubitatif devant cet amendement. Attention: c'est l'un des attraits principaux de l'hôpital que l'on est en train de remettre en cause, et cela sans que des négociations aient réellement été conduites. En effet, d'après les échos que j'ai pu avoir, comme mes collègues, on n'a pas engagé de véritable négociation. Or il n'y a pas d'accord unanime sur la question. Certains parlent même de mouvements de protestation.

M. Gérard Bapt. Ciel! Quelle horreur!

Mme Jacqueline Fraysse. Ils vont descendre dans la rue?

M. Olivier Veran. Si M. Debré veut faire grève, il n'y a aucun problème!

M. Dominique Tian. Si l'on comprend donc l'intérêt de cet amendement, il faut aussi faire attention, car on a besoin que de grands chefs de service restent à l'hôpital.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je voudrais pour ma part féliciter ceux de mes collègues socialistes qui ont pris l'initiative d'un tel amendement, que je voterai sans hésiter. Je considère en effet qu'il présente deux intérêts.

Le premier est de limiter les abus. Il vise à encadrer les pratiques dans la transparence. Quelqu'un a-t-il donc quelque chose à cacher?

M. Jean-Yves Caullet. Très bien!

Mme Jacqueline Fraysse. Le second est de ne pas jeter le discrédit sur l'ensemble du corps médical du fait des abus qui sont le fait de quelques-uns. Pour ces raisons, cet amendement est de bon aloi.

Je voudrais également dire à mes collègues de l'UMP que le départ des chefs de clinique ou des professeurs est davantage lié, en tout cas dans la période actuelle, aux dégradations considérables que subit l'hôpital public, qui rendent leurs conditions d'exercice impossibles, qu'aux dépassements d'honoraires dont ils seraient privés. Excusez-moi, mais votre argument frôle le ridicule!

Si ceux qui abusent tiennent à venir expliquer devant la presse et dans la rue les raisons pour lesquelles ils pratiquent de tels tarifs, eh bien qu'ils le fassent! Comme cela, il y aura un débat public; ce sera intéressant.

Je me permets de tenir ces propos très sévères parce que je suis moi-même médecin et j'ai tendance à avoir beaucoup de respect pour cette profession. Oui, de nombreux confrères et amis méritent le respect. Je pense que vous feriez mieux de réfléchir avant de parler comme vous venez de le faire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Bernard Accoyer. Je voudrais venir au secours de Mme la ministre, qui, dans ce débat important, prône la prudence. En réalité, nous avons encore aujourd'hui, dans notre hôpital public, des praticiens du meilleur niveau. S'ils voulaient partir – ailleurs en France, ou à l'étranger –, ils le pourraient tout à fait.

On ne peut qu'être accord pour que soit respecté le cadre bien défini de l'exercice de la partie libérale des praticiens hospitaliers, mais cela doit se faire dans la concertation avec ces professionnels de santé dont l'hôpital a le plus grand besoin.

Je voudrais vous appuyer, madame la ministre. En effet, si vous laissez faire votre majorité, que risquerait-il de se passer ? On parle du secteur 1, du secteur 2 et du secteur optionnel ; on évoque aussi l'accord que vous avez su trouver avec les médecins. Mais le risque existe que l'on se retrouve à la case départ, avant la convention, c'est-à-dire plusieurs dizaines d'années en arrière, en dehors de tout système d'assurance publique. On en reviendrait à ce que, jadis, on appelait « la chirurgicale » : quelques établissements pourraient s'installer – probablement en région parisienne –, en dehors du système de la sécurité sociale et de l'assurance obligatoire.

M. Gérard Bapt. Des Cathares, en quelque sorte !

M. Bernard Accoyer. Les gens viendraient du monde entier – mais il y aurait aussi beaucoup de nos compatriotes – pour s'y faire soigner, à la recherche de soins dont ils pourraient légitimement penser qu'ils seraient d'excellente qualité. Cela contribuerait au développement d'un secteur assurantiel totalement privé destiné à réaliser de telles interventions chirurgicales.

Il faut donc, me semble-t-il, être d'une très grande prudence en raison de ce risque de dérive : il pourrait y avoir des effets secondaires que certains ne mesurent pas aussi bien que Mme la ministre.

M. André Schneider. Très bien !

M. Dominique Tian. Très juste !

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Pour répondre à la crainte exprimée par M. Door et M. Tian sur la fuite des praticiens hospitaliers, notamment des chefs de service qui ont bâti leur notoriété, dans certaines spécialités, au sein des hôpitaux publics, je vous renvoie à un rapport fort intéressant de l'Inspection générale des affaires sociales de janvier 2009.

Il y est question des autres sources de rémunération dont bénéficient certains praticiens, lesquels, en raison de leur spécialité, peuvent se permettre d'organiser des colloques et des forums – ce dont on ne peut d'ailleurs que les féliciter – dans lesquels ils font la promotion de nouvelles molécules, ce

qui leur procure des rémunérations. Cette pratique a donné lieu à certaines dérives qui ont échappé à la vigilance des directeurs d'hôpitaux.

Tout cela pour dire que je ne crois donc pas que vos craintes soient justifiées : il existe des modes de rémunération parallèles, dont les directeurs n'ont même pas connaissance. Je ne dis d'ailleurs pas cela pour jeter l'opprobre sur ces chefs de service.

M. Dominique Tian. Ce que vous dénoncez n'est pas parallèle, c'est un peu limite !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Cela n'en existe pas moins, mon cher collègue. Il y a bien, en plus, des rémunérations de ce type. Encore une fois, je vous renvoie à l'excellent rapport de l'IGAS.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 783.

M. Christian Paul, rapporteur. La commission est favorable à ce sous-amendement.

Je dirai à M. Door que l'amendement de la commission n'est pas un amendement de révolution, mais de régulation, qui a pour objectif de fixer à nouveau des principes.

M. Bernard Accoyer. Avant la concertation ?

M. Christian Paul, rapporteur. À partir de ces principes très simples, dont la définition relève du législateur, monsieur Accoyer, la concertation doit s'engager ou se poursuivre.

Pourquoi préciser à nouveau ces règles ? La double voie de paiement du médecin par le patient existe déjà ; nous ne sommes pas en train de rompre l'activité libérale. Mais la voie du paiement *via* l'hôpital, qui est la condition de la transparence, n'est pas utilisée aujourd'hui. C'est le paiement direct au médecin qui est très majoritairement sollicité.

Nous avons rédigé cet amendement après avoir entendu des présidents de commissions de l'activité libérale nous expliquer qu'ils ne pouvaient pas réellement remplir leur rôle en l'état de la réglementation et surtout, compte tenu de son application.

Nous savons bien que ce ne sont pas tous les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public qui se trouvent en situation d'abus extrême. Quelques centaines de médecins seulement sont concernés.

M. Dominique Tian. Moins encore !

M. Christian Paul, rapporteur. Mais cela a un effet très important sur le moral de milliers, voire de dizaines de milliers de praticiens hospitaliers qui n'exercent pas d'activité libérale à l'hôpital public et qui, eux, travaillent dans des conditions souvent difficiles, pour des rémunérations bien plus faibles. Ils ont besoin aujourd'hui d'un signal très fort d'encouragement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Absolument !

(*Le sous-amendement n° 783 est adopté.*)

(*L'amendement n° 748, sous-amendé, est adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 606 rectifié.

M. Jean-Louis Roumegas. Il est retiré.
(*L'amendement n° 606 rectifié est retiré.*)

Article 43

M. le président. Sur l'article 43, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à Mme Véronique Massonneau.

Mme Véronique Massonneau. Les écologistes se réjouissent de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par l'assurance maladie à hauteur de 100 %, engagement de François Hollande lors de la campagne présidentielle. Nous sommes fiers que cette mesure, qui n'est pas que symbolique, soit portée par la gauche dès son premier PLFSS. Cela prouve l'importance qu'accordent le Gouvernement et le Président de la République aux droits des femmes.

En 1975, grâce au combat de Simone Veil, les femmes obtiennent le droit d'avorter. En 1982 est instaurée une première prise en charge de l'IVG. Quarante ans après l'étape originelle et trente ans après l'autorisation de prise en charge de l'IVG par l'assurance maladie, une nouvelle étape est franchie. Enfin !

Ces dernières années, l'accès à l'IVG pour toutes les femmes est devenu de plus en plus compliqué. Un nombre inquiétant, effrayant même, de centres pratiquant l'IVG ont fermé – 180 centres en dix ans –, ce qui a conduit à une situation catastrophique.

