

# ASSEMBLÉE NATIONALE

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013**

78<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

**2<sup>e</sup> séance du mercredi 28 novembre 2012**

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



# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTICE DE M. MARC LE FUR

### 1. Réseaux de soins des mutuelles (n° 424) (suite) (p. 5915)

#### DISCUSSION GÉNÉRALE (suite) (p. 5915)

Mme Véronique Massonneau,

Mme Jacqueline Fraysse,

M. Christian Paul,

Mme Marie-Christine Dalloz,

M. Arnaud Richard,

M. Richard Ferrand,

M. Bernard Accoyer,

M. Gilbert Collard,

M. Gérard Sebaoun,

M. Dominique Tian,

Mme Joëlle Huillier.

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

#### DISCUSSION DES ARTICLES (p. 5928)

##### Article 1<sup>er</sup> (p. 5928)

Mme Laurence Dumont, M. Christian Paul, M. Arnaud Robinet.

##### *Rappel au règlement* (p. 5929)

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

##### Article 1<sup>er</sup> (suite) (p. 5929)

Mme la présidente de la commission, M. Julien Aubert.

Amendements identiques n° 1 et 30.

##### *Suspension et reprise de la séance* (p. 5931)

##### *Rappel au règlement* (p. 5931)

M. Christian Paul.

Amendements identiques n° 1 et 30 (suite).

Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure de la commission des affaires sociales.

Amendements n° 31, 13, 14, 16 rectifié.

Amendements identiques n° 6 et 32.

##### Après l'article 1<sup>er</sup> (p. 5936)

Amendement n° 15.

##### Article 2 (p. 5936)

Amendements n° 2, 18, 19.

Amendements n° 33 et 17 rectifié.

Amendement n° 36.

Amendements identiques n° 5 et 34.

Amendement n° 39.

Amendements identiques n° 37 et 38.

Amendements n° 9, 10, 35, 20, 21.

##### Après l'article 2 (p. 5942)

Amendements n° 25, 26, 23, 22, 24.

##### Article 3 (p. 5944)

Amendements n° 3, 27.

##### *Suspension et reprise de la séance* (p. 5945)

Amendements n° 7, 28.

##### Après l'article 3 (p. 5946)

Amendement n° 29.

##### Titre (p. 5946)

Amendement n° 12.

##### EXPLICATIONS DE VOTE (p. 5947)

M. Richard Ferrand, M. Julien Aubert.

##### VOTE SUR L'ENSEMBLE (p. 5947)

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 5947)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR,**

**vice-président**

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

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

1

## RÉSEAUX DE SOINS DES MUTUELLES

### Suite de la discussion d'une proposition de loi

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins (n<sup>os</sup> 296, 424).

#### DISCUSSION GÉNÉRALE *(suite)*

**M. le président.** Cet après midi, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits dans la discussion générale.

La parole est à Mme Véronique Massonneau.

**Mme Véronique Massonneau.** Monsieur le président, madame la ministre des affaires sociales et de la santé, madame la présidente de la commission des affaires sociales, madame la rapporteure, mes chers collègues, lundi dernier, dans cet hémicycle, nous votions le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, en nouvelle lecture. La semaine dernière, nous examinions la proposition de loi de M. Vigier visant à garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les semaines précédentes, nous avons adopté le PLFSS en première lecture, puis les crédits de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2013 et, aujourd'hui, sont inscrites à l'ordre du jour la proposition de loi visant à interdire le bisphénol A, que nous venons d'adopter, et la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles. C'est donc peu dire que les thématiques de santé sont au centre de nos débats parlementaires, lesquels sont, il faut bien l'avouer, d'autant plus riches que les textes sont d'origines diverses : projets gouvernementaux, propositions de loi de l'opposition et de la majorité à l'Assemblée nationale, proposition de loi du Sénat. Tous n'ont pas connu le même sort, mais il en ressort un message, un signal fort envoyé à nos concitoyens : le Gouvernement et la majorité ont fait de l'accès aux soins un véritable leitmotiv, une grande cause nationale, comme le prônait M. Paul.

Certes, ainsi que le rappelait Mme la présidente de la commission, la proposition de loi que nous examinons aujourd'hui n'a pas vocation à régir l'accès aux soins dans

son ensemble ; elle vise surtout à régulariser la situation des mutuelles et unions, en mettant fin à une situation juridique complexe. Celle-ci est née d'un arrêt rendu en 2010 par la Cour de cassation, qui a remis en cause le principe de conventionnement mutualiste, considérant que le code de la mutualité interdit aux mutuelles de moduler le niveau des prestations et des remboursements de ses adhérents selon qu'ils ont fait ou non appel à un professionnel présent dans le réseau de soins. Il existe donc un risque de condamnation des mutuelles ou des unions. C'est ainsi que la MGEN a été condamnée une deuxième fois en novembre 2011 pour violation du code de la mutualité. Deux syndicats dentaires, la DSI et la FSDL, avaient déposé un recours contre la mutuelle, qui avait moins remboursé un patient ayant consulté un dentiste hors du réseau agréé. Les mutuelles, la MGEN notamment, défendent ces réseaux de soins, car ils permettraient d'améliorer le contrôle de la qualité et des prix des soins ainsi que la prise en charge des adhérents, et garantiraient au professionnel une clientèle plus importante. L'arrêt de la Cour de cassation serait ainsi contre-productif pour l'accès aux soins des Français.

La présente proposition de loi prévoit donc de modifier le code de la mutualité afin de rendre ces conventionnements légaux. Ce texte n'est pas nouveau : une première proposition de loi avait été déposée par MM. Yves Bur et Jean-Pierre Door en 2010 et la loi Fourcade avait également inclus des éléments allant dans ce sens. Mais le Conseil constitutionnel avait censuré ces dispositions, arguant qu'il s'agissait de cavaliers législatifs. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la Cour des comptes, et l'inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, s'étant prononcés également en faveur des réseaux mutualistes, c'est une initiative parlementaire qui va permettre aujourd'hui de mettre en œuvre l'un des engagements du Président de la République.

J'ai évoqué en commission les quelques doutes, les craintes, qu'ont eus les députés écologistes à la première lecture de cette proposition de loi. Comme plusieurs de nos collègues l'ont souligné, la première inquiétude est liée à une forme de désengagement de l'État de ces problématiques de remboursement. Notre système de santé repose en effet sur l'assurance maladie obligatoire, héritage de 1945 ; nous serions donc plus favorables à une véritable politique de prise en charge, des soins dentaires et optiques notamment, par l'assurance maladie. La deuxième inquiétude concernait l'inclusion des médecins dans le dispositif. Une réelle différence de traitement pourrait jouer un rôle important dans une négociation bilatérale sur les dépassements d'honoraires. Cette régulation par conventionnement paraît ainsi difficilement soutenable. Enfin, la troisième inquiétude était celle d'une immixtion des mutuelles ou unions dans le choix du professionnel de santé, qui remettrait en cause la liberté de choix pour l'adhérent.

Je tiens à féliciter Mme la rapporteure pour l'excellent travail qu'elle a accompli, qui a su dissiper ces inquiétudes. Les différentes auditions qu'elle a menées, notamment celles auxquelles j'ai pu assister, ainsi que les explications qu'elle a données en commission ont été réellement rassurantes et éclairantes.

**M. Julien Aubert.** Pas pour tout le monde !

**Mme Véronique Massonneau.** Le texte tel qu'il nous est présenté aujourd'hui en séance publique est ainsi enrichi, précisé et tout à fait acceptable. À l'article unique, devenu l'article 1<sup>er</sup>, ont été ajoutés deux nouveaux articles.

L'article 2 apporte de nombreuses précisions sur les conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé. Son cinquième alinéa précise que les conventions ne peuvent altérer le libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé pour chaque patient, dissipant ainsi l'une des principales craintes que suscitait ce texte.

L'alinéa 6 interdit les clauses d'exclusivité, ce qui favorisera une nouvelle fois la liberté de choix de chaque patient, ne serait-ce que dans la décision d'adhérer à telle ou telle mutuelle.

Les dispositions prévues au septième alinéa sont extrêmement importantes, puisqu'elles interdisent aux mutuelles ou unions, aux entreprises d'assurances ou aux instituts de prévoyance d'inclure dans les conventions avec les médecins des stipulations relatives aux tarifs des prestations et actes médicaux. Cette avancée adoptée en commission grâce à un sous-amendement proposé par Mme la présidente de la commission est un point clé du texte, car elle exclut les médecins du dispositif, comme beaucoup le souhaitaient. Outre l'intérêt qu'il présente quant aux dépassements d'honoraires – vous savez que je suis très attachée à cette question –, cet alinéa a vocation à rassurer la profession et les internes.

Le huitième alinéa vise à garantir aux citoyens une information suffisante sur l'existence du conventionnement et ses conséquences. Nous avons déposé en commission un amendement allant dans le même sens, mais nous l'avons retiré afin de conserver la rédaction de Mme la rapporteure. Les questions que la formulation adoptée a suscitées ont par ailleurs reçu une réponse convaincante de Mme Carrey-Conte, puisque les termes retenus sont ceux utilisés par l'Autorité de la concurrence.

Enfin, l'article 3 prévoit la remise d'un rapport au Parlement par le Gouvernement. Ce rapport comportera un bilan des conventions et permettra d'évaluer plus précisément l'impact de la loi, tout en ouvrant de nouvelles pistes de réflexion pour les politiques à mener en faveur de l'accès aux soins pour tous les Français. Je remercie une nouvelle fois Mme la présidente et Mme la rapporteure pour cet amendement adopté lors de l'examen du texte en commission, qui fait écho à une préoccupation des écologistes.

Partant d'un texte qui pouvait susciter quelques doutes, nous sommes parvenus, grâce au travail mené par Mme Carrey-Conte et aux amendements adoptés en commission, à une proposition de loi plus précise, plus complète, qui a dissipé les inquiétudes.

Ainsi que je l'indiquais précédemment, nous serions certes davantage favorables à un réengagement de l'État dans certains remboursements, mais la situation actuelle nécessite de parer au plus pressé. Les politiques menées durant ces dernières années ont aggravé la situation de beaucoup de nos concitoyens. Ainsi, entre 2008 et 2010, les dépenses de santé prises en charge par la sécurité sociale ont baissé de 1,3 point, à quoi s'ajoute un désengagement de l'assurance maladie de plus de 3 milliards d'euros entre 2004 et 2008.

Les secteurs de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse sont très peu remboursés par l'assurance maladie – 4 % pour l'optique, par exemple – et les tarifs varient d'un territoire à

un autre. Il est donc indispensable de réguler le système de santé dans ces secteurs. Or force est de constater que, si l'on souhaite diminuer le plus possible le reste à charge des patients, ce sont à l'heure actuelle les complémentaires qui sont certainement les plus à même de tenir ce rôle. Je sais, madame la ministre, que le Gouvernement œuvre pour une meilleure prise en charge par l'assurance maladie de tous les soins : le PLFSS l'a démontré en ce qui concerne l'IVG et la contraception. Mais il faut continuer à travailler sur ce sujet pour aller encore plus loin ; les écologistes seront à vos côtés.

En attendant de nouvelles avancées, nous nous satisfaisons pleinement de mesures destinées à améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens. Nous soutiendrons donc sans réserve cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs des groupes écologiste et SRC.*)

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

**Mme Jacqueline Fraysse.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le texte qui nous est soumis vise à autoriser les mutuelles à mettre en place des réseaux de soins dans le cadre de conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaires et les professionnels de santé, comme peuvent le faire actuellement les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Il s'agit donc de modifier le code de la mutualité pour autoriser les mutuelles à moduler la prise en charge de leurs adhérents selon qu'ils auront consulté un praticien dans le réseau de soins ou hors de celui-ci, autrement dit un praticien ayant passé convention avec la mutuelle concernée ou pas.

Ce « bougé » n'est pas anodin, puisqu'il remet en cause un principe fondateur du système mutualiste selon lequel les mutuelles « ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ». Est ainsi remis en cause un principe d'égalité essentiel – à cotisation égale, prestation égale – pour autoriser finalement une prise en charge complémentaire à deux vitesses. Nous avons bien compris qu'il s'agit de répondre à une demande de la mutualité française, qui redoute de « perdre des parts de marché face aux institutions de prévoyance et aux sociétés d'assurance », dans la mesure où ces dernières utilisent largement les réseaux de soins dont sont théoriquement privées les mutuelles. Théoriquement, car, en fait, beaucoup d'entre elles fonctionnent déjà avec des réseaux de soins, ce qui les fragilise sur le plan juridique, puisqu'elles peuvent être mises en cause par leurs adhérents.

Vous nous dites, madame la rapporteure, qu'il s'agit de supprimer une inégalité de traitement entre organismes complémentaires, de « sécuriser » juridiquement les mutuelles, de peser sur le marché pour faire baisser les prix et de faciliter l'accès aux soins pour les patients en diminuant leur reste à charge. Autant de bonnes intentions qu'*a priori* nous ne saurions contester. Mais, lorsque l'on creuse un peu le sujet, on s'aperçoit que les choses ne sont pas si simples, loin de là.

Tout d'abord, parce que la modification proposée du code de la mutualité créerait une complémentaire à deux vitesses, donc une rupture d'égalité, d'autant plus dommageable qu'elle vient s'ajouter à l'inégalité liée au fait qu'un nombre non négligeable de nos concitoyens n'ont pas ou plus les moyens de s'offrir une mutuelle.

Ensuite, cette disposition contrevient dans les faits au libre choix du praticien par le patient,...

**M. Bernard Accoyer.** Vous avez raison !

**Mme Jacqueline Fraysse.** ...dans la mesure où ce dernier n'aura véritablement le choix d'aller, ou non, consulter dans le réseau de soins que s'il peut le supporter financièrement.

Cette atteinte au libre choix, déjà très discutable pour les prothèses dentaires, les lunettes et les dispositifs auditifs, devient très préoccupante lorsqu'il s'agit des médecins – surtout pour les patients, mais aussi pour les praticiens, qui n'ont d'ailleurs pas manqué de le faire savoir. J'ajoute que ce dispositif, s'il permettra des économies d'échelle, ne fera pas pour autant baisser le prix des cotisations, puisque les mutuelles ne s'y sont pas engagées. Peut-être augmenteront-elles leur part de remboursement? Nous n'avons aucune certitude sur ce point.

Enfin, il convient de souligner que le conventionnement et la constitution de réseaux auront un coût non négligeable, qui poussera à la concentration au détriment de petites mutuelles, donc du pluralisme mutualiste, ainsi que du service de proximité, que seules les mutuelles de taille moyenne peuvent assurer.

En permettant aux mutuelles de pratiquer des remboursements différenciés, ce texte tend à placer assurances et mutuelles sur un pied d'égalité, alors que les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif. Elles ne versent donc pas de dividendes, contrairement aux sociétés d'assurances.

**M. Julien Aubert.** Très bien!

**M. Christian Paul.** Attendez la suite avant approuver! (*Sourires.*)

**Mme Jacqueline Fraysse.** À cet égard, nous déplorons que la législation européenne ne distingue pas les mutuelles des assurances privées. Je rappelle la revendication légitime, portée notamment par la Fédération nationale indépendante des mutuelles – la FNIM –, de la création d'un statut de mutuelle européenne.

Telles sont, madame la ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, nos préoccupations à propos de ce texte qui, il faut bien le reconnaître, entérine une atteinte aux notions de liberté et d'égalité qui, dans les faits, sont souvent déjà mises à mal.

**M. Julien Aubert.** Bravo!

**Mme Jacqueline Fraysse.** Notre groupe tient à souligner l'urgente nécessité d'augmenter le niveau de remboursement et d'élargir le périmètre de prise en charge des soins par la sécurité sociale de base, particulièrement, bien sûr, pour les soins dentaires, auditifs et d'optique, qui sont très coûteux – vous ne m'applaudissez pas, chers collègues de l'UMP? C'est pourtant un point important: durant les dix années où vous avez été au pouvoir, vous auriez pu faire quelque chose!

**M. Julien Aubert.** Nous attendions la fin de votre phrase!

**M. Christian Paul.** Méfiez-vous quand ils vous applaudissent, madame Fraysse! (*Sourires.*)

**M. Thierry Benoit.** Peut-être n'êtes-vous pas aussi populaire que vous l'espérez, chère collègue!

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous craignons vivement que ce texte n'ouvre la voie inverse en transférant toujours plus de dépenses vers les mutuelles, organisant ainsi un véritable glissement du principe de prise en charge socialisée et universelle par l'assurance maladie vers une logique contractuelle et individuelle, sur le modèle assurantiel, marquant un pas de plus vers la privatisation rampante de la sécurité sociale. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP.*)

**M. Julien Aubert.** Ce n'est pas faux!

**Mme Jacqueline Fraysse.** Notre rapporteure a tenu à souligner le caractère partiel et l'ambition limitée de ce texte, qui ne saurait remplacer, disait-elle, une politique d'ensemble, notamment une meilleure prise en charge des soins par la sécurité sociale.

**M. Julien Aubert.** Hélas!

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous en prenons acte, et nous voulons la croire, même si nous restons très dubitatifs sur ce point après le PLFSS pour 2013 qui, non seulement n'envisage aucune recette nouvelle sérieuse,...

**M. Julien Aubert.** Hélas!

**Mme Jacqueline Fraysse.** ...mais ne revient sur aucune des mesures prises par les précédents gouvernements – je dis cela à l'intention de nos collègues de droite, dont on remarque, ce soir, le dynamisme –,...

**M. Julien Aubert.** Merci!

**Mme Jacqueline Fraysse.** ...des mesures qui alourdissent le reste à charge pour les patients.

Nous estimons en effet que, pour diminuer le reste à charge et faciliter ainsi l'accès aux soins de l'ensemble de la population, la seule vraie réponse réside dans l'augmentation des remboursements par la sécurité sociale de base et l'élargissement de son périmètre.