Face à de tels chiffres, madame la ministre, et pour continuer le combat contre l'inégalité d'accès à l'IVG, le Gouvernement et la majorité devront travailler sur une revalorisation tarifaire de l'acte, qui permettra le maintien en activité de ces centres pratiquant l'IVG.

Toutefois, cela ne suffira pas à établir une véritable égalité, une égalité totale entre toutes les femmes dans l'accès au droit de disposer de leur corps. Pour cela, il faut conduire une réelle politique de prévention et d'information et, en parallèle, établir une nouvelle politique de la contraception. En ce sens, Éric Alauzet a déposé, au nom du groupe écologiste, un amendement visant à améliorer la prise en charge de la contraception. Nous y reviendrons ultérieurement.

Mmes Poletti et Levy, ainsi que M. Jacquat ont également déposé un amendement prévoyant que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur une contraception choisie et adaptée pour tous. Cet amendement aurait pu être très intéressant s'il avait proposé de faire de cette disposition un article additionnel ; en effet, la prise en charge de l'IVG ne se substitue pas à une réflexion autour des politiques de prévention, d'information et d'accessibilité à la contraception pour tous, et notamment les plus jeunes.

Mais nous sommes déjà très satisfaits de cette avancée, et nous voterons bien évidemment cet article.

M. Jean-Louis Roumegas. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Marie-Françoise Clergeau.

Mme Marie-Françoise Clergeau. L'article 43 améliore l'accès à l'IVG et est complémentaire d'un meilleur accès à la contraception pour les mineures et pour toutes les femmes.

Il participe de la longue histoire écrite par les majorités successives, qui ont toujours cherché à traduire dans les faits, au-delà des clivages partisans, les droits des femmes, notamment celui de disposer librement de leur corps.

Je me limiterai à citer les grandes lois portées par des femmes. Mes collègues masculins me pardonneront, j'en suis certaine, cet hommage aussi visiblement sexué.

Ce fut donc d'abord la loi Veil, qui autorisa l'avortement.

M. Dominique Tian. C'est mort !

Mme Marie-Françoise Clergeau. Non, pourquoi ? C'est la réalité.

M. Dominique Tian. C'est de l'histoire ancienne !

M. Christian Paul, rapporteur. Cette intervention va vous rafraîchir la mémoire !

Mme Marie-Françoise Clergeau. Puis la loi Roudy, qui organisa le remboursement de l'IVG. La loi Neiertz institua des peines pour « entrave à l'IVG ». Enfin, la loi Aubry-Guigou permit notamment l'IVG hors établissement médical et allongea le délai légal de deux semaines. Chacune de ces lois fut un combat, pas seulement lors de leur vote, mais également dans leur application réglementaire et pratique.

Et comme bien souvent quand il s'agit simplement de mettre à jour la loi, c'est-à-dire d'adapter notre droit aux réalités que vivent les Français, il n'y eut ni catastrophe démographique ni déprime nationale. Les Françaises et les Français ont continué à concevoir des bébés, un peu plus même que dans d'autres pays européens. Le droit à l'IVG n'a pas infléchi la natalité, puisque depuis vingt ans, le nombre d'IVG évolue de façon quasi parallèle au nombre de naissances.

Une pétition intitulée « IVG : je vais bien, merci. » circule depuis l'année dernière sur le net. Elle est signée de celles qui se réclament les héritières de cette longue histoire, de celles qui s'inquiètent des menaces pesant sur ce droit.

Lors de la campagne présidentielle, François Hollande a entendu ces inquiétudes et proposé le remboursement de l'IVG à 100 %. Aujourd'hui, à travers cet article 43 du PLFSS, le gouvernement de Jean-Marc Ayrault met en œuvre cet engagement, et revalorise le tarif des IVG.

C'est une nouvelle étape, que je me félicite de franchir avec notre majorité de progrès. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Dans le droit fil de ce que viennent de dire mes collègues, je voudrais à mon tour saluer cet article important. Il s'inscrit dans un long parcours – quarante ans déjà, diraient certains ! Cette histoire mérite parfois d'être rappelée, comme vient de le faire Marie-Françoise Clergeau.

L'article 43 vise à renforcer la garantie du droit à l'IVG, en modifiant les règles de participation des assurées aux frais de soins pour leurs interventions. Il s'agit d'améliorer les règles actuelles en supprimant un reste à charge qui pénalisait fortement les femmes. Nous saluons cette prise en charge à 100 %.

Mais il s'agit aussi de garantir un accompagnement suffisant des femmes qui demandent une IVG. Cette mesure, comme bien d'autres proposées dans ce PLFSS, améliore l'accès au droit. En cela, elle est un progrès. La mise en œuvre du droit à l'IVG constitue une obligation et doit être organisée comme un élément à part entière de l'offre de soins.

Mais il faut aussi poursuivre et conforter l'accès à la contraception. Plus largement, comme nous avons eu l'occasion de le dire durant ces débats, je souhaiterais que nous puissions avancer encore sur la question de l'éducation et de la prévention, dans le cadre d'une grande loi de santé publique, qui a été annoncée et que nous espérons voir arriver bientôt. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

M. le président. La parole est à M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj. Je veux d'abord dire l'émotion qui est celle d'un jeune parlementaire s'appêtant à légiférer sur l'extension des dispositions relatives à l'IVG, mais aussi sur le droit à la contraception.

Je veux saluer à la fois cette prise en charge à 100 % de l'IVG et l'amendement du Gouvernement instaurant la gratuité de l'accès à la contraception pour les mineures âgées de 15 à 17 ans.

À cet instant, je revois l'image, qui nous a tous marqués, de Simone Veil à la tribune de l'Assemblée nationale, dans un environnement parfois hostile, défendant ce qui deviendra la loi du 17 janvier 1975. Je pense aussi à Yvette Roudy, qui mettra en place le remboursement de l'IVG. Avec cette prise en charge à 100 %, vous réglez, madame la ministre, l'enjeu du reste à charge.

Dans un amendement, des députés de l'UMP proposent – ce que je trouve pour le moins regrettable – la suppression pure et simple de cette avancée, arguant du fait qu'elle aboutirait à une forme de « banalisation » de l'IVG et que cette disposition ne correspondrait pas à une demande, s'appuyant en cela sur un rapport de l'IGAS de 2009 – encore un rapport de l'IGAS, décidément. Je veux corriger cette inexactitude en leur disant que ce rapport, dont l'un des auteurs est présent ici, derrière la ministre, pointait précisément dans sa recommandation n° 24 le reste à charge comme un obstacle à l'accès à l'IVG.

Pour ma part, je ne peux que me féliciter que cette mesure soit aujourd'hui mise en œuvre, tout comme l'accès gratuit à la contraception pour les mineures de moins de 18 ans. Bravo, madame la ministre, pour ces avancées qui mettent en œuvre un engagement fort du Président de la République ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

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

Mme Fanélie Carrey-Conte. Je voudrais m'associer aux propos de mes collègues, en complétant ce que vient de dire M. Guedj : le rapport de l'IGAS de 2009 précisait que l'effectivité du droit à l'IVG était une obligation de service public. Il était nécessaire, pour garantir l'effectivité de ce droit, de lever l'obstacle financier.

Il est des combats que l'on n'a jamais totalement gagnés, et dont on sait qu'ils demeurent toujours fragiles. C'est particulièrement le cas du droit des femmes à disposer de leur corps. En sus des obstacles financiers, il existe des obstacles idéologiques à l'accès à l'IVG.

Je suis députée de la quinzième circonscription de Paris, où est installé l'hôpital Tenon, dans lequel se trouve un centre IVG, qui a été fermé en 2009 – comme beaucoup d'autres, ainsi que l'a rappelé Mme Massonneau – et a rouvert depuis, suite à une importante mobilisation locale. Depuis plus d'un an, le samedi matin, les intégristes du mouvement « SOS tout-petits » viennent manifester et prier dans la rue, perturbant le fonctionnement de l'hôpital et la vie du quartier, pour demander la fermeture du centre IVG et la suppression du droit des femmes à disposer de leur corps. Ils reviendront encore dans quelques jours célébrer le vingt-sixième anniversaire du premier commando anti-IVG, qui était intervenu en 1987 dans ce même hôpital, à l'initiative de ce même groupe.

Dans ce contexte, votre décision de rembourser à 100 % l'IVG pour toutes les femmes est non seulement une grande avancée, madame la ministre, mais aussi une nouvelle qui donne beaucoup de courage à celles et ceux qui se battent sur le terrain contre les régressions et pour l'égalité. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

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

Mme Jacqueline Fraysse. Nous voterons bien entendu cet article, qui prévoit le remboursement à 100 % des IVG et qui constitue indiscutablement une réelle avancée. Je profite de ce moment pour rappeler tous les efforts que nous avons à faire dans le domaine de la contraception puisque, depuis plusieurs années, le nombre d'IVG ne diminue pas, ce qu'il faudrait pourtant obtenir.

Je veux aussi rappeler, comme vient de le faire ma collègue, que le coût du geste médical n'est pas le seul obstacle aux difficultés d'accès à l'IVG. Une étude du Mouvement français pour le planning familial sur les conditions d'accès à l'IVG en Seine-Saint-Denis montre tous les obstacles qui restent à surmonter. Ainsi, il peut s'écouler entre trois et cinq semaines entre le premier contact téléphonique et la réalisation de l'intervention, alors que l'IGAS recommande que ce délai ne soit pas supérieur à cinq jours. Sur les huit établissements pratiquant des IVG en Seine-Saint-Denis, un seul les pratique effectivement entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée, ce qui est tout de même préoccupant, et trois persistent à exiger une autorisation parentale pour les mineures, ce dont la loi les dispense.

Je vous invite à lire cette étude assez édifiante. Et je vous ferai grâce des gestes ou des mots de mépris parfois adressés aux femmes qui ont recours à l'IVG.

Je terminerai mon propos en soulignant le manque criant de centres IVG dans les structures publiques et le manque de moyens, notamment en personnels. Ce qu'a dit Mme Massonneau souligne la gravité de la situation puisque plus de 150 centres ont été fermés dans le cadre des regroupements de services initiés par la loi HPST, qui continue à produire ses effets négatifs.

Je vous le dis très sincèrement, je veux croire que le Gouvernement et la nouvelle majorité auront à cœur de corriger ces anomalies qui sont extrêmement dommageables pour les femmes, mais aussi pour l'ensemble de notre société. *(Applaudissements sur les bancs des groupes GDR, SRC et écologiste.)*

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Je pense que les députés qui siégeaient déjà ici sous les précédentes mandatures savent combien j'ai fait de l'accès le plus facile possible à l'IVG et à la contraception mon combat politique. C'est un combat

humain, de femme libre, de femme qui souhaite avoir le libre choix dans ses orientations et dans sa vie amoureuse et sexuelle.

L'IVG est toujours une blessure pour une femme. Toujours. Parfois, elle ne le sait pas tout de suite, elle peut l'analyser plus tardivement. C'est l'une des raisons pour lesquelles je ne suis pas d'accord avec l'amendement n° 134 de mes collègues tendant à la suppression de l'article 43. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

À la lecture de la mesure que vous proposez, madame la ministre – et nous en avons parlé lors de votre audition devant la commission –, il ne m'a pas semblé logique de proposer de manière isolée un remboursement intégral de l'IVG sans rien faire pour la contraception. Je n'oppose pas l'IVG et la contraception, ce sont deux éléments qui vont ensemble. Plus une femme est couverte par une contraception qu'elle aura librement choisie, plus on lui permet d'y avoir accès, notamment financièrement, et moins elle sera confrontée à la problématique de l'IVG. Il me semblait donc impossible d'avancer en matière d'IVG sans concomitamment faire un geste s'agissant de la contraception. J'ai donc été satisfaite quand j'ai appris, il y a quelques jours, que vous aviez souhaité déposer un amendement sur l'accès des mineures à la contraception. Vous le savez, j'avais déposé une proposition de loi allant dans ce sens, c'est-à-dire permettant aux mineures d'accéder gratuitement mais aussi anonymement – nous en reparlerons tout à l'heure car les choses ne sont pas aussi faciles que cela – à la contraception.

Un mot sur la contraception dans notre pays. La France est le pays où l'on a le plus accès à la contraception.

M. le président. Il faudrait vous acheminer vers votre conclusion, madame Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Monsieur le président, c'est un sujet important qui ne peut pas être traité en deux minutes.

M. le président. Je vous rappelle seulement le règlement, ma chère collègue, ce qui ne veut pas dire que je néglige l'importance du sujet.

Mme Bérengère Poletti. Il faut rappeler que deux femmes sur trois qui ont recours à l'IVG sont sous contraception. Le problème va donc bien au-delà de celui de la gratuité. C'est un problème d'éducation à la sexualité, y compris dans nos écoles, dans nos collèges, dans nos lycées. C'est aussi un problème de formation des médecins, d'accès à une contraception adaptée – la pilule n'est pas la seule méthode de contraception, il en existe beaucoup d'autres.

En région parisienne notamment, on a vu apparaître, ces dernières années, des difficultés d'accès à l'IVG. Par exemple, les cliniques ont renoncé à pratiquer des IVG. C'est pourquoi cet acte a été revalorisé à plusieurs reprises par le précédent gouvernement, et je crois, madame la ministre, que vous vous apprêtez à le revaloriser encore.

Je voudrais parler d'un autre facteur qui risque de mettre en difficulté l'accès à l'IVG. La plupart des médecins qui pratiquent l'IVG chirurgicale sont des médecins militants, et le sont depuis l'époque de la légalisation de l'avortement. Or ces praticiens arrivent à l'âge de la retraite. Les jeunes médecins n'ont pas la même sensibilité que leurs aînés et ils sont parfois plus intéressés par d'autres actes que celui-là. Voilà pourquoi je considère que la formation médicale est essentielle. Il faudra certainement se pencher sur l'amélioration des cursus de

formation des médecins, tant en matière d'IVG que de contraception. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP et sur les bancs des groupes SRC, UDI, écologiste et GDR.*)

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

Mme Véronique Louwagie. L'article 43 vise à supprimer la participation de l'assuré pour les actes d'IVG.

La prise en charge d'une IVG dans le cadre d'une grossesse non désirée est actuellement différente suivant l'âge, suivant que l'on est mineure ou majeure, c'est-à-dire finalement suivant que l'on a dix-sept ou dix-neuf ans. Comme tout seuil, suivant que l'on est d'un côté ou de l'autre, la situation change considérablement, voire totalement et, dans le cas présent, cela a aussi un impact financier. L'article 43 vise à supprimer les effets pervers d'un seuil, et je m'en réjouis. C'est pourquoi je n'ai pas déposé d'amendement de suppression de cet article.

Toutefois, la disposition proposée n'est peut-être pas suffisante en soi. L'IVG est un acte ultime pour les femmes et notre rôle est important. Notre devoir à l'égard des femmes est grand. Oui, notre responsabilité est éminemment importante.

Pour ma part, je souhaiterais que cette mesure puisse être accompagnée de manière concomitante d'une campagne de communication, d'une campagne de prévention, d'une campagne d'information.

Dans ces conditions, nous aurions accompli intégralement notre mission à l'égard des femmes et contribué à les aider afin que l'IVG demeure un acte ultime.

M. Jean-Pierre Door. Très bien !

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

Mme Martine Pinville. Mon propos portera plus particulièrement sur les jeunes filles de moins de dix-huit ans, qui sont au lycée et qui ont recours à l'IVG. Ces jeunes filles ont besoin d'un accompagnement et d'une prévention. Ce sont les infirmières scolaires ou les médecins scolaires qui y travaillent. Or, nous avons sans doute des travaux à mener en la matière, le nombre de médecins scolaires devant diminuer très fortement dans les années à venir. C'est sur l'éducation à la santé, à la sexualité, qu'il faut axer nos travaux.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je voudrais remercier l'ensemble des intervenants pour la qualité des propos qu'ils ont tenus car nous touchons là à des sujets qui concernent la vie intime de femmes souvent confrontées à des situations difficiles – pas toujours, il faut savoir le reconnaître.

Comme l'a dit Mme Poletti, qu'elle soit assumée, réfléchi ou davantage contrainte, une IVG n'est jamais un acte anodin pour une femme. C'est un événement qui revêt nécessairement un caractère très particulier dans la vie d'une femme. Pour autant, il ne nous appartient pas de juger, et personne ne l'a fait. Il ne nous appartient pas de porter un regard qui se substituerait à la décision d'une femme. Il s'agit de faire en sorte que cet acte, parce qu'il est particulièrement important dans la vie d'une femme, ne se retrouve pas contraint, entravé pour des raisons financières.

Vous avez été nombreux à souligner la nécessité de franchir un pas supplémentaire pour garantir les droits des femmes. À l'évidence, c'est le choix du Gouvernement lorsqu'il a décidé d'inscrire cet article dans le projet de loi.