Le texte qui nous est proposé ne peut pas apporter de réponse à la situation de plus en plus préoccupante de l'accès aux soins, dont est privée une part sans cesse croissante de la population (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes UMP et UDI*) faute de moyens – une situation résultant de la politique que vous avez menée, mesdames et messieurs de la droite.

**M. Julien Aubert.** Alors que nous venions de vous applaudir! Quelle ingratitude!

**Mme Jacqueline Fraysse.** Cette proposition de loi se contente de gérer une situation qui existe et qui n'est pas satisfaisante. Ce faisant, elle soulève de nombreux problèmes que je viens d'évoquer et sur lesquels je ne reviendrai pas. Nous avons bien noté les précisions qui ont été apportées pour tenter de les surmonter avec l'adjonction des articles 2 et 3 à l'article unique du texte prévu initialement. Cette rédaction apporte effectivement des précisions utiles, que nous espérons améliorer encore par nos amendements.

C'est en tenant compte de tous ces aspects, dans l'attente d'un grand texte traçant une véritable politique de santé, et en dépit d'extrêmes réserves, que les députés du Front de gauche s'abstiendront sur cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

**M. Julien Aubert.** Ah non! Nous sommes déçus!

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Ce n'est pas très courageux!

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je crois que, pour ce qui est du courage, vous devriez rester modestes!

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

**M. Christian Paul.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je veux, dans une tonalité un peu plus optimiste, dire que ce texte doit régler à court terme des problèmes urgents, complexes et sensibles. Il va permettre d'ouvrir, sans le conclure aujourd'hui, un nouveau débat de fond sur les conditions de l'accès aux soins et sur les protections collectives.

Je salue bien entendu le travail de notre rapporteure, Fanélie Carrey-Conte, qui a pris à bras-le-corps, avec conviction et ténacité, un sujet comportant de nombreux enjeux, en recherchant sérieusement et sincèrement l'intérêt général, et en réconciliant des intérêts en apparence contradictoires. Dans notre démocratie, au sein du Parlement, nous devons pouvoir travailler sans pression et sans tabous, sans écarter les oppositions, sans nier les inquiétudes, mais sans laisser s'installer les peurs ou les idées reçues. Nous en faisons la preuve ici même avec cette proposition de loi, qui est donc une initiative parlementaire.

À court terme, c'est un texte qui donne une base juridique à des réseaux bien réels, qui existaient déjà. Il fallait les sécuriser juridiquement, il fallait surtout réaliser l'égalité entre les mutuelles et les autres organismes complémentaires d'assurance maladie, assurances ou institutions de prévoyance qui, eux, bénéficiaient de cette possibilité d'agir, sans contestation. Il fallait, selon les mots employés par le Président de la République, « corriger cette anomalie ».

Les mutuelles ne doivent pas être injustement bridées, elles ont la légitimité pour agir dans ce domaine. Dans notre République, elles sont les héritières d'une longue histoire, celle de la solidarité organisée par les adhérents eux-mêmes et sans recherche de profit. Quel est le but des réseaux? Quel est leur impact réel? Les réseaux conventionnés reposent sur des partenariats entre des organismes complémentaires et des professionnels de santé, qui s'engagent sur des tarifs, sur des normes de qualité et de service, voire sur la mise en place du tiers payant.

Le dispositif de conventionnement des réseaux a un objectif attendu pour les patients, qu'il faut revendiquer: la modération des prix. Il a des résultats désormais reconnus dans des domaines qui sont principalement l'optique, les soins dentaires et l'audioprothèse, des domaines où les remboursements par l'assurance maladie sont faibles, où les marges sont élevées et où, au total, les inégalités sont flagrantes.

Ces avantages sont tangibles et appréciés par les Français. Comment le regretter? Et pourquoi ne pas le reconnaître? Le rapport de l'IGAS et de l'IGF de 2012 sur la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie – je mentionne ce document à l'intention de nos collègues, qui aiment citer les rapports de l'IGAS (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*) –, un rapport très intéressant, recommande lui-même le développement des réseaux, en raison de leurs effets positifs sur les tarifs et le reste à charge des patients. La loi Fourcade elle-même, que vous avez votée, comprenait la mesure qui nous est proposée. Y a-t-il également des avantages pour les professionnels? Oui, en rendant plus solvables les demandes de patients plus nombreux.

Si nous souhaitons sécuriser l'existence des réseaux conventionnés avec les mutuelles, nous entendons le faire sans naïveté. Cette proposition de loi représente pour le Parlement une opportunité et une nécessité: améliorer le droit existant en fixant quelques principes qui clarifient et, si nécessaire, rassurent quant au fonctionnement de ces réseaux, quels que soient leurs statuts, mutualistes ou non.

Le premier de ces principes est celui du libre choix des patients: il doit évidemment être défendu. Les patients, incités à choisir un professionnel, ne doivent évidemment pas être punis s'ils agissent autrement. Le second principe est relatif aux critères de sélection des professionnels, qui doivent être incontestables – nous y reviendrons lors du débat sur les amendements.

Je respecte les interrogations qui se font parfois entendre, notamment celles exprimées par Mme Frayssé il y a quelques instants, sur les différenciations dont bénéficient les patients, et qui naissent de l'existence même des réseaux. Certaines sont dans la nature des réseaux: ainsi, la baisse de prix d'un dispositif médical augmente mécaniquement le taux de prise en charge. D'autres, en revanche, seraient contestables. Par exemple, j'admettrais mal que le réseau ait un effet d'accélération dans l'accès à un médecin. Si nous dénonçons cet effet « coupe-file » dans le secteur libéral de l'hôpital public, ce n'est pas pour l'accepter dans les réseaux créés par les mutuelles.

L'examen de cette proposition de loi est donc l'occasion de commencer à fixer les règles du jeu entre les réseaux et les organismes complémentaires. La question du périmètre des réseaux est également essentielle. Dans l'attente d'une négociation globale sur les complémentaires santé, il nous est apparu raisonnable de ne pas englober les tarifs médicaux, au moment où s'engage la première étape de l'encadrement des dépassements d'honoraires, à l'initiative du Gouvernement et de l'assurance maladie.

Cependant, nous affirmons aussi qu'un chantier doit être ouvert au sujet de l'avenir des complémentaires et de leur régulation. Le Président de la République en a donné le signal en souhaitant, devant le congrès de la Mutualité française, des contrats responsables et solidaires, attractifs et transparents. Chacun ici mesure bien le risque et la dérive que représente la hiérarchie excessive des contrats de complémentaires santé. L'inégalité fondamentale est là, dans le niveau des cotisations et les différences de protection, dans la gestion des risques – vous l'avez dit, madame la ministre – et, dès l'amont, dans l'accès aux complémentaires. Plus globalement, l'avenir de la protection sociale doit être évoqué à cette occasion, bien que le texte n'ait pas vocation à constituer davantage que l'une des briques d'une construction d'ensemble.

Des obstacles financiers innombrables s'opposent au droit à la santé et à l'accès aux soins, c'est pourquoi la réduction du reste à charge pour les Français et le niveau réel des remboursements doivent être pour le Gouvernement, pour l'assurance maladie et pour le législateur, le fil conducteur des années qui viennent. Chacun l'a compris, il faut le faire en améliorant les remboursements et en faisant pression sur les prix. L'un n'est pas l'ennemi de l'autre, et je récuse l'idée que les complémentaires doivent avancer inexorablement parce que l'assurance maladie serait, elle, condamnée à reculer.

Il est vrai que la protection des Français s'est rétrécie au cours des dernières années, celles durant lesquelles nos collègues de droite étaient au gouvernement. Ce n'est pas une raison pour s'habituer et se résigner à cette situation. Nos choix ne sont ni la substitution massive des complémentaires santé à l'assurance maladie, encore moins sa privatisation, mais la consolidation des deux piliers de la protection des Français face au risque maladie. Nos choix sont clairs. Je le redis au nom du groupe socialiste: nous avons une double responsabilité. Premièrement, nous devons consolider l'assurance maladie, son champ d'action et son financement – c'est l'un des principaux enjeux du dialogue social relancé par le Gouvernement depuis six mois. Deuxièmement, nous devons fortifier l'intervention des complémentaires, tout en régulant mieux leurs contrats et en leur permettant de concourir à l'efficacité du système de protection. Je le répète, après le débat que nous avons eu sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, une reconquête sélective par l'assurance maladie du champ de la protection collective est à la fois possible et nécessaire.

Avec le PLFSS, nous avons dit stop aux remboursements. Il va falloir, par la suite, faire porter les efforts là où c'est nécessaire et juste. Je salue à ce titre l'effort qui sera accompli en 2013 pour la gratuité des IVG et de la contraception des mineures. Ainsi s'engage la reconquête par l'assurance maladie de son périmètre nécessaire, et pour des taux de remboursement décents. L'effort est aussi à obtenir dans le domaine des mutuelles et des assurances complémentaires : elles doivent être plus accessibles, mieux régulées, sans pour autant devenir des assurances de base.

Nous allons donc, bien sûr, voter ce texte. Cela ne veut pas dire que nous n'avons pas entendu les critiques et les craintes, d'ailleurs contradictoires et qui parfois s'opposent les unes aux autres sans que je les renvoie pour autant dos-à-dos.

Il y a d'abord les critiques des libéraux sans entraves, qui n'acceptent aucune régulation des prix et des tarifs. Nous connaissons ces critiques ; nous connaissons bien ces amoureux de la dérégulation du système de santé, du système financier et de la société tout entière.

Il y a ensuite les craintes, qui ont été exprimées ce soir, de ceux qui s'inquiètent d'une excessive différence dans la protection des Français contre la maladie. J'entends ces craintes et je les comprends.

À nous de faire en sorte que la protection complémentaire et les réseaux de soins soient réellement mis au service de l'égalité d'accès aux soins. C'est notre mission collective. En votant cette proposition de loi, nous accomplissons une étape nécessaire vers une solidarité efficace et moderne. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et écologiste.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Monsieur le président, madame la rapporteure, mes chers collègues, vous nous demandez de faire preuve d'humilité au regard de la loi Fourcade, que vous considérez comme quasi identique à cette proposition de loi.

Je voudrais cependant rappeler devant la représentation nationale que, lors de la discussion de la loi Fourcade de 2011, cette problématique, qui est une demande récurrente de la Mutualité française, avait été abordée. Le dispositif adopté prévoyait d'autoriser ces modulations uniquement à titre expérimental, pour trois ans et de manière très encadrée.

J'ai, comme vous, combattu ce texte qui prévoit que les conventionnements doivent être établis sur la base de réseaux dit « ouverts », dans lesquels chaque professionnel, à la condition d'en faire la demande et de répondre aux conditions fixées par le gestionnaire du réseau, peut adhérer.

Madame la présidente de la commission, cela vous gênerait-il de m'écouter ? (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Julien Aubert.** Eh oui ! Un peu de respect pour l'opposition !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Si je parle à Mme la ministre et que vous vous adressez à elle en même temps, cela me gêne un peu !

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Nous essayons simplement, Mme la ministre et moi, de démêler le vrai du faux dans ce que disent les orateurs de votre groupe, notamment sur le recours devant le Conseil constitutionnel !

**M. le président.** Nous écoutons Mme Dalloz !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Je vais justement en venir à ce recours.

Un décret devait fixer les règles de tout conventionnement souscrit entre, d'une part, les professionnels de santé et, d'autre part, les mutuelles, institutions de prévoyance et complémentaires santé, notamment pour préserver la qualité et la traçabilité des prestations.

L'Autorité de la concurrence devait rendre tous les trois ans un rapport sur les réseaux de soins aux commissions des affaires sociales des deux chambres du Parlement. L'article en question a été censuré car le Conseil constitutionnel, dans sa grande sagesse, a considéré qu'il s'agissait d'un cavalier. Je rappelle que la saisine avait été effectuée par l'opposition de l'époque, c'est-à-dire votre majorité d'aujourd'hui.

**M. Julien Aubert.** C'est vrai !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Vous comprendrez, madame la ministre, compte tenu de ces éléments liminaires, que je m'étonne que vous justifiiez ce texte, objet de notre débat, par un parallèle avec la loi Fourcade, que nous avons, vous comme moi, dénoncée et combattue.

**M. Julien Aubert.** Très bien !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** En outre, je souhaite poser une question essentielle : les législateurs que nous sommes ont-ils pour mission, comme je l'ai tant entendu ce soir, de sécuriser les mutuelles ? C'est là une vraie question. Vous introduisez à travers cette proposition de loi une différence de remboursement et donc une différence entre les prestations. Cela conduit inévitablement à une rupture d'égalité devant l'accès aux soins pour la population française.

**M. Christian Paul.** Quand ce sont les assurances qu'il s'agit de conforter, cela ne vous gêne pas !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Je vois deux dangers immédiats – ce ne sont sûrement pas les seuls, mais ce sont selon moi les principaux – si ce texte était voté en l'état.

Il y a d'abord un danger relatif à notre politique de santé. On va ni plus ni moins donner aux mutuelles un pouvoir sur le choix des produits comme des praticiens, et cela sur une base tarifaire, non sur un critère de qualité.

**M. Bernard Accoyer.** Eh oui ! C'est bien le problème !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Tel est bien en effet le fond du débat. Nous admettons que le champ de compétence des mutuelles doit rester dans le domaine de la couverture du risque et non dans le champ médical. Pourtant, ce texte va *in fine* leur accorder une mainmise sur le choix des produits, indépendamment de toute donnée scientifique et de tout contrôle, notamment de la Haute autorité de santé. Ce faisant, on va clairement à l'encontre de notre système de soins, lequel est fondé sur l'équité, la qualité et le libre choix du patient.

Vos parlez, madame la ministre, de l'équilibre de notre système de soins. Vous y tenez particulièrement, comme vous le répétez régulièrement. Or cette proposition de loi ne répond en rien à ce critère. À brève échéance, la qualité des soins sera remise en cause ; le maillage territorial des professionnels de santé, déjà déficient, va s'accroître ; le devenir de plusieurs de nos savoir-faire emblématiques, en particulier dans le domaine des lunettes, sera en péril.

**M. Julien Aubert.** Eh oui !

**M. Christian Paul.** Bref, c'est l'apocalypse !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** J'en viens au second danger, à savoir la menace que ce texte fait peser sur notre modèle économique. Ce dispositif que vous tentez de mettre en place a été inventé aux États-Unis dans les années 1980.

**M. Gérard Sebaoun.** Mais non !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Si, mon cher collègue : dans les années 1980, les États-Unis ont inventé les réseaux fermés.

Le bilan de cette pratique fut sans appel. Elle aboutit à la création de monopoles, avec tout ce que cela implique : clientèle captive et déresponsabilisation des professionnels de santé. Ces pratiques n'existent plus aujourd'hui aux États-Unis, et pour cause ! Il s'agit de défendre la concurrence et d'assurer ainsi la liberté de choix.

La procédure de mise sur le marché des dispositifs médicaux, parmi lesquels figure l'optique, ne permet de réels contrôles qu'*a posteriori*. Le danger est que les mutuelles négocient au niveau national pour l'ensemble de leurs adhérents avec des entreprises implantées à l'étranger, y compris hors d'Europe,...

**M. Julien Aubert.** Par exemple en Chine !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** ...au risque de favoriser l'importation de dispositifs *low cost*. Si c'est cela que vous voulez, vous m'en voyez navrée.

**M. Bernard Accoyer et M. Julien Aubert.** Très bien !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Les entreprises nationales qui fabriquent des dispositifs médicaux et investissent fortement, notamment dans la recherche et développement, risquent de voir leurs produits copiés par des concurrents étrangers exportant leur production *low cost* dans notre pays. Parallèlement, votre gouvernement sanctuarise les crédits d'impôts pour la recherche et développement et met en œuvre un dispositif visant à favoriser la compétitivité de nos entreprises. Cela n'a pas de sens ; cela n'est pas logique.

Outre le fait que vous risquez de créer une médecine au rabais gérée par des mutuelles, se pose la question des frais de gestion pharaoniques de ces organismes, qui dépensent finalement beaucoup plus en frais de publicité qu'en remboursements de leurs adhérents.

**M. Julien Aubert.** Très bien !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** En effet, selon un récent rapport de l'OCDE, intitulé *Systèmes de santé. Efficacité et politiques*, certaines mutuelles arrivent à 18 %, voire 20 % de frais de gestion.

**M. Julien Aubert.** Incroyable !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** À titre de comparaison, la moyenne des frais de gestion des régimes obligatoires et complémentaires en France se situe à 7 %, contre 3 % pour le groupe des pays de l'OCDE ayant des prestations comparables.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Quand les assurances font la même chose, cela ne vous gêne pas !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** La Cour des comptes, quant à elle, estime que le coût de gestion des complémentaires santé varie de 20 % à 25 %. Ainsi, sur 4 milliards d'euros de lunettes vendues annuellement, seuls 50 %, à savoir 2 milliards d'euros, font l'objet d'un remboursement. Si l'on prend en compte 25 % de coûts de gestion, ce sont 500 millions d'euros que les mutuelles consacrent à leur organisation. Je vous laisse juger ces chiffres !

Au-delà de ces problèmes, il convient de dénoncer le manque de transparence des contrats proposés par les mutuelles. En effet, si la concurrence marche mal, c'est en partie du fait de l'opacité des contrats. Faites l'exercice de comparer différents contrats ; vous admettrez très vite qu'il est impossible de différencier les clauses et de définir précisément les remboursements, et cela d'autant plus si l'on rajoute le plafond mensuel de sécurité sociale.

Il est nécessaire de créer une vraie transparence, soit en imposant des seuils, soit en faisant en sorte que les tarifs soient fixés par une autorité indépendante. Le fait de solliciter chaque année un bilan des réseaux de soins mentionnant le détail des conventions et le reste à charge n'est pas une garantie ; cela n'assurera en rien la transparence que ce texte souhaite mettre en avant.

Ce texte ne répond en rien aux préoccupations de nos concitoyens pour l'accès au soin ; il va entraîner un transfert des emplois industriels – qu'il s'agisse des prothésistes, des opticiens ou des lunetiers, en particulier dans le Jura – vers des emplois de service dans les mutuelles. Si c'est cela que vous voulez, à savoir détruire de l'emploi industriel pour créer de l'emploi dans les mutuelles, je crains que vous n'y réussissiez avec ce texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*) Nous avons l'obligation de nous rassembler pour la défense de l'emploi.

**M. Julien Aubert.** Absolument !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Je vous indique que les derniers chiffres du chômage dans un département qui m'est cher, le Jura, font état d'une progression de 2,5 % sur le dernier mois. C'est catastrophique. Ne détruisez pas encore plus l'emploi industriel dans nos territoires ruraux. C'est pour moi un grand sujet d'inquiétude ; je ne comprends pas que vous preniez le risque, avec ce texte, d'aggraver une situation déjà difficile en accordant des avantages à un secteur que vous voulez favoriser, et cela au détriment de l'emploi et de la santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP et sur plusieurs bancs du groupe UDI.*)

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

**M. Arnaud Richard.** Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, même si les travaux en commission ont permis de faire évoluer le texte initial, l'économie générale de cette proposition n'a pas fondamentalement changé ; je répéterai donc dans l'hémicycle ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire en commission.

Au fond, vous n'avez introduit que des dispositifs placebo. L'UDI ne votera pas la mise en place de réseaux de soins privés au bénéfice des mutuelles. Il n'y a là de notre part ni posture idéologique, ni critique systématique. Nous ne censurons pas aujourd'hui ce que nous aurions voté hier, pas plus que nous ne pourrions soutenir aujourd'hui ce que nous combattons hier. Est-ce d'ailleurs le cas de tout le monde ici ? Au fond, le projet qui est proposé est inspiré par une initiative de l'ancienne majorité parlementaire.

Nous faisons quant à nous un choix de conscience, au nom de l'intérêt de nos compatriotes et plus particulièrement des plus modestes d'entre eux. Ce choix peut s'expliquer très clairement.

L'objet de cette proposition n'est pas en soi un sujet de polémique. Les déserts médicaux sont une réalité, qui appelle le législateur à agir, et même à agir au plus vite. Notre collègue Philippe Vigier a d'ailleurs apporté une contribution à ce débat à travers une proposition de loi discutée dans l'hémi-

cycle la semaine dernière. Elle a été saluée par les uns et les autres, pour être néanmoins rejetée au prétexte qu'elle arrivait, d'une certaine façon, trop tôt.

**M. Thierry Benoit.** Tout à fait ! Quel dommage !

**M. Arnaud Richard.** Mais à force de dire que c'est trop tôt, madame la ministre, on risque d'arriver trop tard !

Quoi qu'il en soit, toute proposition de solution pour combler, non pas les zones blanches de la médecine, mais les zones grises de l'inégalité devant l'accès aux soins, mérite d'être soigneusement étudiée. La médecine des territoires, celle du médecin de campagne de Balzac, qui transformait sa bourgade en ville riante, n'est plus exactement d'actualité. Il n'en est d'ailleurs rien non plus en milieu urbain.

Plus encore, c'est bien le pacte social de notre pays qui se lézarde. Or que nous propose le présent texte ? De réduire, de façon d'ailleurs assez modeste *a priori*, le reste à charge des patients, notamment dans des secteurs où 15 % des Français déclarent renoncer à se soigner pour des raisons financières. Jusque-là, tout va bien : le malade est identifié et le diagnostic est bon.

Le remède, en revanche, nous semble totalement inadapté ; j'oserais même dire qu'il est pire que le mal. En effet, permettre aux mutuelles de jouer un rôle de régulation de l'offre de soins ne nous semble pas conforme à leur vocation.

**M. Julien Aubert.** C'est un euphémisme !

**M. Arnaud Richard.** Quelle est d'ailleurs cette vocation ? Les mutuelles sont des structures de droit privé sans but lucratif. Ce sont des opérateurs de ce que l'on appelle l'économie sociale et solidaire, qui offrent des services de prévoyance et de solidarité payants. Ne vous y trompez pas : à l'UDI, nous sommes particulièrement attachés aux mutuelles. Mais ce sont bien des structures privées, qui vivent sur le principe de la cotisation de leurs membres et de l'offre de prestations rémunérées à leur bénéfice.

Autrement dit, et ce n'est évidemment en rien illégitime, leur mission est de garantir un équilibre entre le service des mutualistes et des objectifs de développement interne. Elles revendiquent d'ailleurs la rentabilité et la pérennité de leur modèle économique, qui se traduit, pour les plus grandes d'entre elles, par des cotations ou des projets de cotation en bourse. Ne prenons donc pas les enfants du Bon Dieu pour des canards sauvages. (*Sourires.*)

Nous ne voyons pas bien ce qui, dans les éléments fondamentaux de cette mission, justifie une sorte de charge d'Ancien Régime qui ferait en quelque sorte des mutuelles de nouveaux « intendants » en matière de santé.

Pourquoi de telles structures, aussi bienveillantes soient-elles, viseraient des objectifs universels, altruistes et caritatifs ?

**M. Christian Paul.** Personne n'a parlé de charité !

**M. Arnaud Richard.** Madame la ministre, peut-on sérieusement affirmer que, du jour au lendemain, les réseaux qui se développent n'auront pas une tendance naturelle à réduire les coûts pour moins rembourser ?

**M. Bernard Accoyer.** Bien évidemment !

**M. Arnaud Richard.** Pourquoi pas des médecins salariés mal payés pour une population paupérisée – de mauvais médecins pour les pauvres – et une médecine payante et de qualité pour les nantis ?

Ce qui est inéluctable va finir par se produire : ne voit-on pas poindre une médecine à deux vitesses ?

**M. Christian Paul.** Ce qui ne s'est pas vu ces dix dernières années...

**M. Arnaud Richard.** Soyons clairs. Pour les républicains sociaux que nous sommes, il n'y a qu'un acteur qui puisse réguler l'offre de soins dans les territoires, qui puisse arbitrer, de façon efficace et parfaitement impartiale, qui puisse garantir l'égalité d'accès aux soins : l'État.

**M. Christian Paul.** Quelle imposture !

**M. Julien Aubert.** M. Richard a raison !

**M. Arnaud Richard.** Et si l'État renonce à remplir son devoir, que les organisations des professionnels de santé, au-delà des seuls médecins, soient au moins invitées à devenir les acteurs de cette régulation. C'est le sens de l'un des amendements présentés par notre groupe.

La préemption des soins courants que vous allez organiser au bénéfice des mutuelles aboutira inéluctablement à ce que la sécurité sociale ne garde à sa charge que les pathologies lourdes, le reste passant aux mains d'organismes de droit privé. Est-ce bien là ce que souhaite la représentation nationale ?

Même si le système actuel est imparfait, nous ne comprenons pas, comme souvent lorsqu'il s'agit de la politique du Gouvernement, que vous transformiez une réalité – comme le chômage – en fatalité, et que, de là, vous conceviez un modèle sans véritable garantie de neutralité économique et de qualité de l'offre médicale.

Nous comprenons d'autant moins ce choix qu'il nous arrive par la voie d'une proposition de loi de l'un de nos collègues. Ce n'est même pas – avec tout le respect que je dois à son auteur – un projet clairement assumé par le Gouvernement.

Une fois de plus, nous discutons d'un texte qui précède, nous dit-on, une grande réforme, une grande loi de santé publique.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Oui, nous l'attendons depuis 2009 !

**M. Arnaud Richard.** Il y a comme un hiatus entre ce qui nous est présenté comme une partie d'un grand projet et les conditions de sa réalisation, qui semblent démontrer le contraire.

Nous sommes à peu près convaincus que cette initiative se traduira par des satisfactions d'apparence – elle laissera penser que la médecine se répand partout où elle est absente – en faisant émerger des offres au rabais. Mais, derrière cette apparence, c'est le statut des médecins qui est remis en cause.

**M. Julien Aubert.** C'est vrai !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Exactement !

**M. Arnaud Richard.** Veut-on faire des praticiens des mutualistes ou des salariés ?

En France, seuls 7,4 % des médecins sont titulaires d'un diplôme obtenu à l'étranger, contre 30 % au Royaume-Uni. Ce nombre tend pourtant à augmenter, notamment dans les localités peu attractives et dans certaines disciplines. En 2011, 27 % des nouveaux inscrits au Conseil national de l'Ordre des médecins n'avaient pas obtenu leur diplôme en France. Il faudra, madame la ministre, se poser la question du transfert des médecins au sein de l'Union européenne.

Cette question n'est pas anodine. De la réponse qui lui sera apportée dépend fortement la motivation des internes ou des futurs internes – déjà fortement affectée, semble-t-il. De cette réponse dépend aussi la qualité du service de santé rendu.

Alors, oui, nous sommes particulièrement inquiets de voir un réseau parallèle se mettre en place, qui n'offre aucune garantie relative à l'amélioration réelle des soins et qui n'assure pas aux Français de bénéficier durablement de plus importantes remises, par exemple sur les produits d'optique.

Cette proposition pose donc plus de questions de fond qu'elle n'apporte de solutions positives, équitables et durables pour les Français. Elle consacre un désengagement sans précédent de l'État pour la régulation de l'offre de santé. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe UMP)*

Elle ouvre ainsi une boîte de Pandore, en remettant les clés de l'offre médicale dans les territoires à de grands et puissants réseaux mutualistes qui restent privés et qui, pour ne pas avoir vocation au profit, n'en sont pas pour autant dénués d'arrière-pensées économiques et financières.

**M. Julien Aubert.** C'est bien dit !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Tout à fait !

**M. Christian Paul.** Lamentable !

**M. Arnaud Richard.** J'essaie de le dire avec la plus grande diplomatie, car ces réseaux sont éminemment respectables.

Il nous semble donc qu'à partir du constat pertinent sur lequel se fonde cette proposition nous devons réfléchir à un tout autre système de régulation, qui associe de façon transparente tous les acteurs nationaux et locaux de la contribution à l'égal accès des Français à la santé.

Il me semble bien difficile de dire aujourd'hui ce qui sortira de cette proposition. Au final, elle ne répond pas à la question initiale : une offre médicale plus équitable et mieux répartie. *(Applaudissements sur les bancs des groupes UDI et UMP.)*

**M. le président.** La parole est à M. Richard Ferrand.

**M. Richard Ferrand.** Madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, les mutuelles ne méritent ni excès d'honneur ni excès d'indignité. Certains choisissent d'attaquer les mutuelles ; nous ne sommes pas là pour les défendre.

Le sens de la proposition de loi que nous examinons ce soir a d'ores et déjà été clairement exposé : il s'agit tout à la fois d'élargir l'accès aux soins, de diminuer le reste à charge des assurés sociaux et de mettre à égalité devant la loi l'ensemble des organismes de complémentaire santé.

**M. Christian Paul.** Tout simplement !

**M. Richard Ferrand.** En inscrivant dans le code de la mutualité la possibilité pour les mutuelles, comme pour les assureurs et les institutions de prévoyance, de contractualiser avec les professionnels de santé, nous allons très directement changer la vie quotidienne de nos concitoyens, notamment de ceux qui renoncent à se soigner parce qu'ils n'ont pas assez d'argent.

Certes, ce texte ne bouleversera pas à lui seul l'économie générale de la santé – ce n'est pas son objet – mais il permettra à ceux qui évitent de fréquenter tel ou tel professionnel de santé d'accéder à leurs prestations. Nous connaissons tous dans nos circonscriptions des familles qui ne peuvent pas s'équiper d'audioprothèses, améliorer leur vue par un équipement adapté, ou même maintenir leur santé buccodentaire. Il s'agit de permettre l'accès de tous à une santé de qualité sans que l'argument économique n'entrave cette nécessité.

Fondamentalement, si la santé est aujourd'hui un marché, elle n'a pas vocation à être une marchandise, ou seulement un commerce.

**M. Julien Aubert.** Tout à fait !

**M. Richard Ferrand.** Il est donc juste que le législateur permette la régulation des prix pratiqués, ce qui entraînera d'ailleurs une hausse de la fréquentation des professionnels, lesquels gagneront sur le volume d'activité ce qui pourrait être perdu sur la seule marge.

N'est-il pas étonnant que l'on puisse offrir plusieurs équipements optiques pour le prix d'un, ou même pratiquer une réduction selon l'âge du client, alors qu'il serait tout de même plus simple et plus sage que le prix unitaire de l'équipement dont on peut avoir besoin soit raisonnable ?

Il est plus que temps : cette situation, où le marché se débride à grands renforts de campagnes publicitaires tandis que le nombre d'assurés sociaux qui accèdent à certaines prestations diminue, doit changer !

Réguler ne signifie pas interdire. Chaque patient et chaque assuré social gardent évidemment leur liberté de choix. Améliorer le remboursement dans le cadre d'accords contractuels ne signifie pas priver de couverture complémentaire ceux qui exerceront ce libre choix. Dans la vie quotidienne, cela permettra à certains de pouvoir enfin se soigner sans craindre de déséquilibrer brutalement le budget familial.

Que n'ai-je lu et entendu sur cette proposition de loi ? Privatisation de la santé – comme si le marché actuel de la santé n'était pas libéralisé à outrance –, atteinte aux libertés, comme si le renoncement aux soins n'était pas déjà la première des privations !

Les inquiétudes qui se sont fait jour ici ou là relèvent essentiellement de peurs. Sans doute ceux qui les expriment oublient-ils que seule l'organisation de solidarités collectives peut garantir concrètement les droits individuels, le droit à la santé figurant parmi nos principes constitutionnels.

**M. Julien Aubert.** Cela s'appelle l'État !

**M. Richard Ferrand.** Vient ensuite l'argument de la qualité, utilisé sur une base quasi idéologique – à moins que cela ne relève de discussions de café du commerce – qui voudrait que seul ce qui est cher à l'excès puisse répondre à des critères de qualité.

Cette approche est pour le moins injurieuse à l'égard des professionnels de santé qui, par déontologie et par conscience professionnelle, s'efforcent de rendre le meilleur service sans avoir pour seule boussole la rentabilité.

C'est la qualité pour tous que nous voulons permettre de construire entre les organismes financeurs de la santé et les professionnels, non l'inverse.

**M. Julien Aubert.** Encore un slogan !

**M. Richard Ferrand.** Enfin, j'ajouterai que permettre au plus grand nombre de bénéficier d'une couverture complémentaire renforce la solvabilité des assurés sociaux, ce qui garantit aux prestataires leur juste paiement.

À l'inverse, le renoncement à une couverture complémentaire, prélude au renoncement aux soins, fragilise la capacité de règlement des prestations.

**M. Julien Aubert.** Il n'y a qu'à restaurer la sécurité sociale !

**M. Richard Ferrand.** Cette proposition de loi, dont on mesurera bientôt les bienfaits, qu'il s'agisse de l'accès aux soins ou de l'économie générale du marché régulé de la santé, doit être adoptée.

Je ne peux achever mon propos sans féliciter la rapporteure pour le travail remarquable, approfondi et concerté, qu'elle a mené pour éclairer notre assemblée sur les enjeux de ce texte, que nous voterons très largement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

**M. Bernard Accoyer.** Monsieur le président, madame la ministre, madame la rapporteure, cette proposition de loi vise à permettre aux mutuelles de moduler les taux de remboursement de leurs adhérents selon qu'ils consultent ou non un praticien conventionné ou qu'ils choisissent ou non un établissement hospitalier de santé conventionné membre d'un réseau de soins.

Cette possibilité est déjà offerte aux assurances privées et aux instituts de prévoyance, mais elle était interdite jusqu'à présent aux mutuelles. En effet, celles-ci disposent encore aujourd'hui, du fait de leur statut, d'avantages fiscaux et sociaux dérogatoires considérables. Néanmoins, elles opéraient, jusqu'à un passé récent, des remboursements différenciés. Il a fallu une décision de la Cour de cassation, en mars 2010, pour qu'elles respectent cette interdiction.

La présente proposition de loi apparaît par bien des aspects comme un texte de convenance : elle contredit une jurisprudence ; elle est discutée dans la précipitation ; la majorité a choisi la procédure de la niche parlementaire, qui prive la représentation nationale d'une étude d'impact, alors que 38 millions de nos compatriotes sont concernés.

**M. Julien Aubert.** Très bien !

**M. Bernard Accoyer.** Cette procédure, on le voit bien, n'est pas adaptée au changement majeur de notre système de soins et de couverture maladie que ce texte porte en lui.

Est-ce la proximité du Parti socialiste avec les mutuelles qui est à l'origine de cela ? (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*)

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Oui !

**M. Richard Ferrand.** Honteux !

**M. Bernard Accoyer.** Elle est bien connue, et certains ici le savent mieux que d'autres.

Ce secteur compte beaucoup de monde : les 650 mutuelles représentent 83 % du nombre total d'assurances complémentaires et 56 % des parts de marché. Mais s'agissant du remboursement, la part du secteur est limitée puisque seulement 13,9 % des dépenses globales – 5,3 % des dépenses d'hospitalisation et 19 % des honoraires médicaux – sont prises en charge par les mutuelles.

Ce secteur n'a donc pas de légitimité pour conventionner, et c'est bien l'un des problèmes soulevés par ce texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Celui-ci induit pourtant une mutation profonde de notre système de soins. Il ébranle les principes fondateurs posés par le Conseil national de la résistance en 1945, une cotisation proportionnelle aux revenus et des prestations égales pour tous et partout. Il attente à la liberté de choix des malades. Il remet en cause le principe même de la médecine libérale, exposant les professionnels à des déconventionnements discrétionnaires. Il organise une concentration de l'offre de soins qui ne peut qu'aggraver les difficultés géographiques d'accès aux soins.