Depuis, nous avons souhaité élargir la perspective qui était la nôtre. C'est la raison pour laquelle j'espère, madame Poletti, que vous retirerez votre amendement, qui ne me semble plus avoir d'objet. Mais avant même que nous ne déposions un amendement visant à proposer la gratuité de la contraception pour les mineures de quinze à dix-huit ans, le Gouvernement s'était déjà engagé dans la voie d'une amélioration de la politique de contraception puisque, dès cet été, j'ai pris deux décisions. La première concernait l'autorisation de la délivrance par le pharmacien du moyen de contraception adapté sur une ordonnance médicale même dépassée. Cela permet à des patientes de ne pas avoir à retourner chez un médecin alors qu'elles disposaient d'une ordonnance de moins d'un an mais de plus de six mois. La seconde décision a donné la possibilité aux services médicaux universitaires de délivrer gratuitement une contraception d'urgence à de jeunes étudiantes. Ce n'était pas possible jusque-là, pour une question juridique ce qui était un peu paradoxal puisque c'était autorisé dans les collèges et les lycées.

Il y a là, vraiment, la volonté d'avoir une politique globale. J'ai demandé à la Haute autorité de santé d'élaborer des référentiels pour les parcours de contraception, afin qu'il soit bien clair que la contraception s'inscrit dans un parcours de santé. Même s'il n'y a sans doute plus aujourd'hui cet esprit militant qui a existé au temps des pionniers de l'IVG, il faut souligner que le fait qu'il y ait davantage de femmes médecins a contribué à faciliter ou favoriser l'acceptabilité de ces actes et leur diffusion.

C'est un ensemble de mesures importantes et un choix de santé publique qui s'inscrit dans une démarche globale, cohérente que nous vous proposons. Il nous semble que cela représente pour les femmes une avancée supplémentaire, et pour les jeunes femmes une avancée significative. En tout cas, je remercie celles et ceux qui se sont exprimés pour soutenir cette politique. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC, écologiste et GDR.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 134, tendant à supprimer l'article 43.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Jérôme Guedj. Assumez !

M. Dominique Tian. Défendu.

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

M. Christian Paul, *rapporteur.* Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Bien sûr, le groupe UDI ne votera pas cet amendement. Je rappelle d'ailleurs que Simone Veil assistait dimanche dernier, au premier rang, au congrès constitutif de l'UDI.

M. Bernard Accoyer. Quel argument !

M. Francis Vercamer. Ceux qui ont pu regarder en direct ce congrès ont pu percevoir l'émotion suscitée lorsque Jean-Louis Borloo a rappelé la modernité exceptionnelle...

Mme Jacqueline Fraysse. Le courage !

M. Francis Vercamer. ...qu'a constitué l'adoption du texte sur l'IVG grâce à Simone Veil.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Heureusement que la gauche était là, sinon il n'aurait pas pu être adopté !

M. Francis Vercamer. Notre groupe soutiendra le Gouvernement en la matière car il s'agit d'une avancée.

Hier, on a beaucoup parlé du bouclier sanitaire. La question de l'IVG doit être aussi étudiée dans ce cadre, car cela fait partie de l'accès aux soins, à la santé et à la vie.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Je sens et nous sentons tous ici la frange la plus conservatrice de cette assemblée probablement gênée à l'idée de défendre un amendement qui n'est pas défendable. Si on lit l'exposé sommaire de cet amendement n° 134, il est fait état de « la banalisation de l'IVG ». Banalisation de l'IVG ! Comme si un parcours d'interruption volontaire de grossesse pouvait être un acte banal. Quand on connaît le parcours du combattant que cela représente pour une femme, tant sur le plan moral que sur le plan physique, parler d'acte banal – comme si on allait faire ça comme on va faire ses courses – est tout simplement indigne.

Pensez-vous vraiment que le remboursement de l'IVG puisse être incompatible avec une vraie politique de prévention des grossesses non désirées ? Évidemment non, et d'ailleurs l'amendement qui sera défendu tout à l'heure et qui propose la prise en charge de la contraception pour les mineurs atteste bien de cette volonté du Gouvernement et de la gauche dans son ensemble de lutter contre ces grossesses non désirées, qui sont de véritables moments de souffrance pour les familles concernées et pour les femmes en particulier.

Il faut améliorer l'accès à l'IVG, c'est important. Valoriser l'acte est important. Il faut améliorer cet accès dans les établissements de santé, évidemment, mais également dans les soins ambulatoires, en ville, et la prise en charge à 100 % ne doit pas concerner que la prise en charge médicale, mais toutes les méthodes médicales et chirurgicales. C'est le sens de l'article.

Mesdames et messieurs de la majorité, on a senti une gêne. Il y a eu des discours courageux dans vos rangs et je salue les propos de Mme Poletti, que je tiens à rassurer au passage en lui disant que si les médecins militants qui ont connu les années 1974-1975 sont en train de partir en retraite, ils ont été remplacés : les jeunes médecins sont tout aussi militants, les jeunes médecins ont tout autant conscience du service d'intérêt général rendu et ils s'engagent, je vous assure. Venez voir dans les plannings familiaux, venez voir les jeunes généralistes qui effectuent des vacations dans les hôpitaux publics : vous verrez que ce n'est pas un leurre.

Je vous engage, mesdames et messieurs de l'opposition, même les plus conservateurs d'entre vous, à vous montrer à la hauteur des enjeux et à retirer cet amendement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Dominique Tian. Qu'il y ait un débat au sein de l'UMP, c'est normal : ce n'est pas une caserne.

Tout à l'heure, il y a eu la mise en cause d'un fonctionnaire de l'État qui paraît-il est dans cette salle, ce qui est assez inadmissible de la part du parti socialiste, mais je n'ai pas relevé parce que ce sont vos problèmes internes. Vous avez mis en cause un fonctionnaire de l'IGAS qui, paraît-il, est près des bancs du Gouvernement : nous l'avons tous noté. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Marie-Françoise Clergeau. Vous avez mal entendu, monsieur Tian !

M. Dominique Tian. S'il vous plaît, quand vous commandez des rapports, lisez-les. Le rapport de l'IGAS indique que « maintenant, l'IVG n'est pas un événement exceptionnel, elle constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive, et doit être prise en compte comme telle ». C'est donc devenu une pratique des femmes qui est une pratique comme d'autres (*Protestations sur les bancs du groupe SRC*),...

Mme Jacqueline Fraysse. Ce que vous dites est honteux !

M. Dominique Tian. ...ce qui permet à l'IGAS de souligner, avec justesse, l'échec de la contraception française, puisque la diffusion massive de la contraception n'a pas fait diminuer le nombre d'IVG.

Ce qui a été dit tout à l'heure, c'est que l'IVG est un drame, pour toutes les femmes. Il faut se poser les vraies questions. L'IGAS l'a fait, indiquant que le remboursement était à 100 % pour les mineures, et à 80 % pour les autres, et que cela posait un certain nombre de problèmes. C'est pourquoi nous avons voulu susciter un débat. L'échec de la contraception dans notre pays, le fait que le nombre d'IVG ne diminue pas, pose question. Voilà, c'est tout.

Pourquoi est-on à chaque fois stigmatisé ? Il ne s'agit pas de revenir sur la loi de Simone Veil. Il y a une question qui a été posée par les services de l'État dans un rapport qui a été demandé par le Gouvernement, et nous voulions simplement avoir un débat là-dessus. Nous avons un vrai problème concernant l'IVG en France : il faut que Mme la ministre nous dise – et Mme Poletti en a parlé tout à l'heure avec talent – comment se mettre d'accord pour améliorer l'information des adolescentes et travailler sur ce sujet de santé publique. Il ne s'agit de rien d'autre que de cela.

M. le président. Sur l'amendement n° 134, je suis saisi par le groupe socialiste, républicain et citoyen d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale. Nous allons attendre cinq minutes avant de passer au vote.

.....

M. le président. Je vais maintenant mettre aux voix l'amendement n° 134.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	103
Nombre de suffrages exprimés	101
Majorité absolue	51
Pour l'adoption	6
Contre	95

(*L'amendement n° 134 n'est pas adopté.*)

(*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 190.

Mme Bérengère Poletti. C'est un amendement que j'ai rédigé à un moment où je n'avais pas connaissance de ce que la ministre allait nous proposer. Malgré tout, madame la ministre, ne pourrait-on réfléchir à faire de cet amendement un article additionnel ? Il serait intéressant d'étudier la manière dont les femmes peuvent accéder à la contraception dans notre pays.

En France, on a un peu tendance à pratiquer le « tout pilule ». Or, il existe d'autres modes de contraception qui pourraient s'adapter beaucoup mieux à une vie professionnelle ou étudiante un peu dense : je pense aux patches ou aux anneaux vaginaux, qui actuellement ne sont pas remboursés et qui pourraient permettre à certaines femmes d'être couvertes correctement. Je souhaite requérir de votre part la possibilité de faire de cet amendement un article additionnel.

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission n'avait pas retenu cet amendement, mais non pas pour des raisons de fond qui tiendraient à l'intention que vous manifestez, madame Poletti, car nous sommes encore plus convaincus, après tout ce qui a été dit ce matin, y compris par Mme Touraine, de la nécessité de faire progresser la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse mais également la prise en charge de, et l'information sur, la contraception – et je suis prêt à dire comme vous : toutes les formes de contraception.

L'amendement tel qu'il est rédigé aurait pour effet, même si ce n'était pas votre intention, d'effacer la totalité de l'article 43, puisque vous proposez une nouvelle rédaction. C'est pourquoi vous proposez d'en faire un article additionnel. À titre personnel, je serais favorable à cette solution.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. J'avais demandé à Mme Poletti de retirer son amendement pour deux raisons : la première, c'est qu'il me semblait que d'autres amendements que nous présentons répondaient à son attente et la seconde, c'est que son amendement écrasait l'article, ce qui était assez étonnant venant de vous, madame la députée. Si vous le présentez comme article additionnel, je donne un avis favorable.

M. le président. Le règlement ne le permet pas, madame la ministre. Il faut que ce soit le Gouvernement qui dépose un amendement portant article additionnel après l'article 43.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement déposera donc un amendement reprenant celui de Mme Poletti et portant article additionnel après l'article 43.

M. le président. Vous retirez donc votre amendement, madame Poletti ?

Mme Bérengère Poletti. Oui, monsieur le président.

(*L'amendement n° 190 est retiré.*)

(*L'article 43 est adopté.*)

Après l'article 43

M. le président. Nous en venons à l'examen des amendements portant article additionnel après l'article 43.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 763.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement souhaite introduire un article additionnel permettant la prolongation du maintien de droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie maternité en cas de reprise du travail. Il s'agit de mieux garantir les droits des assurés sociaux qui perdent un emploi, pour leur permettre de bénéficier des prestations en espèces d'assurance maladie maternité.

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement mais j'y suis favorable à titre personnel et je propose par conséquent à nos collègues de le voter. La reprise d'un travail ne doit pas pénaliser les personnes concernées. Le maintien du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pour les personnes qui retrouvent un emploi va donc évidemment dans le bon sens.

(L'amendement n° 763 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 762.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement revient sur les modes de facturation des actes de biologie médicale tels qu'ils résultent de l'ordonnance du 13 janvier 2010. Il s'agissait de définir un mode de paiement dès lors que plusieurs actes de biologie étaient réalisés avec un laboratoire « principal » déléguant une partie des actes à d'autres laboratoires. L'idée, qui semblait relever du bon sens, était de mettre en place une facturation unique.

Or il apparaît à l'usage que cette facturation unique pose de grandes difficultés et que les laboratoires médicaux soit ne parviennent pas à se faire facturer les actes de façon satisfaisante, soit subissent des retards de paiement. C'est donc à la demande des biologistes que le Gouvernement propose l'instauration d'un principe de facturation séparée.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis d'autant plus favorable que la commission avait présenté le même amendement, malheureusement déclaré irrecevable aux termes de l'article 40 de la Constitution.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission. Nous sommes régulièrement interpellés par les biologistes. Une proposition de loi a été bloquée au Sénat avant l'élection présidentielle alors que nous avons trouvé un accord avec les biologistes du secteur privé et ceux du secteur public. Nous avons fait en sorte qu'à l'occasion de leur prochaine « niche », les sénateurs présentent ce texte afin qu'il soit adopté le plus rapidement possible.

M. Gérard Bapt. Très bien !

(L'amendement n° 762 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 765.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit de permettre la gratuité de la contraception pour les mineures de quinze à dix-huit ans. Je ne reviens pas trop longuement sur cette mesure qui s'inscrit dans le cadre d'une politique plus large de santé publique et qui concernera, nous le verrons, l'ensemble des jeunes.

J'insisterai seulement sur un point : contrairement à ce que j'ai pu entendre ou lire ici ou là, cet amendement ne concerne pas que la pilule. La gratuité concerne bien les modes de contraception qui font aujourd'hui l'objet d'un remboursement, à savoir certaines contraceptions orales, les implants et le stérilet.

Certains considèrent que d'autres modes de contraception pourraient faire l'objet d'une prise en charge. Ce débat pourra avoir lieu mais ne doit pas porter que sur les jeunes. Pour l'heure, nous souhaitons élargir les dispositions en vigueur et, je le répète, accorder aux jeunes de quinze à dix-huit ans la gratuité des modes de contraception qui font aujourd'hui l'objet d'un remboursement.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement, que le Gouvernement vient de déposer, n'a pas été formellement examiné en commission mais chacun conviendra, après les débats que nous venons d'avoir, de son importance. J'y suis très favorable. Il s'agit d'un acte majeur de santé publique et nous sommes nombreux à penser qu'une décision en ce sens aurait d'ailleurs dû être prise il y a bien longtemps.

La disposition proposée ne nous dispense pas, ainsi que vient de le préciser Mme la ministre, de réfléchir, dans les années qui viennent, à élargir la manière dont les différentes formes de contraception sont remboursées. Reste que nous sommes sur le point, ce matin, d'accomplir un pas très important et positif.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission. Il est important que ce dispositif soit appliqué parallèlement au lancement d'une campagne d'information sur le préservatif afin de rappeler aux jeunes femmes concernées, qui pensent certes être protégées contre une grossesse, que ce mode de contraception représente la seule barrière connue contre les maladies sexuellement transmissibles. L'un ne peut aller sans l'autre : il s'agit d'éviter des négligences irréparables.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Je me pose certaines questions, madame la ministre, sur le mode de contraception qu'on donne aux mineures. Nous avons affaire à un public tout à fait particulier. Si cet amendement est adopté, tous les modes de contraception aujourd'hui remboursés seront accessibles gratuitement aux mineures. Mais peut-on toujours proposer une pose de stérilet à une mineure ? Je n'en suis pas sûre. Est-ce qu'un implant est toujours possible ? Je n'en suis pas plus sûre.

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est au médecin de le déterminer.

Mme Bérengère Poletti. Les choses me paraissent compliquées tant en termes de psychologie que de santé – les pilules de troisième génération, notamment, sont très peu indiquées chez les mineures; j'ai d'ailleurs été satisfaite de votre décision de dérembourser ce mode de contraception particulièrement déconseillé pour cette population.

J'observe en outre qu'en matière de remboursement à 100 %, on ne part pas de rien puisque les centres de *planning* familial reçoivent les mineures et leur distribuent la pilule de façon anonyme et gratuite. Reste que les mineures n'ont pas toutes accès à ces centres, notamment à cause d'incompatibilités horaires. De plus, certaines mineures ont des difficultés dans leur famille. C'est pourquoi, sur le plan technique, nous devons préciser cet amendement afin que les mineures en situation de rupture familiale puissent accéder anonymement et gratuitement à la contraception. Cela revient à se demander sur quelle carte va s'exercer cette gratuité: celle éditée pour la mineure, celle des professionnels qui couvre la prescription, l'acte du médecin, éventuellement un acte de biologie? Tout n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît quand il s'agit de ce public de jeunes filles.

Par ailleurs, la présidente de la commission a raison de souligner que les garçons sont aussi concernés par la question des préservatifs.

Je souhaite donc que le Gouvernement nous précise de quelle manière le Gouvernement entend permettre l'anonymat des prescriptions concernées.

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

Mme Martine Pinville. Je souhaite revenir sur cette avancée très importante concernant l'accès des mineures à la contraception, et plus particulièrement sur les centres de *planning* familial. On doit bien constater que ces derniers sont de moins en moins nombreux. Je l'ai déjà dit, il existe un lieu où ces mineures, jusqu'à dix-sept ans, se retrouvent: c'est l'école. C'est par conséquent dans les lycées qu'il faut les accompagner, avec l'appui des infirmiers et des médecins scolaires. Il convient vraiment d'examiner cette question – même si l'éducation nationale est principalement concernée –, puisqu'il s'agit du lieu où se trouvent toutes les jeunes filles.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Françoise Clergeau.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Pour répondre à Mme Poletti, le nombre des centres de planification – lieux d'accueil pour toutes les femmes, mineures ou non, mais également pour les hommes – a très fortement diminué à cause de la politique budgétaire de ces dernières années.

Mme Bérengère Poletti. Ce n'est pas vrai!