Un tel dispositif entraînera l'apparition d'une médecine et d'un hôpital à plusieurs vitesses, tandis que le remboursement d'un certain nombre de médicaments – notamment ceux qui

sont actuellement remboursés aux taux de 15 et 20 %, et dont les mutuelles critiquent sans cesse l'utilité – sera certainement remis en cause.

Bref, c'est vers un véritable HMO à la française que ce texte risque de nous faire évoluer, avec, à terme, le danger de la sélection des risques, comme dans le système assurantiel dont vous prétendez protéger nos compatriotes.

L'absence d'étude d'impact se double d'une absence de concertation. Vous n'avez pas pris l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ni celui du Haut conseil de l'assurance maladie, ni celui du Conseil économique, social et environnemental, pas plus que celui de la Conférence nationale de santé. Vous n'avez pas non plus consulté les syndicats professionnels, qui sont vent debout contre ce texte, qu'il s'agisse des internes, des chefs de clinique, des médecins, des paramédicaux, des chirurgiens-dentistes, des professionnels et des industriels de l'optique et de l'audioprothèse, secteurs dont notre collègue rappelait tout à l'heure l'importance dans notre pays, ou encore des représentants du secteur hospitalier privé.

**M. Gérard Bapt.** Mais votre liste n'est pas exhaustive !

**M. Bernard Accoyer.** La concertation aurait pourtant montré que les expériences de réseaux de soin avec remboursements différenciés ne sont pas satisfaisantes. Elle aurait également montré que les appels d'offres lancés par certaines mutuelles se sont soldés par des expériences négatives.

La portée de ces réseaux changera complètement le système de soins, car les mutuelles ont déjà dans leurs réseaux 111 services et établissements hospitaliers, 72 centres de soins médicaux et infirmiers, 316 centres pour l'audition, 443 centres dentaires, 700 centres d'optique, 60 pharmacies... rien que ça, et cela ne fera que s'amplifier avec votre dispositif.

Pour aider les sociétaires des mutuelles, car c'est là l'objectif que nous partageons, et non les mutuelles elles-mêmes, il aurait fallu exiger qu'elles réduisent leurs frais de gestion. En 2011, ceux-ci ont en effet été évalués par la DREES à 22 % du montant des primes, taux qui monte à 32,5 % pour les contrats individuels, la moyenne record observée par UFC-Que Choisir s'établissant à 23,25 %.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Ce sont des organismes à but non lucratif !

**M. Bernard Accoyer.** Tout ceci est à comparer aux 5,4 % des frais de gestion du régime obligatoire, c'est-à-dire de la sécurité sociale, et aux 18 % des instituts de prévoyance.

Alors, madame la ministre, j'ai une question à vous poser : pourquoi avoir différé la communication annuelle aux assurés des frais de gestion des mutuelles, que le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2011 avait rendue obligatoire ? Vous avez en effet pris un arrêté, le 5 octobre 2012, repoussant cette obligation du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Parce que cette proposition de loi va remettre en cause notre système de soins et les principes fondateurs de la sécurité sociale, nous nous y opposerons. Elle est en effet suspecte quant à ses motifs réels, et inquiétante quant à ses conséquences. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et UDI.*)

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Collard.

**M. Gilbert Collard.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, une fois de plus, les socialistes, qui se réunissent souvent à la Mutualité, se rappellent au bon

souvenir des mutuelles. Mais que comptez-vous faire avec ce texte, pavé, comme l'enfer, de bonnes intentions idéologiques ?

**M. Christian Paul.** Le voter !

**M. Gilbert Collard.** Vous voulez vous retrouver entre amis mutualistes, au sein des mêmes réseaux, et ce texte est, pour cela, en train de bousculer le code de la mutualité ! Vous, les sempiternels amoureux de l'égalité, êtes en train de piétiner l'égalité !

**M. Julien Aubert.** Ce n'est pas faux...

**M. Gilbert Collard.** Il n'y aura plus pour les patients de liberté de choix de leurs médecins. En revanche, nous aurons un système rappelant un peu les associations d'amis, qui permettra d'établir des connexions et des réseaux – et Dieu sait que ce terme me fait peur, car qui dit réseau implique parfois souterrainement d'autres choses...

Malheureusement, le prix des cotisations ne baissera pas, mais nous aurons des remboursements différenciés, et votre belle égalité volera en éclats ! Ce que vous voulez, en définitive, et ce vers quoi nous nous acheminons, c'est une privatisation capitaliste de la sécurité sociale. Certains « amis » pourront se retrouver et s'organiser, mais l'accès aux soins n'en sera pas amélioré pour autant.

Vous pouvez chanter toutes les chansons que vous voulez, sur l'air d'accordéon qui vous plaira, même si les mutuelles sont des structures privées, même si votre scoutisme idéologique vous porte à croire qu'elles sont désintéressées, elles visent quand même un peu la rentabilité, vous ne pouvez pas le contester. Je dirai, en détournant une formule, qu'il ne faut pas prendre les mutuelles pour les chiffonniers d'Emmaüs.

Ce texte que vous aimez tant est construit sur des termes qui me font peur, au premier rang desquels cette étrange idée de réseaux. Il y a ensuite les critères de sélection des professionnels. Comment allez-vous définir ces critères ? Qui sera sélectionné et qui procédera à la sélection, quelle académie des amis ? On l'ignore, mais sans doute jugez-vous mes propos injustes, puisqu'il n'y a dans vos rangs et autour de vous que des gens honnêtes et irréprochables... (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Vous vous croyez au paradis mais, capitalistes qui s'ignorent sans s'ignorer, vous êtes en train de créer, que vous le vouliez ou non, un véritable monopole ! (*Brouhaha sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** Mes chers collègues, écoutons l'orateur.

**M. Gilbert Collard.** Monsieur le président, ils peuvent murmurer tant qu'ils veulent, ce bruit de fond ne me dérange pas... puisqu'il n'a aucun fond.

**Plusieurs députés du groupe SRC.** C'est vous qui touchez le fond !

**M. Gilbert Collard.** Les mutuelles auront le choix des produits, ce qui signifie que vous êtes en train d'organiser les supermarchés de la santé, et je crains fort que votre système ne fasse la part belle aux camarades, au mépris des gens qui sont malades. Car la vérité, c'est que nous sommes confrontés à un déficit abyssal de la sécurité sociale, et que vous êtes incapables de le maîtriser ! Je vous rappelle au passage que vous préférez maintenir l'aide médicale d'État... (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**Plusieurs députés du groupe SRC.** Nous y voilà !

**M. Gilbert Collard.** De vrais taureaux, qui foncent lorsqu'on agite le chiffon rouge !

**M. Jérôme Guedj.** « Applaudissements sur les bancs de l'UMP ! »

**M. Gérard Bapt.** De l'UMP tendance Copé !

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

**M. Gérard Sebaoun.** Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, cette proposition de loi, avant les auditions et nos travaux en commission des affaires sociales, ne comportait qu'un seul article actant la possibilité pour les mutuelles d'établir des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel, un établissement de soins ou un service de santé membre d'un réseau de soins mutualistes.

Je ne rappellerai ni l'historique ni le contexte, notre rapporteure les a parfaitement décrits. Quoi de plus normal que le législateur, garant des principes d'égalité mais aussi de liberté, se saisisse à nouveau de cette question, pour mettre un terme à une anomalie et sécuriser des réseaux de soins existants ? L'histoire aurait pu s'arrêter là, et mon intervention devenir sans objet. Et pourtant, comme dans un film à suspense, c'est là que tout a commencé.

La proposition de loi a été analysée, décortiquée, scénarisée, jusqu'à faire naître une vague d'argumentaires dont nous avons tous été destinataires, défendant des points de vue très différents. Une opposition policée s'est cristallisée entre la mutualité, forte de son modèle et de ses millions d'adhérents, et certains syndicats professionnels inquiets.

Face à cette situation, je me suis posé, avec mon collègue Olivier Véran, une seule question : La suspicion vis-à-vis des mutuelles reposait-elle sur une lecture erronée du projet de loi, sur des inquiétudes fondées qu'il nous faudrait lever, ou sur une confrontation d'intérêts ?

Personne de bonne foi aujourd'hui ne peut contester la place des mutuelles dans le monde de l'optique, du dentaire ou de l'audioprothèse, et les auditions que nous avons menées ont conforté ce point de vue.

Par ailleurs, j'invite chacun à relire tranquillement le discours du Président de la République devant le congrès de la mutualité, le 22 octobre. Il a rappelé la situation difficile de notre pays, avec une dette sociale de 145 milliards d'euros, et affirmé ses priorités.

La première d'entre elle est l'accès aux soins, ce qui implique de conforter l'assurance maladie obligatoire qui, selon ses propres termes « doit être le pilier et non pas le plancher de notre système ». Le risque, a-t-il dit, a un nom : c'est le marché libre, qui sélectionnerait les patients ; cette liberté, elle aussi, a un nom : c'est la privatisation. Le temps est venu de porter un coup d'arrêt à cette dérive.

Il a annoncé sa volonté de généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire, en appelant à une révision de la fiscalité sur les contrats responsables.

Enfin, il s'est prononcé sans ambiguïté pour que les mutuelles, comme les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance, puissent conventionner – c'est l'objet même de la proposition de loi dont nous discutons.

Et pourtant, malgré la parole présidentielle et celle de la ministre des affaires sociales, la fronde n'a pas cessé, et les craintes des professionnels continuent à s'exprimer à l'heure où nous parlons. Je les résume en deux phrases : une crainte « de l'intérieur », celle d'être contraints, à terme, dans leur

pratique, leurs choix ou leurs marges ; une crainte « de l'extérieur », celle de la concurrence déloyale qu'en tant qu'indépendants ils auraient à subir de la part des réseaux existants.

Ces craintes ont diffusé largement, bien au-delà des professionnels directement concernés que nous avons auditionnés – ceux de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse –, pour atteindre les médecins. Ceux-ci expriment leur inquiétude d'être demain prisonniers de réseaux qui imposeraient leurs tarifs pour mieux réguler les coûts, certains allant jusqu'à évoquer la « privatisation rampante de notre système de santé » ou encore une « américanisation du système ».

À la lecture des amendements adoptés en commission, qui ont précisé le texte et l'ont enrichi, ces craintes ne m'apparaissent pas fondées. Cette proposition de loi, ainsi modifiée, vient simplement combler un vide juridique.

Je terminerai en citant l'avis de Franciliens interrogés ce matin dans *Le Parisien*, et qui, à la question : « Êtes-vous prêts à choisir dans une liste de praticiens pour payer moins cher ? » – question qui a d'ailleurs peu à voir avec notre texte – faisaient les réponses suivantes :

« Oui, dit Delphine, 44 ans, je veux bien choisir dans une liste, à condition qu'elle ait été validée par la Sécu, et si ce sont des prestataires qualifiés. »

« Oui, dit encore Quentin, 24 ans, si ça peut me permettre de payer moins cher. Ce qui me fait hésiter, ce serait de choisir un dentiste ou un opticien trop loin de chez moi. »

« Oui et non, dit Roger, retraité de 85 ans, oui pour l'économie et non parce que je veux choisir. »

« Non, dit enfin Frédéric, je préfère payer et choisir moi-même mon opticien, mon dentiste ou mon médecin généraliste. La liberté, ça a un prix. »

Ces réponses font écho à toutes les questions que nous nous sommes posées en travaillant sur le texte initial, que nos amendements ont permis, me semble-t-il, de tirer vers un bon compromis.

Madame la ministre, je rappellerai pour conclure les grands chantiers qui sont devant nous, celui de la réforme du financement de la protection sociale, celui de l'accès aux soins pour tous et la grande loi de santé publique à venir.

Sur tous ces sujets, vous pouvez compter sur le soutien de la majorité. Sans surprise, j'invite tous mes collègues à soutenir la proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

**M. Dominique Tian.** Monsieur le président, madame la ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, quel est le texte que nous examinons ce soir ? Il s'appelait, en début de séance, « texte visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins ». Comme c'est déjà le cas, Mme la rapporteure, à qui Jean-Patrick Gilles l'avait fait remarquer, en a pris conscience et a reformulé la proposition dans un sens « littéraire », incompréhensible et somme toute parfaitement socialiste, ce qui donne : « proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et des professionnels de santé ».

**M. Jean-François Copé.** Très bien !

**M. Christian Paul.** C'est pédagogique ! Vos divisions vous rendent idiots !

**M. Dominique Tian.** Je pense plutôt que personne n'a rien compris au titre de ce texte de loi...

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** C'est vous qui n'avez rien compris ! Vous étiez tout seul en commission !

**M. Dominique Tian.** Moi, je l'ai compris ! J'espère que vous aussi ! Mais, en réalité, c'est absolument incompréhensible ! Il a fallu, madame la rapporteure, que vous déposiez un amendement que nous allons examiner dans quelques minutes pour changer, par un titre absolument impossible à comprendre, l'intitulé d'un texte de loi dont vous avez découvert, grâce à un membre du groupe socialiste qui suit un peu les affaires, qu'il est inutile puisque tout cela existe déjà. Cela va sûrement entrer dans le *Livre des records Guinness* ! C'est un titre absolument extraordinaire !

La proposition de loi qui nous est soumise vise à permettre aux mutuelles de moduler les taux de remboursement de leurs adhérents, selon qu'ils consultent ou non un praticien conventionné ou choisissent un établissement de santé conventionné par le réseau de soins.

Vous avez suscité, avec cette proposition, une levée de boucliers de tous les professionnels de santé : médecins, dentistes, biologistes, opticiens. Vous n'avez évidemment pratiqué aucune consultation. Contrairement à ce que vous prétendez du matin au soir, vous ne consultez jamais ni la CNAM, ni le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ni le Conseil économique, social et environnemental, dont on finit d'ailleurs par se demander à quoi il sert, ni non plus la Conférence nationale de santé. Aucune concertation préalable avec des institutions qui auraient peut-être pu apporter un éclairage utile sur une question aussi fondamentale que l'organisation de notre système de santé ! Un titre absurde et pas de concertation !

**M. Julien Aubert.** C'est le débat pour tous !

**M. Dominique Tian.** L'expérience des réseaux de soins avec des remboursements différenciés mis en place par les assureurs et les institutions de prévoyance n'est pas vraiment satisfaisante. Elle suscite de forts mécontentements de la part des dentistes et opticiens, notamment lors d'appels d'offres que vous connaissez bien.

En légalisant cette pratique pour les mutuelles, on change de dimension. Ce sont maintenant 38 millions d'adhérents qui vont être concernés. C'est donc l'ensemble du système de santé qui sera bouleversé. Les professionnels, regroupés en organisations médicales comme MG France ou la CSMF de M. Chassang, et plus largement l'ensemble des syndicats de médecins, dont la grève à ce sujet vient de bouleverser le paysage il y a quelques jours, ne sont pas vraiment d'accord avec ce système puisqu'il remet en cause les fondements mêmes de notre système de sécurité sociale, basé sur le principe de cotisations obligatoires proportionnelles aux revenus et des prestations identiques pour tous sur tout le territoire. Il faut vraiment être au Parti socialiste pour oser faire des textes pareils ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Christian Paul.** Vous en êtes encore au titre ? (*Rires sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Dominique Tian.** La remise en cause des principes de 1945 s'accompagnera d'une grave mise en cause de la médecine libérale. À terme, le système mis en place risque en effet d'entraîner une concentration de l'activité de soins dans des réseaux privatifs mutualistes, créant ainsi une distorsion de concurrence avec les professionnels de santé de ville et

vidant les territoires de proximité au profit le plus souvent de regroupements. Ce sont les syndicats de médecins qui le disent.

**M. Julien Aubert.** Inclinez-vous !

**M. Dominique Tian.** Les professionnels de santé libéraux seront à la merci du bon vouloir des mutuelles, ce que nous voulons éviter. Même les praticiens agréés pourront, en l'état actuel de la proposition de loi, se voir déconventionner du jour au lendemain, car rien n'est prévu en ce domaine. Peut-on faire confiance aux mutuelles pour mieux gérer le système de santé ? Dans ma circonscription, le système mutualiste en vigueur à la clinique Bonneveine va licencier 400 salariés d'ici quelques jours, en plus d'une centaine de médecins, à la suite d'erreurs de gestion dramatiques. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Gérard Bapt.** Les mutuelles ou la Générale de santé, dont nous parlait M. Accoyer tout à l'heure ? Il faudrait savoir !

**M. Dominique Tian.** Toutes les mutuelles autour de l'étang de Berre sont d'ailleurs en faillite ou sur le point de l'être, et ne vivent que de subventions communales. Je suppose que c'est la bonne gestion du Parti communiste, pour dire ce qui est, qui nous conduit à ce plan de licenciement de 400 personnes dans ma circonscription. Vous comprendrez donc que j'émette quelques doutes sur la bonne gestion des mutuelles !

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Vu l'exemple que vous avez donné en commission, il vaudrait mieux vous taire !

**M. Dominique Tian.** Je ne suis d'ailleurs pas le seul. Comme vous le savez, les rapports soulignant l'opacité de leurs frais de gestion et la faiblesse des remboursements affluent. Ce devraient pourtant être les organismes remboursant le mieux leurs adhérents !

Selon les études de l'IGAS, qui peut-être vous intéressent, les frais de gestion des organismes complémentaires sont supérieurs à 20 % ! Je vous rappelle que la sécurité sociale, qui est loin d'être champion du monde de bonne gestion, a des frais administratifs de 4 % ! Quant aux mutuelles étudiantes, que certains ici connaissent bien, elles sont les plus mal placées en matière de remboursement des frais de santé. Certains se reconnaîtront peut-être dans ce que je dis !

**M. Jean-François Copé.** Il faut être plus précis encore !

**M. Dominique Tian.** L'UFC- Que choisir ? a ainsi produit un rapport plutôt intéressant soulignant une nouvelle fois les graves dysfonctionnements du secteur et regrettant que les frais de gestion aient poursuivi leur course folle en 2010 pour atteindre le triste record de 23 % du montant des cotisations, ce qui représente quand même des centaines de millions d'euros, et ce malgré la crise !