Mme Marie-Françoise Clergeau. Il faut en effet rappeler que le Gouvernement précédent a apporté moins de moyens financiers à ces centres.

Mme Bérengère Poletti. C'est totalement faux!

Mme Marie-Françoise Clergeau. Pour compléter, ensuite, l'intervention de Mme Pinville, je rappellerai qu'environ 18 000 jeunes filles se retrouvent enceintes et c'est cette tranche d'âge qui a le plus recours à l'interruption volontaire de grossesse. Le facteur familial et social est particulièrement important pour expliquer cette donnée: ces jeunes filles

enceintes sont dix fois plus nombreuses que les autres à avoir quitté le système scolaire et connaissent souvent des difficultés d'insertion professionnelle.

L'amendement du Gouvernement va donc faire disparaître les barrières financières à l'accès à la contraception, pour que ces jeunes femmes conservent la maîtrise de leur fécondité. Cette mesure doit aller de pair avec le lancement d'une campagne d'information – qui a souvent fait défaut ces dernières années – sur l'ensemble des moyens de contraception.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Poletti, le choix de la contraception, qu'il s'agisse des femmes mineures ou majeures, se fait en relation avec le médecin. Il n'est donc pas question de « pré-flécher », si j'ose dire, un mécanisme de contraception. Nous n'affirmons pas que le stérilet ou l'implant, qui peuvent ne pas être adaptés, doivent être les moyens de contraception à adopter par les mineures; nous affirmons simplement que les modes de contraception qui sont aujourd'hui remboursés seront dorénavant gratuits. Il revient évidemment au médecin, en relation avec la jeune femme, de déterminer le mode contraceptif le mieux adapté. Le fait qu'une jeune femme souhaite bénéficier d'un moyen de contraception n'exclut pas qu'elle rencontrera un professionnel de santé, qu'il exerce dans le secteur libéral ou bien dans un centre de planification – où la gratuité est du reste déjà possible.

Je souhaite indiquer à Mme Lemorton que l'INPES commence ces jours-ci une campagne sur le préservatif.

M. Jérôme Guedj. Très bien!

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est une façon de montrer qu'en matière de sexualité, les jeunes hommes doivent aussi être impliqués.

Mme Bérengère Poletti. Je demande la parole, monsieur le président.

M. le président. Vous vous êtes déjà exprimée sur cet amendement, madame Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Certes, mais je n'ai pas eu la réponse à ma question et nous n'avons pas examiné cet amendement en commission.

M. le président. Vous avez la parole, madame Poletti, mais brièvement, s'il vous plaît.

Mme Bérengère Poletti. Je n'ai pas obtenu de réponse à ma question sur l'anonymat. Des parents peuvent constater, sur les relevés de la sécurité sociale qu'ils reçoivent régulièrement, que leur fille mineure est allée consulter un médecin sans leur dire et s'est fait prescrire un moyen de contraception. Le problème est donc suffisamment important pour que nous prenions un peu de temps pour le traiter.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis désolée, madame Poletti, j'avais tout simplement oublié de répondre à cette question. Nous pouvons donc poursuivre ce débat sereinement.

L'anonymat des jeunes femmes doit être garanti. Ce n'est toutefois pas si simple.

Mme Bérengère Poletti. En effet!

Mme Marisol Touraine, ministre. L'anonymat est déjà acquis dans les centres de planification. Pour le reste, nous sommes en train de travailler avec l'assurance maladie pour savoir quel mécanisme pourrait concrètement être mis en place afin que l'anonymat puisse être maintenu à l'occasion des remboursements, en particulier après consultation d'un médecin libéral. On pourrait imaginer que le médecin connaisse tout de même l'identité de sa patiente sans qu'il en soit fait état en dehors du cabinet, cela en attendant l'éventuelle mise en place de dispositifs permettant un anonymat complet.

Le sujet le plus difficile n'est pas le respect de l'anonymat par le médecin mais bien par les organismes de remboursement.

Mme Bérengère Poletti. Exactement !

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est pourquoi c'est avec l'assurance maladie que nous avons engagé cette réflexion.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission. Cette question peut, techniquement, être très vite réglée, puisque la contraception d'urgence, aujourd'hui, se fait sous numéro anonyme dans chaque pharmacie. Les moyens informatiques pourraient donc résoudre le problème dès lors que les médecins s'informatisent de plus en plus.

Mme Bérengère Poletti. Ce n'est pas tout à fait la même chose.

(L'amendement n° 765 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 795 du Gouvernement.

Je rappelle que cet amendement reprend l'amendement n° 190 à l'article 13, que Mme Bérengère Poletti avait défendu, puis retiré. Il a reçu un avis favorable de la commission.

(L'amendement n° 795 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Moudenc, pour soutenir l'amendement n° 103 rectifié.

M. Jean-Luc Moudenc. L'amendement n° 103 rectifié concerne la CMU : c'est un poste de dépense qui ne cesse de croître. Alors que nous sommes tous en train de réfléchir aux moyens de réduire les dépenses publiques et les déficits de la sécurité sociale, cet amendement concourt à ces objectifs, en proposant que le bénéfice de cet avantage soit désormais conditionné à une obligation de résidence en France d'un an, et non plus de trois mois seulement. La philosophie de notre amendement est la suivante : « La solidarité, oui ; les abus, non ».

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

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission, mais je n'ai vraiment aucune peine à lui donner un avis radicalement défavorable. Vous proposez de porter l'obligation de résidence à un an pour pouvoir bénéficier de la CMU. En termes de santé publique, ce serait purement et simplement catastrophique.

M. Jean-Yves Cautlet. Ils sont aveuglés par leur xénophobie !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Je voudrais quand même dire un mot sur cet amendement. Chaque année, au moment du PLFSS, on nous refait le coup de la CMU. D'habitude, cela arrive un peu plus tard. Chaque année, le directeur du Fonds CMU nous présente son rapport d'activité et nous explique, chiffres à l'appui, la situation des bénéficiaires de la CMU.

Vous dites que leur nombre augmente de manière exponentielle : ce n'est pas vrai. Il y a effectivement une augmentation, mais elle est liée à la précarité qui existe dans notre pays. Il n'y a pas non plus d'abus. Quelques exemples tout au plus ont été notés ici ou là, dont nous avons parlé, et ils ont été corrigés.

Je voudrais que l'on reste raisonnable sur ces sujets, et que l'on cesse de jeter en permanence la suspicion sur la CMU, parce que c'est aussi une question de dignité. Je rappelle que la CMU a permis d'offrir des soins à des personnes qui en étaient très éloignées. Comme vient de le dire le rapporteur, nous avons tout intérêt à soutenir ces dispositions, sans quoi nous aurions à faire face à de grands risques sur la santé publique dans notre pays.

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

M. Dominique Tian. Prétendre que la CMU n'est pas fraudée, c'est vraiment une gigantesque rigolade. Tous les professionnels de santé savent qu'en vérité, la CMU fait largement l'objet d'abus par des personnes qui remplissent des dossiers de manière inexacte : un rapport, dit de performance de l'État, qui est assez connu, a montré, en reprenant les résultats d'une enquête menée auprès des caisses primaires, qu'environ 40 % des dossiers comportaient des omissions. Si cela, ce n'est pas une fraude !

Mme Joëlle Huillier. Des omissions, ce ne sont pas des fraudes !

M. Dominique Tian. Pour reprendre les mots que la ministre a utilisés hier à mon endroit, je dirai que prétendre que la CMU n'est pas fraudée est un vaste sujet de rigolade. Chacun sait qu'il existe des abus persistants. Je crois que mon collègue a soulevé un vrai sujet, et on ne pourra pas l'éluder.

Il me semble que tout le monde est d'accord : nous avons voté hier à l'unanimité des mesures visant à lutter contre la fraude, qui sont des mesures de bon sens. Il faudra, pour sauvegarder et pérenniser le système de la CMU, le rationaliser en s'inspirant de ce qu'ont fait les autres pays européens. Vous commencez, du reste, à le faire, puisque nous avons parlé hier de gestion de fichiers et d'échange d'informations entre le fisc, les impôts et La Poste : par ces moyens, nous pourrions vérifier, comme mon collègue l'a dit, que les gens résident bien en France, que leur dossier administratif est valable, mais aussi qu'ils sont encore vivants, puisque c'est aussi un problème qui se pose. Nous avons un problème d'identification, qui fait que l'on ne sait pas très bien, dans notre pays, qui est vivant et qui ne l'est plus. Un excellent rapport existe sur ce sujet. Dans d'autres pays se pose le problème de centaines qui sont décédés et que l'on continue de payer assez allègrement.