**Plusieurs députés du groupe SRC.** Vous dépassez votre temps de parole ! Cinq minutes !

**M. Dominique Tian.** Je suis toujours dans mes cinq minutes ! Ainsi, l'obligation de transparence mise en place par Xavier Bertrand a été renvoyée à plus tard par Mme la ministre. C'était sans doute trop difficile.

Ce texte est un mauvais texte. Bien sûr, nous voterons contre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Joëlle Huillier.

**Mme Joëlle Huillier.** Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, je vais essayer de rétablir quelques vérités.

Selon une étude récente déjà évoquée, près d'un Français sur cinq déclare avoir renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois pour des raisons financières. La grande majorité de ces renoncements concerne les soins dentaires et optiques ou des actes médicaux spécialisés pour lesquels la prise en charge par l'assurance maladie est faible. La santé, qui devrait être la priorité de chacun, est donc devenue la variable d'ajustement du budget pour certaines familles.

**M. Richard Ferrand.** Tout à fait !

**Mme Joëlle Huillier.** Cette situation intolérable résulte en partie du désengagement progressif de l'assurance maladie organisé par nos prédécesseurs ces dix dernières années avec l'augmentation du forfait hospitalier, les franchises médicales, les déremboursements successifs, et j'en passe. Ce désengagement a entraîné le développement de la prise en charge par les organismes complémentaires, au premier rang desquels les mutuelles. Ces dernières sont devenues, de fait, un acteur essentiel de notre système de santé. Tenir compte de cette réalité est le premier mérite de cette proposition de loi.

Ce texte vise à consolider juridiquement ce qui existe déjà dans les faits, puisque des mutuelles ont depuis longtemps mis en place des conventions avec des professionnels de santé : les fameux réseaux de soins. Mais elles sont aujourd'hui menacées de condamnations judiciaires car la loi n'a pas prévu la possibilité, pour ces organismes, de mettre en place des remboursements différenciés. Nous sommes en présence d'une situation paradoxale. En effet, la santé est le cœur même de l'activité des mutuelles, qui assurent, parmi les complémentaires, la majorité de la prise en charge des dépenses de santé, bien plus que les institutions paritaires de prévoyance et les sociétés d'assurance qui ont, elles, l'autorisation de différencier leurs tarifs !

Cette proposition de loi, traduction d'un engagement de campagne du Président de la République réitéré voici quelques semaines au congrès de la Mutualité, répond donc d'abord à une inégalité juridique entre organismes complémentaires. Elle n'est pas un cadeau aux mutuelles mais une nécessité exprimée à plusieurs reprises dans les rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, de l'Autorité de la concurrence, de la Cour des comptes, de l'IGF et de l'IGAS. Elle fait également suite à une initiative de la majorité d'hier, qui l'avait proposée lors du vote de la loi Fourcade en 2011, mais l'article avait été censuré par le Conseil constitutionnel pour des raisons formelles. Permettez-moi d'ailleurs de faire preuve d'un optimisme démesuré : la cohérence voudrait que l'opposition d'aujourd'hui approuve ce texte, à moins d'un revirement politique qui risquerait de ne pas être compris des Français.

**M. Richard Ferrand.** Très bien !

**Mme Joëlle Huillier.** Mais cette proposition de loi répond aussi et surtout à un objectif, la diminution du reste à charge pour les patients. En effet, les réseaux permettent la régulation de l'offre de soins et favorisent une baisse des tarifs de 30 %, 40 %, voire 50 % dans les domaines où la prise en charge de l'assurance maladie est faible. Consolider les réseaux de soins, c'est donc faciliter l'accès des ménages modestes à des soins majeurs tels l'achat de lunettes ou d'audioprothèses, la mise en place d'une couronne dentaire ou encore le bénéfice d'une chambre particulière à l'hôpital. Consolider les réseaux de

soins, c'est aussi garantir aux ménages des soins de qualité, dans la mesure où les mutuelles présentent des exigences élevées en la matière auprès des professionnels de santé.

Bien sûr, pour garantir une baisse effective des tarifs sans remettre en cause l'activité des professionnels, les règles du jeu doivent être claires. C'est le sens des amendements que nous avons adoptés en commission. Les conventions devront ainsi respecter des principes fondamentaux tels que la liberté de choix du praticien, la transparence pour les professionnels, l'information claire et complète des adhérents. Certes, cette proposition de loi ne règle pas l'ensemble des problèmes de l'accès aux soins. Ce n'est pas son objectif. Mais elle est le signal d'une politique qui a commencé avec le PLFSS, adopté avant-hier, et qui se poursuivra demain.

Elle se poursuivra d'une part avec le grand projet de loi que vous avez annoncé, madame la ministre, pour 2013. Ce projet de loi devra aborder la question du niveau de prise en charge de l'assurance maladie, qui n'a cessé de reculer ces dix dernières années, y compris pour les soins courants, et celle de la protection des quatre millions de Français sans complémentaire.

Elle se poursuivra d'autre part avec la rénovation des contrats responsables, qui doivent favoriser de meilleurs remboursements, avec une fiscalité adaptée à leur contenu. C'est une révision indispensable car la taxation injuste des mutuelles imposée par la précédente majorité a grevé le pouvoir d'achat des ménages, à tel point qu'ils ont souvent été contraints de réduire leur niveau de protection, voire de renoncer à toute complémentaire.

Mes chers collègues, depuis dix ans, les Français payent toujours plus pour se soigner sans être mieux remboursés. Nous, nous voulons qu'ils payent moins et qu'ils soient mieux remboursés pour être mieux soignés ! La politique que nous défendons contraste donc avec ce qui a été fait ces dix dernières années. C'est une politique solidaire qui protège les plus fragiles et facilite l'accès aux soins de tous. C'est une politique sans déremboursements et sans franchises supplémentaires. C'est une politique avec des dépassements d'honoraires encadrés, des dépenses de santé régulées, un reste à charge limité. Oui, mes chers collègues, en matière de santé, le changement de politique, c'est bien maintenant ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé.

**Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé.** Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, nous avons entendu quelques interventions qui auraient gagné à être plus mesurées si on se souvient des débats qui ont eu lieu ici même, dans cet hémicycle, ainsi qu'au Sénat, à l'occasion de l'examen de la loi Fourcade. Je voudrais très rapidement rappeler la procédure, afin qu'on ne fasse pas comme si nous discutons aujourd'hui d'un texte auquel la droite se serait toujours opposée avec force. Contrairement à ce que vous dites, madame Dalloz, les socialistes ne se sont pas opposés à ce texte dans le cadre de la loi Fourcade.

C'étaient les articles 22 et 22 *bis*, qui ont été votés par le groupe socialiste. À l'époque, voici ce que déclarait Mme Nora Berra, secrétaire d'État à la santé, qui représentait le Gouvernement : « Ces réseaux ne préemptent pas la liberté de choix du patient, puisque ce dernier reste libre de fréquenter un praticien non membre d'un réseau, au même titre qu'il peut choisir de ne pas s'inscrire dans la logique du parcours de soins pour l'assurance maladie de base. Au demeurant, il s'agit de donner aux mutuelles les mêmes

possibilités que celles qui sont offertes aux autres familles d'assureurs. Voilà pourquoi le Gouvernement est favorable à cet amendement. »

L'amendement dont il s'agit correspondait strictement à l'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi qui vous est présentée aujourd'hui. Or vous n'avez pas fait part de vos inquiétudes en expliquant que cela remettait en cause la médecine libérale, qu'on allait vers une médecine de salariat, que l'on introduisait une médecine à deux vitesses. Vous n'avez évoqué aucun des arguments que nous entendons aujourd'hui devant le gouvernement que vous souteniez à l'époque.

C'est parce que ces arguments renvoient à des inquiétudes fondées et qu'il peut y avoir des ambiguïtés, des préoccupations, que, en lien avec les parlementaires de la commission des affaires sociales, au premier rang desquels Mme la présidente de la commission et Mme la rapporteure, nous avons souhaité encadrer clairement les conditions dans lesquelles les mutuelles peuvent mettre en place des réseaux de soins, ce que vous n'aviez pas fait lors de la discussion de la proposition de loi Fourcade, et ce que vous n'avez jamais proposé de faire.

Vous devez faire preuve d'un minimum de cohérence historique, considérer que vous vous étiez trompés et que, pour des raisons que vous pourriez expliquer, vous avez changé de position, ou au moins de cohérence idéologique ou intellectuelle puisque, à l'époque, vous n'avez pas mis en avant les arguments qui vous amènent à proposer maintenant des amendements.

Monsieur Accoyer, il n'y avait pas non plus d'étude d'impact dans la proposition de loi Fourcade, puisque c'était aussi une proposition de loi. Vous auriez donc pu faire la même critique à l'époque. Ce n'est en tout cas pas un argument.

Je veux croire que vos mots ont dépassé votre pensée lorsque vous parlez de suspicion à l'égard des objectifs des parlementaires socialistes. Nous n'avons pas parlé de suspicion lorsque vous avez présenté la proposition de loi Fourcade, et nous n'avons même pas évoqué une supposée collusion au moment où, donnant des perspectives sur la prise en charge de la dépendance, votre majorité de l'époque avait expliqué que, plutôt que de recourir à l'assurance solidaire obligatoire, l'assurance maladie, il faudrait s'adresser à des assurances privées. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*) Nous sommes-nous alors interrogés sur le point de savoir quels intérêts vous serviez ?

**M. Christian Paul.** « Serviez » est le mot juste !

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Monsieur Collard, la notion de réseau en matière de santé est classique et habituelle, et ne présente donc pas de complexité particulière.

Monsieur Tian, j'espère que les débats permettront d'éclairer le titre de la proposition de loi, mais je n'en doute pas.

Monsieur Richard, il n'y a pas de risque de voir remis en cause le cadre global de notre assurance maladie et le statut des médecins libéraux. Ceux qui le souhaitent, et c'est la majorité d'entre eux, continueront à être des médecins libéraux.

Pour les frais de gestion des organismes mutualistes, un délai a été accordé aux mutuelles. L'objectif de transparence, lui, est clairement maintenu. Les adhérents doivent pouvoir savoir très exactement combien ils paient, ce qu'ils paient et à quoi est utilisé leur argent. Cette exigence vaut pour l'ensemble des organismes complémentaires, qu'ils soient mutualistes ou non.

Comme l'a indiqué d'ailleurs Richard Ferrand, le texte ne mérite ni cet excès d'honneur ni cette indignité. Il ne s'agit pas de régler l'ensemble des questions de santé, comme j'ai parfois eu le sentiment de l'entendre. Nous serions bien heureux de pouvoir régler en quelques articles l'ensemble des difficultés que nous avons à affronter du fait d'une politique de laisser-faire et de laisser-aller pendant dix ans. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Julien Aubert.** Cela manquait !

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Monsieur Carpentier, le nouveau texte nous permet effectivement de lever des réticences. C'est un compromis qui permettra de mieux encadrer les dispositifs existants.

Monsieur Ferrand, vous avez vous aussi beaucoup insisté sur la notion de régulation. Comme dans tout système public, il faut qu'il y ait des règles du jeu, qui doivent nous permettre de construire un système de qualité pour tous.

Monsieur Sebaoun, vous avez relevé les craintes des professionnels et indiqué que les amendements adoptés en commission avaient précisément pour objectif de montrer qu'elles étaient infondées, l'enjeu initial de la proposition de loi n'étant pas de mettre en place les dispositifs redoutés par les professionnels de santé.

Madame Massonneau, vous avez souligné que le travail en commission avait permis de lever les inquiétudes des écologistes. Je vous remercie d'avoir annoncé que votre groupe voterait le texte.

Madame Huillier, vous avez mis l'accent avec beaucoup de pertinence sur le fait que l'enjeu était non pas de résoudre l'ensemble des problèmes mais de franchir une étape supplémentaire qui ne préjuge en rien des textes à venir, même si leur objectif principal est évidemment d'améliorer l'accès à la santé.

Pour nous, madame Fraysse, le socle, c'est évidemment l'assurance maladie. C'est l'enjeu essentiel et il s'agit de la conforter, mais ne faisons pas comme si c'était le dispositif prévu par la proposition de loi, qui, d'ailleurs, existe déjà, qui allait créer une médecine à plusieurs vitesses ou diversifier les files de patients. Nous sommes déjà confrontés à une diversité des mécanismes d'accès à la santé et c'est à ce problème qu'il faut répondre en confortant l'assurance maladie obligatoire. Les complémentaires existent et aucun système, à un moment quelconque de notre histoire, n'a reposé exclusivement sur l'assurance maladie obligatoire. Les complémentaires doivent rester des complémentaires, mais ce sont des acteurs de notre système et il faut leur permettre de jouer à armes égales au sein de l'ensemble des organismes complémentaires.

Monsieur Paul, vous avez parfaitement posé les termes du débat en indiquant qu'il s'agissait d'améliorer le droit existant tout en posant de grands principes qui doivent régir l'organisation des réseaux. Ces principes, ce sont les règles du jeu qui vont définir les relations entre les réseaux et les complémentaires santé.

Je terminerai par l'une de vos formules : s'ouvre le temps de la reconquête de la prise en charge par l'assurance maladie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

#### DISCUSSION DES ARTICLES

**M. le président.** J'appelle maintenant, dans le texte de la commission, les articles de la proposition de loi.

#### Article 1<sup>er</sup>

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Dumont, inscrite sur l'article 1<sup>er</sup>.

**Mme Laurence Dumont.** Cet article permet de sécuriser les réseaux de soins existants, pour lesquels une base juridique claire doit être édictée.

La sécurisation des réseaux est souhaitée par la Cour des comptes, préconisée par l'IGAS et l'IGF ainsi que par l'Autorité de la concurrence. Elle est nécessaire pour que les services et tarifs négociés au bénéfice des patients puissent continuer à s'appliquer.

En effet, au moins sur nos bancs, nul ne conteste que les conventions passées ont eu un très fort impact sur les services apportés et les tarifs pratiqués, notamment en matière d'optique. À titre d'exemple, le reste à charge moyen d'un équipement d'optique est de 112 euros dans le cadre d'un réseau, de 160 euros hors réseau, soit 17 % de plus. Au-delà du prix, ce sont des services importants, tel le tiers payant, qui sont négociés.

Le Président de la République et le Gouvernement ont fait de l'accès aux soins une priorité. Il me semble que, dans le grand chantier que vous avez engagé en ce sens depuis le mois de juillet, madame la ministre, ce texte apporte sa pierre à l'édifice. Il a pour vocation non pas de réguler à lui seul l'offre de soins, mais de permettre une amélioration de son accès.

Enfin, cet article permet de rétablir une concurrence loyale entre les assureurs privés et les mutuelles. Seules ces dernières étaient exclues juridiquement de la possibilité de moduler leurs remboursements alors qu'elles couvrent 38 millions d'assurés et qu'elles sont à but non lucratif.

Après les échecs des précédentes tentatives, menées maladroitement par la droite, il était nécessaire de légiférer à ce sujet afin de permettre la continuité et d'encourager le renforcement des réseaux de soins. Ce sera chose faite ce soir.

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

**M. Christian Paul.** L'article 1<sup>er</sup> va donner une nouvelle responsabilité aux mutuelles et, très largement, au mouvement mutualiste.

Nous approuvons évidemment cette proposition et nous la voterons. Elle donne une base juridique solide à une réalité dont nous approuvons les effets.

Comme, je pense, tous mes collègues de ce côté-ci de l'hémicycle, j'ai été extrêmement surpris par la charge féroce, presque haineuse, qui a été conduite ce soir par plusieurs députés de l'opposition contre le mouvement mutualiste français.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Cela compense l'amour que vous leur portez !

**M. Christian Paul.** C'est une charge vraiment indigne. Les mutuelles sont-elles illégitimes dans cette action qui vise avant tout à réduire le reste à charge des Français et à peser sur les prix dans des domaines où les dispositifs de santé sont particulièrement coûteux ?

François Hollande, devant le congrès de la mutualité à Nice, il y a quelques semaines, a donné le signal d'un travail de réforme en profondeur sur la place des complémentaires dans notre système de protection collective. Il n'était pas

le premier Président de la République à se rendre devant un congrès de la mutualité, madame Dalloz, monsieur Accoyer, monsieur Tian.

**M. Julien Aubert.** Heureusement !

**M. Christian Paul.** Il y a en a eu d'autres et l'un d'entre eux disait, dans un congrès à Toulouse : « L'esprit de responsabilité et de solidarité est au cœur de l'engagement mutualiste. » « L'œuvre de la mutualité est immense. »

**M. Gérard Bapt.** J'y étais !

**M. Christian Paul.** « Les valeurs qui vous réunissent sont profondément républicaines : la liberté, la solidarité, l'indépendance. » C'était Jacques Chirac, au congrès de la mutualité à Toulouse en 2003.

Ce soir, les critiques que vous avez portées s'adressaient à des dizaines de milliers de militants mutualistes qui font vivre, le soir, après leur travail, les institutions mutualistes, et elles s'adressaient aussi d'une certaine façon à des dizaines de millions de Français qui confient à la mutualité la protection de leurs familles contre la maladie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Robinet.

**M. Gérard Bapt.** J'espère que vous n'êtes pas à la mutuelle de l'Assemblée, monsieur Robinet.

**M. Arnaud Robinet.** Madame la ministre, c'est à titre expérimental, pour trois ans, que l'article 22 de la proposition de loi Fourcade prévoyait des différences dans le niveau des prestations pour les réseaux, et vous ne l'avez pas précisé.

On parlait de suspicion, de transparence, de proximité. Je le dis sans provocation, il aurait alors été préférable de ne pas nommer comme rapporteure une ancienne administratrice de la LMDE. Les choses auraient été beaucoup plus claires et transparentes. (*Protestations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Julien Aubert.** Très bien !

**M. Arnaud Robinet.** Notre système de soins est basé sur l'équité, la qualité et le libre choix du patient. Or cette autorisation de modulation des remboursements pose de véritables questions, notamment concernant la liberté du patient pour le choix de son praticien. Il apparaît prématuré de généraliser une telle modulation alors que nous ne disposons pas d'informations précises sur les réseaux déjà existants, sur les critères et engagements de qualité imposés par les OCAM ni sur les conditions du contrôle de leur respect. Or le texte qui nous est proposé est tout sauf anodin car il risque, en l'état, de modifier profondément la prise en charge des patients. En créant des remboursements à deux vitesses, la loi efface le libre choix du patient. Tous ceux qui se font soigner par un praticien ne souhaitant pas être placé sous la dépendance d'une mutuelle seront immédiatement moins bien remboursés, ce qui constitue une discrimination et une sanction financière.

Deuxièmement, c'est un danger pour l'accès aux soins de proximité. Dans des zones désertifiées, les professionnels de santé n'éprouveront pas forcément le besoin d'adhérer à un réseau.

Troisièmement, c'est une menace pour l'indépendance des professionnels de santé. En créant ces réseaux de soins propres à chaque mutuelle, vous constituerez un système discriminatoire excluant tous les praticiens qui ne peuvent y adhérer.

Enfin, quatrièmement, c'est une menace pour la liberté tarifaire des professionnels de santé. Cette loi a pour seul objectif réel de soumettre les professionnels à la politique financière des complémentaires de santé, qui imposeront les prix des soins. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

### Rappel au règlement

**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.** C'est pour un rappel au règlement, monsieur le président.

**M. le président.** Vous êtes inscrite sur l'article, vous n'avez pas besoin de demander un rappel au règlement.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** C'est nécessaire.

Monsieur Robinet, vous nous avez habitués à beaucoup mieux. En termes de conflit d'intérêts, puisque vous venez de mettre en cause l'intégrité de Mme la rapporteure, le code de la santé publique comporte un article L. 41-13-13, qui demande que tout professionnel de santé qui s'exprime ici déclare ses liens d'intérêts avec, notamment, les entreprises de santé. Il ne me semble pas que l'on entende souvent ces déclarations !

Ce que vous venez de dire sur Mme Carrey-Conte est absolument scandaleux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Christian Paul.** Des excuses !

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Au nom du groupe SRC, j'attends de votre part des excuses. Vous n'en êtes d'ailleurs pas à votre première attaque d'un tel niveau. Je pensais que cela vous avait passé ; apparemment, ce n'est pas le cas ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) Vous vous êtes déjà attaqué à moi en commission, il a fallu que mes collègues montent au créneau, et je ne peux que le regretter.

J'en viens, monsieur le président, à l'article 1<sup>er</sup>.

**M. le président.** Vous étiez inscrite sur l'article. Nul besoin d'un rappel au règlement.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Mais c'est pour cela que j'avais demandé la parole.

**M. le président.** Ce n'était pas nécessaire.

### Article 1<sup>er</sup> (suite)

**M. le président.** Nous revenons donc à l'article 1<sup>er</sup>, madame la présidente.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Je voudrais à ce propos rappeler à M. Accoyer quelques principes de base. Il n'existe pas de médicaments remboursés à 20 % par le régime obligatoire. Nous allons donc faire un cours (*Sourires*) : il existe des médicaments remboursés à 15 %, vignette orange, 30 %, vignette bleu clair, 65 %, vignette blanche, 100 %, vignette blanche barrée. Cela permettra d'éviter de dire des bêtises que

certaines nouveaux pourraient croire, comme M. Aubert, qui dit lui aussi des bêtises : sur une proposition de loi, il n'y a pas d'étude d'impact.

**M. Julien Aubert.** Je ne suis pas intervenu !

**M. Arnaud Robinet.** Il n'a pas parlé !

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. Je fais une réponse globale. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Il n'y en avait pas l'année dernière, il n'y en a pas plus aujourd'hui.

Sur l'article 1<sup>er</sup>, j'ai beaucoup aimé l'intervention de M. Richard, du groupe UDI. En 2008, il s'est rendu compte qu'il avait fait une erreur. Son groupe, qui s'appelait alors le Nouveau Centre, avait voté pour les franchises médicales : six mois plus tard, il faisait une proposition de loi pour exonérer du paiement des franchises les bénéficiaires du 100 % « affection de longue durée ».

**M. Arnaud Richard.** Je n'y étais pas !

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. Vous n'y étiez pas, mais vous êtes le représentant de ce groupe aujourd'hui.

Vous vous interrogez ensuite sur le prétendu établissement d'un système de soins parallèles à bas coût par la présente proposition de loi.

**M. Bernard Accoyer.** C'est exactement ça !

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. J'aimerais, chers collègues de l'opposition, que vous vous émouviez de l'ouverture d'un nouveau centre de Médecins du monde en Auvergne : dans notre pays, des gens ne peuvent plus accéder au système de soins dit classique.

**M. Dominique Tian.** Quel est le rapport ? Cela n'a rien à voir !

**Mme Laurence Dumont.** Cherchez bien, monsieur Tian !

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. Le rapport est évident. Les gens de Médecins du monde ouvrent des centres là où ils voient des retraités pauvres, des travailleurs pauvres, des étudiants pauvres...

**M. Dominique Tian.** À cause de vous ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Vous accroissez la pauvreté !

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. Certainement pas ! Vous venez d'être au pouvoir pendant dix ans. C'est de votre faute ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Il y a cinq ans, j'ai entendu le slogan : « Ensemble, tout devient possible. » Aujourd'hui, une partie, je pense, votera pour, une partie votera contre.

**M. le président.** J'invite les uns et les autres à revenir à plus de sérénité.

La parole est à M. Julien Aubert.

**M. Julien Aubert.** J'avais l'habitude, madame Lemorton, qu'on m'attaque après que j'avais parlé ; avant que je parle, c'est une première : je vous remercie ! (*Sourires.*)

Je rappelle l'article 5 du code de déontologie des députés, intitulé « La probité » : « Les députés ont le devoir de faire connaître tout intérêt personnel qui pourrait interférer dans leur action publique et prendre toute disposition pour résoudre un tel conflit d'intérêts au profit du seul intérêt général. » Mon collègue Arnaud Robinet n'a fait que souligner qu'il était maladroit d'avoir choisi pour rapporteur sur un texte relatif aux mutuelles quelqu'un qui administre une mutuelle. Il n'a rien voulu dire de plus.

**Mme Fanélie Carrey-Conte**, rapporteure. C'est de la diffamation !

**M. Julien Aubert.** Ce n'est pas de la diffamation.

**Mme Fanélie Carrey-Conte**, rapporteure. Je n'administre pas de mutuelle !

**M. Julien Aubert.** Je suis magistrat. Lorsque, dans une affaire, un magistrat a des liens avec l'une des parties, il existe une théorie, la théorie dite des apparences, au nom de laquelle ce magistrat se déporte pour éviter de donner l'impression que le jugement souffrirait de partialité. En l'occurrence, je ne fais aucun procès d'intention à Mme la rapporteure ; je dis simplement, en ayant la théorie des apparences à l'esprit, que vous auriez pu choisir un agriculteur mais que vous avez préféré nommer une personne qui administre une mutuelle.

**Mme Fanélie Carrey-Conte**, rapporteure. Vous mentez !

**M. Julien Aubert.** De l'extérieur, l'article 5 du code de déontologie prend tout son sens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP. – Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements de suppression de l'article 1<sup>er</sup>, n<sup>os</sup> 1 et 30.

La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** L'article 1<sup>er</sup> crée – pour employer des mots justes – une médecine au rabais.

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. Le centre de Médecins du monde en Auvergne, cela ne vous interpelle pas ?

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Plus grave encore, il est de nature à diminuer le recours à la production française au profit de dispositifs médicaux de moindre qualité en provenance de l'étranger, en particulier de Chine, notamment pour les lunettes. Vous verrez les dégâts sur la production industrielle de lunettes !

Enfin, en créant des remboursements à deux vitesses, la loi annule le libre choix du patient, auquel nous sommes tous attachés car il fait la force de notre modèle de Sécurité sociale. Supprimer ce libre choix constitue une discrimination et une sanction financière pour certains.

**Mme Laurence Dumont.** Le libre choix est inscrit dans le texte ! Arrêtez !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Je voudrais rappeler un chiffre. La mutualité, aujourd'hui, est propriétaire de 600 magasins d'optique en France. Son activité industrielle représente 12 ou 13 % de l'ensemble des ventes du marché français des lunettes. Si la mutualité était aussi efficace que vous le dites, si elle faisait baisser les coûts, ça se saurait !

Le problème, c'est que personne, quand on achète des lunettes, n'est capable de mesurer la pertinence de la paire vendue. Aujourd'hui, certaines mutuelles ont décidé de ne plus rembourser les verres à champ de vision élargi. Or, pour certaines pathologies, ces verres sont une nécessité. Voilà un exemple très simple. Dans son rapport, Mme la rapporteure écrit que, sur un équipement optique, les tarifs pratiqués par les réseaux peuvent être jusqu'à 30 % moins élevés que la moyenne. La raison en est dans l'exemple que je viens de donner : la personne ne reçoit pas l'appareil médical correspondant à sa pathologie ! Si vous voulez de cette médecine-là, tout le monde sera peut-être soigné, mais ce sera abstraction faite de la réalité des prescriptions médicales ! Pour toutes ces raisons, mon amendement vise à supprimer l'article 1<sup>er</sup>.

**M. Christian Paul.** Rappel au règlement, monsieur le président !

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement identique n° 30.

**M. Denys Robiliard.** Un rappel au règlement a été demandé !

**M. le président.** Voulez-vous faire avancer le débat ? Nous ne sommes pas prêts, sinon, d'en avoir terminé à une heure !

**M. Christian Paul.** Je demande une suspension de séance !

**M. le président.** Elle est de droit. Nous reprendrons dans un quart d'heure.

#### Suspension et reprise de la séance

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

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

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

Mes chers collègues, je vais donner la parole à M. Paul pour clore l'incident qui a précédé la suspension, puis nous essaierons de faire avancer l'examen des articles.

#### Rappel au règlement

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

**M. Christian Paul.** Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 58 ; il permettra d'ailleurs aux députés de l'opposition de nous rejoindre.

Au nom du groupe SRC, je tiens à dire que nous souhaitons que les travaux sur cette proposition de loi reprennent sereinement et que le niveau des arguments se relève afin que nous puissions en améliorer le texte.

Mais je veux ajouter, monsieur le président, et je suis sûr qu'au moins secrètement vous approuverez mes propos, que j'ai été profondément choqué des attaques portées de façon très personnelle contre notre rapporteure par l'un des députés de l'opposition, absent en ce moment de l'hémicycle. Mme Carrey-Conte a fait, de l'avis général, un excellent travail parlementaire depuis plusieurs mois sur ce texte en réussissant à concilier des intérêts apparemment contradictoires, et ce au nom de l'intérêt général. Elle a eu, comme la quasi-totalité des membres de cette assemblée, d'autres activités, il y a plusieurs années, dans une vie antérieure. Le fait d'avoir exercé des responsabilités dans un mouvement mutualiste, syndical ou associatif n'est pas contradictoire

avec une participation normale et sereine aux travaux de l'Assemblée nationale. Sinon, il faudrait expliquer à M. Jacob, qui a été président du Centre national des jeunes agriculteurs, qu'il ne doit pas évoquer la politique agricole ; à M. Accoyer, qui a été médecin ORL, qu'il ne doit pas participer aux débats sur le PLFSS ; à vous-même, monsieur le président,...

**M. Julien Aubert.** Ah non ! On ne met pas en cause la présidence !

**M. Christian Paul.** ...que vous ne devez en aucun cas discuter de la réforme du corps préfectoral, et bien d'autres collègues feraient quasiment l'objet d'une interdiction professionnelle dans cet hémicycle pour avoir exercé des responsabilités dans le public ou dans le privé, parfois même alors qu'ils étaient déjà députés. Je pense à Jean-François Copé, qui a été avocat d'affaires tout en étant membre de notre assemblée.

**M. Gérard Bapt.** Exactement !

**M. Christian Paul.** Par conséquent, que les donneurs de leçons indignes cessent de tenter de déstabiliser notre rapporteure. Elle est solide, j'en suis sûr, mais vraiment, ce soir, messieurs, vous n'êtes pas très beaux à voir ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

#### Article 1<sup>er</sup> (suite)

**M. le président.** Nous en revenons aux amendements de suppression de l'article 1<sup>er</sup>.

Vous avez la parole, monsieur Richard, pour soutenir l'amendement n° 30.

**M. Arnaud Richard.** Je veux au préalable réagir aux propos de M. Paul. Je pense qu'il a raison et qu'on ne va pas en finir si on commence comme cela. Notre rapporteure a eu une vie antérieure, elle a le droit d'être administratrice d'une mutuelle, ce n'est pas une maladie mais plutôt une bonne chose. On ne va pas lui faire ce procès d'intention, ce ne serait pas bien, mes chers collègues.

**M. Gérard Bapt.** Elle ne l'est plus depuis cinq ans !

**M. Arnaud Richard.** J'ai déposé cet amendement de suppression car je considère que les mutuelles n'ont pas à jouer le rôle de régulateur dans l'accès aux soins. Ce rôle doit être dévolu à l'État.

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

**M. Dominique Tian.** La parole est à la spécialiste !

**De nombreux députés du groupe SRC.** Oh ! Ça suffit !

**M. Dominique Tian.** Mais c'est un compliment, mes chers collègues !

**M. Gérard Bapt.** Et les propriétaires de clinique, monsieur Tian, peuvent-ils intervenir sur la convergence tarifaire ?

**M. Dominique Tian.** Et ta sœur ?

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Il ne faut pas de rajouter l'anathème à la caricature, je pense qu'il y en a eu déjà suffisamment depuis l'ouverture de ce débat. Je trouve juste

triste et regrettable qu'il ait commencé par des attaques *intuitu personae* et par des mensonges. Je ne suis plus administratrice de mutuelle.

**M. Dominique Tian.** Vous l'étiez.

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Alors que nous avons eu de bons échanges en commission sur le fond du texte, ce début de séance est vraiment déplorable pour les gens qui attendent que l'on fasse du bon travail parlementaire et que l'on continue à choisir la qualité et le fond plutôt que l'anathème et l'invective.

Je voudrais maintenant revenir aux amendements de suppression de l'article 1<sup>er</sup>, qui émanent de l'opposition. Mme la ministre a insisté sur la nécessaire cohérence par rapport aux débats passés. Le travail parlementaire ayant une continuité, je vais citer un extrait du rapport de Valérie Boyer, rapporteure de la PPL Fourcade à l'Assemblée nationale : « La pratique des réseaux de soins constitue incontestablement une méthode efficace pour réguler les prix, garantir la qualité des prestations et limiter le reste à charge. » Et Jean-Pierre Door – c'est dommage qu'il soit parti – écrivait dans le même esprit : « On ne peut pas demander aux complémentaires de jouer un rôle dans l'UNOCAM et auprès de l'assurance maladie obligatoire, tout en les laissant dans une situation de payeurs aveugles. [...] Il faut que les mutuelles puissent jouer leur rôle, tant de payeurs que d'offreurs de soins. » Je trouve donc dommageable, eu égard à la cohérence avec les positions politiques défendues par certains il n'y a pas si longtemps dans cet hémicycle, que les mêmes viennent aujourd'hui dire le contraire. J'abonde donc dans le sens de Mme la ministre.

Je voudrais également répondre aux critiques faites aux réseaux de soins.

Parlons d'abord de la qualité des prestations fournies. La qualité des soins et prestations, qui est exigée des professionnels de santé et pas seulement de ceux qui sont conventionnés dans des réseaux, est contrôlée par les autorités sanitaires et par l'assurance maladie. De plus, les appels d'offres que les mutuelles présentent aux professionnels de santé dans le cadre des conventionnements ajoutent des critères de qualité à ceux qui existent pour l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils soient ou non en réseau. Dans le réseau Santéclair, par exemple, les verres d'entrée de gamme représentent une part faible – environ un quart – des remboursements, alors que les verres haut de gamme en représentent les trois quarts. Sur les questions de qualité, il faut aussi rétablir certaines vérités et éviter les poncifs ou les anathèmes.

Venons-en ensuite au libre choix des patients.

D'une part, le libre choix est garanti puisque, répétons-le, le patient continue à être remboursé quel que soit le professionnel de santé chez lequel il se rend. Il a simplement droit à des prestations bonifiées quand il va chez un professionnel de santé conventionné. À supposer que ce point ne soit pas suffisamment clair, nous avons adopté en commission un amendement pour le confirmer à l'article 2 de la proposition de loi.

D'autre part, l'Autorité de la concurrence, dans un avis rendu en 2009,...

**M. Julien Aubert.** Il y a trois ans !

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** ...qui est très intéressant et auquel nous nous référerons plusieurs fois, a indiqué que, dans certaines mutuelles, le taux d'utilisation des

réseaux des professionnels conventionnés est de 60 %, c'est-à-dire qu'en moyenne 40 % des adhérents mutualistes ne s'y rendent pas.

Pour finir, quel est l'intérêt des professionnels de santé à participer aux réseaux de soins, aspect qui a été évoqué par Richard Ferrand ? À ce sujet, il faut entendre l'ensemble des points de vue des professionnels de santé. Les conventions avec les chirurgiens dentistes se font dans le cadre d'une convention nationale entre les complémentaires et la Confédération nationale des syndicats dentaires. Actuellement, 25 000 dentistes sont adhérents des réseaux de soins. Là aussi, il faut que cessent les fantasmes et les contrevérités.

Pour toutes ces raisons, je donne un avis défavorable aux amendements de suppression.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Ce n'est pas votre avis que nous voulons entendre, c'est celui de la commission !

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

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

**M. Julien Aubert.** Tout d'abord, je veux dire que j'ai été un peu frappé par la mise en cause de la présidence. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Si, monsieur Paul, vous avez cité la situation du président.