La plupart des autres pays du monde sont passés à la biométrie ; la France est en train d'évoluer plutôt positivement grâce aux mesures qui ont été présentées hier par le parti socialiste et ses amis lors du PLFSS. Il faut aller plus loin et poser les vraies questions au sujet de la CMU.

Mme Martine Pinville. Ce n'est pas sérieux !

M. Gérard Bapt. Qu'avez-vous fait depuis dix ans ?

M. Dominique Tian. Madame Carrillon-Couvreur, arrêtez de dire que la CMU n'est pas fraudée parce que le Fonds CMU le dit : il est juge et partie ! Le nombre de bénéficiaires de la CMU ne diminue pas, et c'est une prestation largement fraudée.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission. Monsieur Tian, on mettra cela sur le compte de votre jeunesse !

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je me félicite de voir, monsieur Tian, que vous éprouvez toujours autant de passion pour la lutte contre les abus. Ou disons plutôt : contre certains abus, ceux qui concernent les prestations sociales. Car vous ne vous passionnez surtout pas pour la lutte contre ces autres abus que sont les sous-déclarations de la part des employeurs, lesquelles entraînent – et vous le savez bien, puisque vous avez rendu un rapport sur ce sujet – la dépense la plus lourde. Elle est dix fois plus lourde !

M. Dominique Tian. C'est vrai.

Mme Jacqueline Fraysse. Mais celle-ci ne vous intéresse pas,...

M. Dominique Tian. Si !

Mme Jacqueline Fraysse. ...et je crois qu'on aura du mal à vous convaincre de vous y intéresser.

Je voudrais interroger les auteurs de cet amendement : ils nous disent qu'il faut porter la durée de l'obligation de résidence de trois mois à un an. Pendant cette année, que feront les personnes qui auront besoin de soins ? Elles auront le droit de contaminer éventuellement l'ensemble de nos concitoyens, ce qui pose un problème de santé publique. Elles auront aussi le droit de mourir sans soins : est-ce cela, l'objectif que vous vous fixez ? Il serait intéressant que vous précisiez votre démarche, car il s'agit d'hommes, de femmes, de personnes humaines. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Gérard Sebaoun. Je veux seulement dire que je ne répondrai plus à M. Tian, qui fait de cette question son fonds de commerce. C'est insupportable.

M. Dominique Tian. C'est votre fonds de commerce !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Un mot seulement : M. Tian se préoccupe des soi-disant morts qui demanderaient à bénéficier de la CMU. Il me semble qu'il généralise à l'ensemble du pays les pratiques qui avaient cours dans le cinquième arrondissement de Paris. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Moudenc.

M. Jean-Luc Moudenc. Je voudrais répondre à la question posée par Mme Fraysse, qui mérite réponse. Ma chère collègue, l'AME est la réponse à votre question et à la situation que vous avez décrite. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Mais vous voulez la supprimer !

M. Jean-Marc Germain. Quel cynisme !

(*L'amendement n° 103 rectifié n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 610 rectifié.

M. Jean-Louis Roumegas. Je crains que Mme la ministre ne nous réponde : « Encore un rapport ! ».

Mme Marisol Touraine, ministre. Eh oui !

M. Jean-Louis Roumegas. Mais je tiens à la rassurer tout de suite : nous sommes tout à fait prêts à retirer cet amendement. Ce qui nous importe, c'est d'attirer son attention sur un vrai problème de santé publique. Les équipements optiques, dentaires et auditifs ne peuvent plus aujourd'hui être considérés comme de simples éléments de confort, mais bien comme des équipements de santé. Or, il est facile de constater que certaines populations défavorisées n'y ont accès que très difficilement.

L'augmentation du niveau de remboursement n'est pas nécessairement la bonne solution : ce serait un puits sans fond. Une autre piste, que je vous soumets, pourrait être de créer un marché concurrentiel. Avec l'aide, peut-être, du secteur mutualiste, il s'agirait d'offrir ce type d'équipements de santé à un prix plus acceptable.

Madame la ministre, je retirerai sans problème cet amendement si vous me le demandez, mais pouvez-vous nous confirmer que vous travaillez dans cette direction, et que vous pourrez bientôt nous faire des propositions ?

M. Dominique Tian. Elle peut le faire ! (*Sourires.*)

M. Jean-Louis Roumegas. Il existe vraiment une attente très forte au sein de la population. Il n'y a qu'à voir les offres des mutuelles : leurs tarifs progressifs ne sont pratiquement basés que sur la capacité à rembourser un peu mieux les lunettes, les prothèses dentaires et les appareils auditifs. C'est un vrai problème. Aujourd'hui, l'accès aux mutuelles, surtout dans leurs versions les plus chères...

M. Dominique Tian. Et les moins bien gérées !

M. Jean-Louis Roumegas. ...est de plus en plus difficile. Il faut donc trouver d'autres solutions. Merci, madame la ministre, de nous répondre que vous êtes attentive à ce problème.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je remercie M. Roumegas d'anticiper mes demandes et je le remercie par avance de retirer cet amendement.

Le fait est – et vous l'avez bien indiqué, monsieur le député – que les données sont très bien connues. Nous savons ce qu'il en est du renoncement aux soins dentaires et aux prestations d'optique. Nous savons que c'est principalement pour des raisons de coûts qu'une partie significative de nos concitoyens,

15 % environ, y renoncent. Vous le dites vous-même : le temps de l'action est venu, et vous avez déjà proposé quelques pistes, sur lesquelles nous devons nous engager.

Vous avez fait une première proposition, qui consisterait à développer un réseau de soins. C'est une piste sérieuse, que nous devons creuser et valoriser, en veillant à ce qu'elle garantisse effectivement l'accès de tous aux soins et qu'elle n'aboutisse pas, au contraire, à une sélection des patients, à une sélection des risques. Je crois que les pouvoirs publics auront un rôle à jouer, notamment en matière de régulation dans ce secteur. C'est pour moi une priorité, en termes d'accès aux soins.

M. le président. Monsieur Roumegas, retirez-vous l'amendement n° 610 rectifié ?

M. Jean-Louis Roumegas. Oui, monsieur le président.

(L'amendement n° 610 rectifié est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 586 rectifié.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous avons déposé l'amendement n° 586 rectifié lorsque les amendements tendant à améliorer l'accès des jeunes et des étudiants aux complémentaires santé ont été déclarés irrecevables. Le dernier en date concernait la taxe sur les conventions d'assurances.

Au cours du débat de ce matin, vous avez annoncé, madame la ministre, que la question de l'accès aux complémentaires serait traitée, et en particulier la question de l'accès des jeunes et des étudiants à celles-ci. Je vous demande de nous le confirmer. Pouvez-vous également nous indiquer si vous étudiez des dispositifs d'extension du tiers payant, qui est une des réponses importantes au problème de l'accès aux soins ?

Nous retirons l'amendement, mais nous voudrions connaître vos pistes de travail en ce domaine.

(L'amendement n° 586 rectifié est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 666 rectifié.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons déposé un amendement demandant la suppression des franchises, qui sont un véritable obstacle à l'accès aux soins. Malgré le gage qu'il comportait, il a été déclaré irrecevable par la commission des finances, au titre de l'article 40.

N'a échappé à son couperet que cet amendement, qui demande au Gouvernement de remettre au Parlement, avant le 30 juin 2013, un rapport sur l'efficacité des franchises au regard des objectifs qui leur étaient assignés, à savoir essentiellement la responsabilisation des patients.

Nous avons également déposé une proposition de loi dans ce sens, qui, je l'espère, pourra être adoptée, dans la mesure où les députés du groupe socialiste, qui étaient à nos côtés pour combattre ces franchises, auront sans doute à cœur de les supprimer dans les meilleurs délais.

En effet, en taxant les patients pour leur recours au système de santé et leur consommation de médicaments délivrés sur prescription, les franchises constituent une véritable rupture avec le principe fondamental selon lequel chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. D'autant que les franchises s'appliquent principalement aux patients atteints

d'une affection de longue durée, pour qui la continuité dans le parcours de soin n'est ni un luxe, ni un choix, mais une exigence. Il n'est donc évidemment pas question, à nos yeux en tout cas, de « responsabilisation ».

Un rapport précis pourrait mesurer les effets de ces franchises, en vue de leur suppression.

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

M. Christian Paul, rapporteur. La commission n'est pas favorable à cet amendement. Non pas – je tiens à rassurer Mme Fraysse – que nous partagions cette idée de responsabilisation des malades ; les franchises n'ont jamais eu cet effet, et ce n'est pas la question qui nous est posée ce matin.