**M. le président.** On s'en remettra ! Merci, monsieur Aubert, mais on a le dos large. Chez moi, c'est le pays de l'ardoise, alors l'eau coule et on reste indifférent à tout cela, n'est-ce pas, monsieur Ferrand ?

**M. Julien Aubert.** Mais je suis là pour vous protéger ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Pour en revenir au débat, l'un des problèmes est l'impact que va avoir ce texte sur les réseaux, notamment celui des opticiens. La démonstration de ma collègue Marie-Christine Dalloz indique bien que, notamment dans les régions les plus rurales ou les moins bien couvertes, se pose la question du commerce de proximité, si apprécié par la population. Dans le secteur de l'optique, ce commerce est très présent et produit des revenus à l'échelle locale, particulièrement dans les petites villes.

En l'absence d'étude d'impact, le risque est qu'il y ait une restructuration du réseau et qu'elle coïncide avec un démantèlement d'implantations d'opticiens dans les territoires les plus reculés.

De plus, dans les régions les moins bien desservies, l'agrément obligerait certaines personnes à faire plusieurs dizaines de kilomètres pour se rendre chez un opticien qui serait sélectionné arbitrairement, alors qu'elles en ont un plus proche, tout simplement parce que le moins cher serait plus éloigné mais agréé. Dans des territoires déjà durement touchés par la crise, ce sont les populations les plus pauvres qui vont pâtir de ce problème : surcoût d'essence et de frais de déplacement, éventuels problèmes de mobilité. L'enfer est pavé de bonnes intentions ! L'idée de constituer ces réseaux fermés est déjà mauvaise, mais la loi Fourcade était bâtie sur une notion beaucoup plus ouverte.

De plus, en l'absence d'étude d'impact sur les équilibres financiers des professionnels concernés...

**M. Christian Paul.** Ah, nous y voilà !

**M. Julien Aubert.** ...il y a un problème. Je vous le dis d'autant plus que je ne suis pas un professionnel concerné.

**M. Christian Paul.** Ça fait les meilleurs lobbyistes !

**M. Julien Aubert.** Enfin, il y aura des appels d'offres périodiques de ces réseaux, qui risquent d'entraîner une modification régulière de la liste de professionnels y participant, ce qui pourrait nuire gravement aux bénéficiaires. On tombe là dans une logique que je qualifierai de purement financière. Alors que vous devez choisir votre professionnel pour sa compétence, pour le service qu'il vous offre, pour la proximité, le risque est que le seul critère de décision soit le coût et le suivi dans ces réseaux. Si certains effets sont positifs pour la couverture de soins, la plupart ne vont pas dans le sens du progrès.

Si je soutiens la suppression de l'article 1<sup>er</sup>, c'est que j'aurais souhaité qu'il soit d'abord appuyé sur une étude d'impact.

**M. Christian Paul.** À dix minutes, on s'arrête !

**M. Julien Aubert.** On croit faire le bonheur de la couverture de soins...

**M. le président.** Nous vous avons entendu, monsieur Aubert.

**M. Julien Aubert.** ...et, en réalité, on risque de la détériorer.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Nous vous avons entendu mais nous ne sommes pas pour autant éclairés !

**M. le président.** La parole est à M. Richard Ferrand.

**M. Richard Ferrand.** Nous allons rejeter ces amendements dont l'exposé sommaire s'apparente à une déclaration mensongère.

**M. Julien Aubert.** Anathème !

**M. Richard Ferrand.** Que lit-on ? Que les mutuelles « dépensent plus en frais de publicité qu'en remboursement. »

**M. Dominique Tian.** C'est vrai !

**M. Richard Ferrand.** Il suffit de se référer aux rapports des autorités de contrôle pour constater que 85 % des recettes des mutuelles sont affectées aux remboursements de prestations et que 4 % au maximum – comme dans les sociétés d'assurances – financent des publicités.

Deuxième mensonge : « Cet article est de nature à diminuer le recours à la production française. » Il s'agit d'un procès d'intention puisque les différents appels d'offres lancés – si vous aviez pris la peine de les lire, ils auraient pu vous instruire – précisent qu'il convient de recourir à des fabricants de verres qui produisent en France.

On lit ensuite : « En créant des remboursements à deux vitesses, la loi effacerait le libre choix du patient. » Le libre choix est réaffirmé comme cela vient d'être rappelé plusieurs fois.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** On ne sait pas comment !

**M. Richard Ferrand.** Enfin, il est écrit : « C'est une menace de l'indépendance des professionnels de santé. » Ceux que nous avons auditionnés nous ont au contraire affirmé que leur souci principal était de pouvoir être retenus dans l'appel

d'offres et de ne pas en être exclus. C'est vous dire qu'ils n'ont pas de crainte pour leur indépendance mais qu'ils souhaiteraient plutôt être du mouvement que d'en être exclus.

Quatre assertions, quatre mensonges.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 1 et 30 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 31.

**M. Arnaud Richard.** On pourrait imaginer que la mise en place de tels réseaux de soins puisse bénéficier au consommateur, au patient, en se traduisant par une majoration des prestations versées par les mutuelles.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 31, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 13.

**M. Dominique Tian.** À propos de l'article 1<sup>er</sup>, qui n'a malheureusement pas été supprimé, le rapport indique : « Le présent article vise à autoriser les mutuelles à pratiquer des modulations des prestations servies à leurs adhérents si ces derniers recourent à un professionnel, un service ou un établissement de santé membre d'un de leurs réseaux de soins. »

C'est tout le problème. Cet article octroie aux mutuelles des prérogatives de nature à déstructurer notre système de soins, en instaurant un conventionnement individuel des médecins libéraux, des établissements de santé et des services de soins à des fins tarifaires, dont l'effet sera évidemment de priver les patients de leur liberté de choix.

C'est donc extrêmement grave et c'est pourquoi nous sommes à la fois pour la suppression de cet article et, à défaut, pour l'adoption de l'amendement que je présente.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Nous l'avons dit, les réseaux de soins créés par les mutuelles comme par les autres organismes complémentaires existent depuis plusieurs dizaines d'années. En mettant en place une expérimentation, on créerait une nouvelle rupture d'égalité entre les différents organismes complémentaires. La commission émet un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

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

**M. Julien Aubert.** Pendant la discussion générale, il a été rappelé à la droite qu'elle avait adopté un texte similaire à celui qui est proposé aujourd'hui.

Or l'argumentaire développé par la droite depuis le début de cette discussion, c'est qu'en réalité, avec l'amendement Fourcade, nous avions été beaucoup plus prudents puisque nous avions proposé un dispositif expérimental. Par conséquent, cet amendement proposé par Dominique Tian est essentiel : il fait la différence entre ce que la droite avait pu accepter par le passé et ce que vous proposez aujourd'hui.

Je ne comprends pas votre argumentation, madame la rapporteure. On parle de rupture d'égalité quand des personnes régies par le même statut ont des droits différents. Parler de rupture d'égalité entre les assurances et les mutuelles

est faux : une assurance n'est pas une mutuelle puisque ces dernières sont régies par le code mutualiste et que, comme vous l'avez si bien expliqué auparavant, ce sont des sociétés à but non lucratif. Par conséquent : à statut différent, règles différentes.

Aujourd'hui, la question est de savoir si on doit donner de nouvelles prérogatives aux mutuelles.

**M. le président.** Veuillez conclure, monsieur Aubert.

**M. Gérard Bapt.** La justice devait être lente avec lui !

**M. Julien Aubert.** En application du fameux principe de précaution, faisons-le à titre expérimental, voyons ce que cela donne. Vous n'avez pas voulu d'étude d'impact, essayons au moins d'agir avec prudence. Avançons pas à pas.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** L'importance de ce caractère expérimental n'avait pas sauté aux yeux des députés à l'époque puisque la disposition avait été introduite au Sénat, et je crois même en CMP, à l'issue du débat au Sénat. À la limite, peu importe.

**M. Julien Aubert.** C'est la sagesse du Sénat !

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Ce texte prévoit, ce qui n'était pas le cas du précédent, la remise d'un rapport annuel qui doit permettre de faire le point très précisément sur les conséquences de l'application de la loi en matière d'organisation du système de soins, de manière beaucoup plus fine que dans un cadre expérimental. Nous connaissons des expérimentations qui sont reconduites plusieurs fois sans évaluation et qui ne permettent pas d'encadrer de façon particulièrement rigoureuse les dispositifs mis en œuvre.

Ce rapport précis permettra de suivre dans le temps l'évolution de la création des réseaux et évidemment de les adapter si les résultats enregistrés ne sont pas satisfaisants.

*(L'amendement n° 13 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Patrice Verchère, pour soutenir l'amendement n° 14.

**M. Patrice Verchère.** Les auteurs de la proposition de loi souhaitent que les médecins contractent individuellement avec des organismes très puissants : 1,8 milliard d'euros de chiffre d'affaires pour la Matmut, 2 milliards d'euros pour la MGEN, 3,7 milliards d'euros pour le groupe Istya, etc.

Ces conventions individuelles risquent d'être d'autant plus déséquilibrées entre les deux parties que la proposition de loi est silencieuse sur les garanties accordées au cocontractant en situation d'infériorité, notamment sur les conditions et formalités de résiliation de l'agrément.

La Fédération nationale des opticiens de France illustre très bien cette situation en prenant l'exemple des pratiques des assureurs avec leurs réseaux agréés dans le monde de l'automobile : « Très vite, les opticiens vont se retrouver devant des conventions négociées sans leur accord par des structures financières, dans le seul intérêt de prendre des parts de marché. Bienvenue dans le monde des carrossiers agréés ! » Ou des opticiens agréés...

Par ailleurs, il serait tout à fait inhabituel que les professionnels de santé signent des conventions individuelles et non des contrats types, pour pouvoir exercer leur métier. C'est

pourquoi, afin de protéger les cocontractants en situation d'infériorité d'éventuelles clauses léonines imposées par les mutuelles, le présent amendement prévoit la signature de ces conventions à partir d'une convention type préalablement établie par le Conseil d'État.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Nous n'avons pas souhaité que les conventions reprennent une convention type établie au niveau national par décret en Conseil d'État, parce que nous pensons que c'est une solution trop rigide et que les conventions passées dépendent de l'activité des professionnels de santé et du secteur concerné.

En revanche, nous avons fixé des principes généraux qui encadrent et régulent l'ensemble des conventionnements comme nous le verrons dans les prochains articles,...

**M. Christian Paul.** Ce que vous n'aviez pas fait messieurs !

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** ...ce que vous n'aviez pas fait dans le travail législatif autour de la proposition de loi Fourcade.

Donc, la commission est défavorable à cet amendement.

**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.** Il est tout de même assez paradoxal, messieurs, de vous inquiéter des contrats individuels qui pourraient être signés avec ces réseaux alors que c'est vous qui avez fait passer les CAPI, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles des médecins, dont le succès a d'ailleurs dépassé vos espérances. Ces contrats vous inquiètent pour les mutuelles, mais pas pour le régime obligatoire, alors qu'ils passaient outre aux conventions signées entre les professionnels et la CNAM !

*(L'amendement n° 14, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Patrice Verchère, pour soutenir l'amendement n° 16 rectifié.

**M. Patrice Verchère.** Il s'agit à peu de choses près du même. Je vous demande simplement de faire confiance au Conseil d'État. Ce serait bien qu'il puisse préparer tout cela correctement.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Je suis moi aussi très étonnée. J'aimerais que l'on m'expose les possibilités de sortie du réseau pour les praticiens qui auront signé. Admettons qu'ils soient entrés, comment prévoyez-vous qu'ils puissent sortir ? Il n'y a aucune transparence, pas de dispositions écrites.

Plus généralement, cette discussion sur l'article 1<sup>er</sup> est assez édifiante. On a tout à l'heure relu l'exposé sommaire de mon amendement. Moi, je me suis permis de jeter un œil au compte rendu de la commission. Mme la présidente de la

commission y dit qu'il ne faut pas se tromper de débat et qu'en dépit de tout le temps et toute l'énergie que la rapporteure y a consacré, ce texte n'a pas vocation à régir l'accès aux soins dans son ensemble : il s'agit simplement d'une remise à niveau juridique de la mutualité par rapport à la prévoyance et aux assurances. Cette phrase, que je viens de découvrir, est des plus édifiantes. Elle n'honore pas les auteurs de la proposition.

**Plusieurs députés du groupe SRC.** Et pourquoi donc ?

*(L'amendement n° 16 rectifié n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 6 et 32.

La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir le n° 6.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** C'est la suite logique de ce qui précède, puisque nous n'avons toujours pas obtenu de réponse concrète sur l'encadrement juridique de ces réseaux. Nous souhaitons que les contrats soient conformes aux modèles types nationaux négociés avec les organisations représentatives des professionnels de santé. C'est à mon sens la moindre des choses. Sinon, ces pratiques, régulées par les seuls financeurs complémentaires au moyen de réseaux fermés, auront pour conséquence une distorsion de concurrence, la création d'un marché captif et l'altération du libre choix des patients. Nous le disons depuis le début : la liberté de choix doit être préservée. Pour toutes ces raisons, nous souhaitons intégrer dans le dispositif une négociation avec les organisations représentatives des professionnels de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 32.

**M. Arnaud Richard.** Le Gouvernement nous dit qu'il ne veut pas mettre les conventions dans les mains du Conseil d'État, par le biais d'un décret. Mais ce serait quand même la moindre des choses, comme le dit ma collègue, que les organisations professionnelles de santé puissent les négocier avec le monde mutualiste.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Nous considérons qu'il faut garder une certaine forme de souplesse dans les conventionnements. À l'heure actuelle, certaines conventions sont négociées avec les organisations représentatives des professionnels. C'est le cas dans le secteur dentaire, par exemple, avec la convention entre la MFP et la Confédération nationale des syndicats dentaires. Mais d'autres sont négociées directement avec les professionnels de santé, simplement parce que les organisations syndicales sont parfois trop éclatées, comme c'est le cas dans l'optique. C'est pourquoi nous préférons conserver de la souplesse sur la manière dont sont élaborés les conventionnements, afin que tous les réseaux puissent continuer à exister. Avis donc défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

Vous savez, on ne choisit pas de passer ou non par le Conseil d'État au gré des humeurs. Il existe des règles de droit, comme il existe une liberté de contracter. La loi fixe les principes dans lesquels doit s'inscrire la liberté de contracter. Le contrat ne peut évidemment pas aller à l'encontre de principes législatifs.

On me demande ce qui se passerait si un professionnel voulait sortir d'un réseau ? Mais un contrat qui ne prévoirait pas ce cas serait évidemment attaquable. Aucun contrat ne peut considérer qu'il s'appliquera de toute éternité ! Il y a des règles ! Nous avons choisi de passer par la loi, et la loi fixe des principes en fonction desquels vont se décliner les contrats.

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

**M. Julien Aubert.** Ce qui nous inquiète, c'est la rigidité du dispositif. On lance un système sans étude d'impact préalable et sans expérimentation. (« *Encore !* » sur les bancs du groupe SRC.)

Mes chers collègues, on ne peut vraiment pas discuter !

**M. Christian Paul.** C'est vous qui n'écoutez rien !

**M. Julien Aubert.** Si par hasard ce système présentait de graves dysfonctionnements, il n'y serait pas mis un terme au bout de trois ans puisque ce n'est pas une loi d'expérimentation. Pourtant, je vous fais confiance madame la ministre : vous dites qu'on ne revient jamais sur les expérimentations mais, dans trois ans, vous serez toujours ministre, c'est en tout cas ce que je vous souhaite, et vous serez donc parfaitement en mesure de prendre une décision !

Parallèlement, on refuse de placer dans les contrats quelques garde-fous pour éviter que tout ne parte dans la nature. Pourtant, cela redonnerait du pouvoir aux organisations syndicales représentatives. Je suis un peu interloqué de voir un gouvernement socialiste qui ne veut pas accroître les droits des syndicats ! En tout état de cause, ces garde-fous sont nécessaires.

On part la fleur au fusil, sans savoir ce qui va se produire. On s'interdit de prévoir qu'au bout d'un moment, le dispositif pourrait s'éteindre. On refuse de fixer deux ou trois limites. Ce n'est pas sérieux !

**M. le président.** Sur l'article 1<sup>er</sup>, je suis saisi par le groupe de l'Union pour un mouvement populaire d'une demande de scrutin public.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Quel groupe de l'UMP ?

**M. le président.** Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Dominique Tian.

**M. Dominique Tian.** Le sujet est d'importance. Les rédacteurs du texte ont décidé que les médecins devaient contracter individuellement avec des organismes dont il a été indiqué qu'ils sont extrêmement puissants. Ce que nous vous demandons, c'est une sécurité supplémentaire pour les professionnels, avec des contrats types qui seraient établis par décret en Conseil d'État.

Le Conseil d'État est une instance sérieuse ! Quel problème cela pose-t-il qu'il sécurise les contrats signés par les professionnels ? L'habitude est de passer par des contrats types. Pourquoi les refuser ici et en rester aux contrats individuels, par définition moins sécurisés ?

*(Les amendements identiques n° 6 et 32 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je vais maintenant mettre aux voix l'article 1<sup>er</sup>.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**M. le président.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	61
Nombre de suffrages exprimés .....	61
Majorité absolue .....	31
Pour l'adoption .....	50
contre .....	11

*(L'article 1<sup>er</sup> est adopté.)*

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

#### Après l'article 1<sup>er</sup>

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 15.

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

*(L'amendement n° 15, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

#### Article 2

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n° 2, qui tend à supprimer l'article 2.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Cet article a vocation à introduire un nouveau chapitre dans le code de la sécurité sociale, intitulé « Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et établissements de santé ». On aurait pu trouver moins alambiqué.

Jusqu'alors, l'état du droit empêchait les mutuelles de procéder à la constitution d'un réseau de professionnels de santé. Vous voulez l'autoriser, en sachant que les opticiens et les dentistes seront les premières cibles des mutuelles, et avec eux les lunetiers et les prothésistes dentaires.