Nous avons simplement fait le choix d'aborder cette question sous tous les angles possibles : meilleur remboursement et baisse du prix des soins. Nous reviendrons sur ce point avec le conventionnement qui sera proposé au réseau de professionnels avec les mutuelles. Nous avons donc décidé, en ce début de législature au moins, d'aborder la question sous l'aspect de la diminution du reste à charge, et non pas spécifiquement sur la question des franchises. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable, si Mme Fraysse maintient son amendement.

La question des franchises est clairement posée. Elle l'est dans le cadre du reste à charge des patients. C'est pour nous un enjeu, nous allons voir comment faire en sorte de le réduire.

Nous avons commencé à le faire par une politique sur les dépassements d'honoraires. Nous devons évidemment poursuivre. Il ne me semble pas qu'un rapport supplémentaire nous permette d'apporter des réponses, parce que nous connaissons bien cette question des franchises.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je veux bien retirer l'amendement, en espérant que ce poids sur les patients soit levé.

(L'amendement n° 666 rectifié est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 785.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette question a longuement été évoquée hier. Il s'agit de proposer l'expérimentation du tiers payant intégral pour les étudiants dans trois villes universitaires, mieux adaptées pour cette expérience. Nous souhaitons également voir comment, indépendamment des étudiants, favoriser le tiers payant dans des équipes de soins telles qu'elles ont été définies à l'article 39.

Ces deux propositions ont été annoncées hier au cours du débat, à l'occasion de la discussion qui s'était engagée sur la possibilité d'une suppression de la taxe pesant sur les mutuelles étudiantes.

Il a paru utile au Gouvernement d'engager une expérimentation sur le tiers payant, car c'est un des terrains sur lesquels il est le plus facile d'agir pour les étudiants dans la mesure où les mutuelles sont à la fois des organismes de sécurité sociale et des complémentaires. Cela permettra de voir comment procéder pour lever les difficultés concrètes qui s'opposent à la généralisation du tiers payant.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis heureux que le Gouvernement ait accepté de porter ce double objectif. La commission est d'autant plus favorable à cet amendement que nous avons adopté des amendements allant dans le sens du tiers payant pour les étudiants et les patients des maisons de santé. Cet amendement est tombé sous le coup de l'article 40, mais il était important que cette mesure soit adoptée dès le premier PLFSS de cette législature, car cela va dans le sens de la transformation que nous souhaitons imprimer à notre système de protection.

Comme l'a été notre commission sur les amendements initiaux, je suis extrêmement favorable à cet amendement.

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

M. Jean-Pierre Door. Sans revenir sur le débat d'hier soir au cours duquel nous avons évoqué le problème des assurances des étudiants, nous comprenons bien qu'un dispositif expérimental nous soit proposé par cet amendement. Je souhaitais demander à la ministre comment seront choisies les trois villes universitaires ? Car bon nombre de candidates risque de frapper à la porte.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le groupe UDI votera bien sûr cet amendement, qui nous semble aller dans le bon sens. Nous en avons discuté hier à propos de la taxe sur les complémentaires, que nous souhaitions réduire pour les étudiants, mais cette proposition a malheureusement été rejeté par notre assemblée.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Un décret définira les villes retenues, nous allons réfléchir afin de trouver des situations diversifiées afin qu'il n'y ait pas que des grandes villes étudiantes et que soit couverte une variété de situations géographiques, sociologiques et territoriales.

(L'amendement n° 785 est adopté.)

Article 44

M. le président. Sur l'article 44, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte.

Mme Fanélie Carrey-Conte. J'avais très rapidement évoqué cet article lors de la discussion générale, et je souhaite y revenir de façon plus détaillée. Il s'agit d'une question importante, celle de la publicité sur les produits de santé.

C'est une question importante, car il s'agit d'un élément déterminant de la stratégie commerciale des laboratoires pharmaceutiques, qui cherchent à accroître leur notoriété pour augmenter leurs ventes. C'est également une question importante car elle peut avoir des conséquences graves en termes d'augmentation des dépenses de l'assurance maladie.

Il est donc essentiel de réglementer et d'encadrer cette publicité. Trois dispositions dans cet article sont particulièrement importantes. La première tend à empêcher les stratégies de contournement que pratiquent certains laboratoires. Actuellement, les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas le droit de faire de la publicité pour des spécialités remboursa-

bles. Mais depuis quelques années, ils obtiennent des visas leur permettant de faire de la publicité pour des produits dont le nom rappelle très fortement celui de spécialités remboursables : très concrètement, ils ajoutent des préfixes ou des suffixes au nom du produit. L'article 44 interdit désormais la publicité dans la presse grand public pour des produits dont le nom est significativement similaire à celui d'une spécialité remboursable.

Deux autres dispositions importantes figurent dans cet article 44 : le renforcement de l'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables – désormais la promotion des dispositifs médicaux qui entraînent des coûts importants pour l'assurance maladie sera interdite – et enfin, afin de faire respecter les règles encadrant la publicité sur ces dispositifs médicaux remboursables, l'article prévoit la possibilité de sanctions financières et pénales pour les laboratoires qui ont été sanctionnés d'une interdiction ou d'un retrait d'autorisation de publicité.

Au vu des enjeux pour les comptes sociaux, je voulais souligner l'importance de cet article. Il a été enrichi hier par un amendement que nous avons voté – il avait été déposé par la présidente Lemorton –, qui interdit aux grands laboratoires de faire de la publicité dans la presse grand public sur leur seul nom plutôt que sur une spécialité, dans le but d'imprimer leur marque dans les esprits.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumeegas.

M. Jean-Louis Roumeegas. Nous soutiendrons avec beaucoup d'enthousiasme cet article et son renforcement par l'amendement de Mme Lemorton voté en commission. L'enjeu est simple : on ne peut pas considérer le médicament comme une simple marchandise.

Aujourd'hui, le système mixte dans lequel nous sommes est aberrant. Des laboratoires qui vivent globalement sur la solidarité nationale sont en train de développer une logique purement commerciale, basée sur la publicité, en essayant de créer des besoins en matière médicale ou paramédicale. C'est proprement inacceptable.

Si on laisse cette logique mercantile se développer dans le domaine du médicament, ou à côté du médicament, c'est l'ensemble du système de solidarité nationale qui sera menacé. Nous ne pouvons pas accepter cette dérive.

Une affaire qui est en train d'éclater en est un exemple probant : Sanofi licencie son pôle de recherche en France, et au même moment, développe à grand renfort de publicité une marque paramédicale, Oenobiol, qui commercialise des produits de compléments alimentaires. C'est aberrant : un laboratoire arrête partiellement la recherche sur le médicament en France et essaye de développer une logique commerciale.

L'encadrement et même l'interdiction de la publicité sur le médicament sont des objectifs qu'il faut poursuivre du point de vue de l'équilibre des comptes sociaux, mais ce sont aussi des objectifs de société. Il faut mettre un coup d'arrêt à cette dérive.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Le groupe GDR votera cet article – enrichi de l'amendement présenté par Mme Lemorton hier soir –, pour les raisons qui viennent d'être dites, et que je ne répète pas. Nous pensons qu'il y a lieu de rectifier un certain nombre de choses dans le domaine des laboratoires et de l'industrie pharmaceutiques.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 84 rectifié et 135.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. En réponse à M. Roumegas, l'industrie pharmaceutique, c'est quand même 100 000 emplois en France et plus de 500 sites. Avant de porter des jugements un peu abrupts et traiter tout le monde de je-ne-sais-quoi, faites attention. Beaucoup de gens vivent du médicament, c'est un produit que l'on exporte et une valeur forte de notre pays. Le médicament, ce n'est pas que des gens qui volent la sécurité sociale, ce sont aussi des gens qui survivent, qui vivent grâce à la production française. Ne nous plaignons donc pas qu'il y ait des gens qui bossent dans les industries pharmaceutiques.

Ces amendements portent sur la notion de reprise de dénomination, sur laquelle des ambiguïtés pourraient naître. C'est une question importante pour les laboratoires qui avaient déposé des brevets à l'époque.

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

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. L'ANSM établira une recommandation qui suffira. Le décret de précision proposé dans l'amendement n'est donc pas utile.

(Les amendements identiques n^{os} 84 rectifié et 135 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements n^{os} 383, 384 et 385 de M. Christian Paul sont rédactionnels. La commission et le Gouvernement y sont favorables.

(Les amendements n^{os} 383, 384 et 385, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'article 44, amendé, est adopté.)

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

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

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures quarante-cinq.)

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

NICOLAS VÉRON