C'est à brève échéance la qualité des soins qui sera remise en cause, ainsi que le maillage territorial des professionnels de santé – car si l'égalité devant les soins peut être rompue pour des raisons financières, elle l'est très certainement aussi en fonction du lieu où l'on habite. Votre dispositif va encore accentuer la désertification.

C'est aussi l'avenir de certaines filières emblématiques de notre savoir-faire qui est mis en péril, en particulier celle de la lunette. Cette profession ne méritait pas que vous la traitiez de cette façon. Vous êtes sur le point de signer la mise à mort de nombreux emplois. Vous le découvrirez dans les mois à venir. Je vous l'aurai dit ce soir et je saurai vous le rappeler.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Nous avons déjà largement répondu sur l'utilité des réseaux de soins et la diminution du reste à charge. Ce que j'ai du mal à saisir, c'est que vous demandiez tout à l'heure des garde-fous et un encadrement des réseaux de soins et que vous voulez supprimer l'article 2 qui en pose justement les principes ! Ce n'est pas très cohérent. Avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis pour les mêmes raisons – parce que l'argumentation que vous avez présentée, madame Dalloz, est incompréhensible.

Cet article dispose que les conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient à choisir librement un professionnel ; que l'adhésion aux conventions des professionnels doit se faire sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires ; qu'il ne peut y avoir de clause d'exclusivité ; que les conventions souscrites ne doivent pas introduire de discrimination selon les tarifs des actes et des remboursements. Et je pourrais continuer...

Ce que vous voulez supprimer ici, c'est tout l'encadrement du dispositif, tout ce qui a été ajouté par rapport à la loi Fourcade et qui apporte des garanties à la fois aux professionnels et aux patients. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

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

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

**M. Julien Aubert.** Derrière ce débat sur les conventions se pose une question concernant l'industrie française du verre, et notamment une entreprise célèbre, Essilor.

Les économies en matière de remboursements se feront par une pression sur les coûts. Nous savons que cela va entraîner une évolution de la demande vers la production chinoise, au détriment de l'industrie française. Or, si l'industrie française du verre est passée ces dernières années des doubles foyers aux verres progressifs de dernière génération, c'est parce qu'elle a su bâtir des joyaux mondiaux, se renouveler, se montrer réactive et inventive.

D'où la volonté de supprimer l'encadrement que vous instaurez. Quelque part, c'est une question de principe, entre deux philosophies : l'une, sous couvert d'apparences généreuses mais en fait purement oligarchique, qui voudrait un encadrement drastique de l'activité des opticiens ; l'autre plus libérale qui ferait confiance à la libre concurrence et permettrait l'épanouissement des entreprises françaises.

Je soutiens donc cet amendement. Ce que j'en ai retenu, même si Mme la ministre l'a trouvé incompréhensible, c'est un cri d'alarme concernant l'industrie du verre en France. On en revient toujours au problème de l'étude d'impact, bien que vous ne vouliez pas l'entendre : il n'y a pas que des aspects sociaux dans ce texte, mais aussi des aspects économiques. Je vous le redis, il n'y a pas eu d'analyse de l'impact qu'il aura sur l'économie de certaines régions, le Jura et d'autres, où l'industrie du verre est importante.

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

**M. Dominique Tian.** Quelle chose étrange que cet article 2, introduit à l'initiative de la rapporteure et de plusieurs de ses collègues : il est absolument incompréhensible. On n'en comprend absolument pas le but, à moins qu'il n'annonce une grande loi qui serait à venir.

Lisons, au hasard, parce que, de toute façon, ce n'est que verbiage, je pense même que le Conseil constitutionnel pourrait dire que c'est une loi bavarde : « les conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé », « l'adhésion aux conventions des professionnels, établissements et

services de santé s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires ». J'espère bien ! Si, en plus, on votait un texte qui serait discriminatoire, non transparent et inobjectif... J'espère aussi que l'on a rajouté le mot « honnête » et quelques autres aussi importants : « juste », « généreux », des choses comme ça.

Le reste est à peu près de la même eau. Ainsi le texte dispose-t-il que « l'organisme assureur garantit une information suffisante de ses assurés » – si le texte disait qu'il ne faut surtout pas que l'information soit suffisante, je ne sais pas où nous en serions !

C'est vraiment un article qui ne sert à rien, sinon à prouver que tout le reste du texte n'est ni transparent, ni honnête, ni objectif. On ajoute donc un article 2 pour nous faire comprendre que ce que nous écrivons est transparent, honnête, etc.

Cela ne veut donc absolument rien dire. C'est du verbiage. C'est complètement inutile. Simplement, comme le disait l'un de nos collègues...

**M. le président.** Il faut conclure.

**M. Dominique Tian.** Je termine, monsieur le président, je crois que cela en vaut la peine : nous luttons contre le côté anxiogène du texte que l'on nous prépare. C'est un membre du Parti socialiste qui a dit...

**M. le président.** Merci ! Je mets aux voix l'amendement.

*(L'amendement n° 2 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 18.

**M. Dominique Tian.** Il est défendu, monsieur le président.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

Je veux juste préciser à M. Tian que l'objectivité, la transparence et la non-discrimination ne sont pas des mots qui viennent de nulle part. Ce sont des règles fixées par l'Autorité de la concurrence, qui s'est prononcée sur les réseaux dans un avis de 2009 et qui a indiqué qu'il était souhaitable que ces termes figurent dans la législation.

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Robinet.

**M. Arnaud Robinet.** Élu de terrain – comme beaucoup d'autres sur ces bancs –, je tiens à vous faire part de l'analyse de l'un de mes concitoyens, qui est opticien. « Cet article de loi propose donc de mettre en place et de généraliser des réseaux de santé avec des remboursements différenciés, ce qui signifie qu'un assuré est plus ou moins remboursé en fonction de l'opticien qu'il choisit. » C'est ce que nous disons depuis le début. « Or je calcule mes tarifs en fonction de mes frais fixes et de gestion du magasin pour payer mes employés, vivre de mon emploi, et pour que ma boutique soit autonome financièrement. » Il donne des exemples de frais : l'amortissement, à hauteur de 40 000 euros, de la meuleuse automatique et de tous les outillages ; l'appareil pour les examens de vue, pour 20 000 euros ; la main-d'œuvre pour la transformation des

verres ; les étuis ; les deuxièmes paires ; tous les services sans limitation de temps, comme le réglage des lunettes, le changement des plaquettes en silicone ; etc.

Ces tarifs qu'il fixe ne correspondent pas à ceux imposés par les acteurs de l'assurance. Pourtant, vous l'avez compris, ils ne sont en aucun cas abusifs.

Comme cet opticien ne peut réduire ses marges, il ne lui reste que deux solutions si ce texte de loi est voté et appliqué. Soit il ne fait pas partie de ces réseaux, et son chiffre d'affaires va considérablement baisser face à une concurrence déloyale, auquel cas il sera malheureusement dans l'obligation de licencier, ce qu'il ne souhaite, m'écrit-il, surtout pas, soit il adhère à ces réseaux de soins et sera obligé d'acheter au moins cher, donc d'acheter chinois. Or il ne veut pas de baisse de qualité de ses produits. Soucieux de la provenance de ses montures et des verres, il achète au maximum français. Il me demande donc comment le Gouvernement, notamment le ministre du redressement productif, peut à la fois inciter à acheter français et, en même temps, pousser les opticiens à acheter chinois. Cela n'a pas de sens.

Je voulais vous faire partager cette réflexion de bon sens d'un opticien français.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Tout d'abord, en 2 000, il y avait 10 000 opticiens sur le territoire national. En 2012, il y en a 25 000. Or cela fait quelques années, je crois, que les réseaux de soins existent ; ce sont en majorité, dans l'optique, des réseaux fermés. Ils ne semblent donc pas avoir eu un impact sur le développement de la profession.

En outre, quand on écoute les professionnels de santé, il faut les écouter tous. Je vous renvoie donc aux déclarations de structures comme Optic Center et Optic 2000, qui se sont récemment prononcées pour les réseaux de soins, notamment en optique.

*(L'amendement n° 18 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 19.

**M. Dominique Tian.** En dépit des déclarations très générales sur le respect du libre choix du professionnel de santé par les patients que comporte cette proposition de loi, de très nombreux patients parmi les 38 millions d'adhérents des mutuelles constateront très rapidement que les actes et consultations de leurs médecins traitants ne sont pas aussi bien pris en charge que ceux des médecins agréés par leur complémentaire santé.

Le présent amendement vise donc à prévoir que les médecins traitants déclarés avant la promulgation de la proposition de loi ne pourront se voir appliquer par les mutuelles une prise en charge inférieure à celles des médecins ayant souscrit une convention avec ces dernières.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** L'alinéa 7 de la proposition de loi, issu d'un amendement de Mme la présidente de la commission, précise bien que le conventionnement tarifaire avec les médecins est exclu. Il ne sera donc pas possible d'avoir des modulations de tarifs avec les médecins.

Avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

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

**M. Julien Aubert.** L'argumentation de mon collègue a le mérite de mettre en avant l'enjeu financier de la réforme, sur lequel, pour l'instant, nous n'avons pas eu beaucoup de débats.

Tout à l'heure, quelque chose m'a fait froid dans le dos : Mme la rapporteur a dit que le nombre d'opticiens avait plus que doublé. Rassurez-moi : l'idée de la réforme n'est pas de diviser par deux le nombre d'opticiens?...

**M. Christian Paul.** Avec les déficits que vous avez laissés, on pourrait y venir !

**M. Julien Aubert.** On va parler des déficits, cher collègue.

Je vous rappelle que le marché de l'optique représente, en 2011, 5,7 milliards d'euros. Le montant global de la TVA produite est de 934 millions d'euros. Or, si on fait baisser fortement le prix moyen des verres, cela va mécaniquement entraîner une baisse équivalente des recettes fiscales, notamment de la TVA. Si l'idée cachée est de réduire le nombre de professionnels, de mener une politique d'austérité déguisée et de diminuer les recettes fiscales, je ne pense pas que ce soit la meilleure manière de lutter contre le déficit.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** C'est ça, il faut que les lunettes soient extrêmement chères !

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

**M. Dominique Tian.** Je fais observer à Mme la rapporteur qu'elle me parle de l'alinéa 7 alors que nous en sommes à l'alinéa 5. Ne faisons pas de la science-fiction et annonçons plutôt la prise de conscience du Gouvernement et de la commission. En l'état actuel de la discussion, ma question reste pertinente.

Vous me dites : « On vous répond à l'alinéa 7 ! » Mais on ne l'a pas examiné, l'alinéa 7 !

**Mme Joëlle Huillier.** Vous l'avez lu, quand même !

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** J'espère que vous avez pris connaissance de l'ensemble de la proposition !

*(L'amendement n° 19 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n°s 33 et 17 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Arnaud Richard, pour défendre l'amendement n° 33.

**M. Arnaud Richard.** Il nous paraît essentiel que les réseaux soient ouverts et que les pratiques soient encadrées afin de garantir le libre choix par l'assuré de son praticien.

Tout professionnel de santé doit pouvoir, s'il le souhaite, adhérer à un réseau de soins sans discrimination dès lors qu'il respecte les termes du conventionnement. À défaut, la motivation expresse du refus doit lui permettre de mieux répondre aux conditions d'accès à ce réseau de soins.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour défendre l'amendement n° 17 rectifié.

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

*(Les amendements n°s 33 et 17 rectifiés, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 36.

**M. Arnaud Richard.** Il s'agit de permettre aux professionnels de santé qui se verraient refuser le conventionnement de se démarquer de leur positionnement initial pour pouvoir enfin remplir les conditions d'accès, et d'éviter qu'un *numerus clausus* ne soit insidieusement mis en place, au travers d'une limitation en nombre des adhérents et de listes d'attente.

Cet amendement vise donc à remédier à un problème criant.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** La motivation du refus relève davantage du niveau réglementaire, voire de la bonne pratique, et les critères transparents de sélection des professionnels sur des bases non discriminatoires que nous avons introduits sont suffisants pour répondre aux exigences que vous évoquez.

Avis défavorable, donc.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

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

**M. Julien Aubert.** Il ne suffit pas de décréter la justice pour qu'une politique soit juste, il ne suffit pas de décréter que les conventions seront transparentes pour qu'elles le soient. En l'occurrence, vous nous expliquez que vous refusez toute convention type. C'est toujours le même processus : on refuse d'encadrer *a priori*, hors quelques grands principes, très honorables mais que je n'aurais pas forcément inscrits dans la loi. Pourtant, la proposition de M. Richard est très intelligente.

Dites-moi, honnêtement, comment on fera une enquête annuelle comme vous le souhaitez, madame la ministre, si on ne dispose pas d'informations sur les refus de conventionnement. Ce sera pourtant un élément central de l'analyse : il s'agit d'en connaître les raisons, de savoir ce qui se passe, pourquoi tel réseau grossit à telle vitesse. Il nous faut des données. Pour qu'ensuite le législateur s'en empare, il faut des bases objectives.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Une étude d'impact, peut-être...

**M. Julien Aubert.** Il faut qu'on puisse savoir pourquoi tel réseau a refusé tel type de médecin, etc.

Il faut garder un réseau strictement ouvert. Ce n'est pas de murs et de béton qu'a besoin le système de sécurité sociale, c'est de fenêtres et de portes ouvertes sur l'extérieur ! Allions le meilleur du système libéral de notre pays aux bons côtés – car il y en a quelques-uns – du système mutualiste, mais n'en faisons pas non plus une espèce de blockhaus soviétique (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC*) dans lequel on forcerait les médecins et dont la gestion serait totalement opaque.

**M. Christian Paul.** Parce que le privé, c'est mieux ! Haine de classe !

**M. Julien Aubert.** Non !

**M. Christian Paul.** Bien sûr que si ! Haine des corps intermédiaires ! C'est un discours réactionnaire !

*(L'amendement n° 36 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 5 et 34.

La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n° 5.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Cet article 2 nouveau, inséré à l'initiative de la présidente de la commission, précise que les conventions ne pourront porter sur les tarifs pratiqués par les médecins pour les actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions médicales nationales. Cela laisse le champ libre à toute possibilité de modulation des tarifs pour tous les autres professionnels de santé. J'aimerais une explication à ce sujet.

C'est en tout cas pour cette raison que je préférerais lire « professionnels de santé » à la place de « médecins » à l'alinéa 7 de l'article.

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 34.

**M. Arnaud Richard.** Il est défendu.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Les conventionnements des réseaux de soins, tels qu'ils existent aujourd'hui, portent sur les tarifs des professionnels qui sont des tarifs libres, comme c'est le cas en matière d'optique ou de prothèses dentaires. Par définition, ils ne portent pas sur les honoraires, dont les montants sont fixés par convention avec l'assurance maladie. Parce qu'il est possible pour les médecins de faire des dépassements d'honoraires, nous avons souhaité, à l'initiative de la présidente de la commission, les exclure du champ des conventionnements tarifaires.

S'agissant des professionnels de santé, ce sont les honoraires libres qui sont concernés.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Mon argumentation est la même. Le seul intérêt qu'il y a à indiquer clairement que les tarifs des médecins ne sont pas concernés réside dans la question des dépassements d'honoraires. Les professionnels de santé non médecins sont tenus par les tarifs opposables.

*(Les amendements identiques n° 5 et 34 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n° 39 de la commission des affaires sociales est rédactionnel.

*(L'amendement n° 39, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 37 et 38.

La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n° 37.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Nous vous proposons de supprimer le mot « médicaux » de l'alinéa 7 de cet article. J'en reviens à la même question : on ouvre le champ à toute possibilité de modulation des tarifs pour l'ensemble des professionnels de santé autres que les médecins.

Il me semble que nous ne pouvons pas accepter cette disposition en l'état. Il faut plus d'équité à ce titre : c'est fondamental.

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 38.

**M. Arnaud Richard.** Ma collègue a déjà très bien défendu cet amendement. Chers collègues de la majorité, si vous croyez dans le dispositif que vous nous proposez, ce dont je ne doute pas, je ne vois pas pourquoi vous n'accepteriez pas d'assouplir un peu sa mise en œuvre.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** L'avis de la commission est évidemment défavorable, puisque l'amendement revient à interdire tous les réseaux de soins qui existent actuellement, y compris ceux développés avec les dentistes, les opticiens et les audioprothésistes, qui sont des professionnels de santé.

Nous en avons déjà débattu : nous ne parviendrons pas à nous mettre d'accord sur ce point.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis défavorable.

*(Les amendements identiques n° 37 et 38 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 9.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je vous ai déjà fait part des fortes réticences de notre groupe vis-à-vis de ce texte. Nous tenons à lutter contre l'opacité qui est parfois reprochée aux mutuelles, en exigeant qu'elles garantissent à leurs adhérents une information complète. De ce point de vue, la formulation actuelle de l'alinéa 8 de l'article 2 ne nous semble pas suffisante. Il n'y est fait mention que d'une information « suffisante » sur le conventionnement et ses caractéristiques, sans préciser lesquelles, et sur son impact sur les droits des assurés ou adhérents. Nous souhaitons donc préciser les caractéristiques qui devront être portées à la connaissance des assurés, notamment, par l'organisme assureur en ce qui concerne les engagements relatifs au niveau ou à la nature des garanties, et par le professionnel – c'est-à-dire l'établissement de santé – en ce qui concerne les éléments relatifs aux services rendus, aux prestations, ainsi qu'aux tarifs et aux prix.

Au sujet des prix, l'honnêteté impose la transparence, notamment pour les produits et dispositifs concernés par cette proposition de loi – je pense aux lunettes et aux prothèses dentaires. Dès lors, il serait normal que les professionnels mentionnent non seulement l'origine du produit ou du dispositif qu'il fournissent, mais aussi son prix d'achat.

Nous souhaitons également que les assurés soient dûment informés des coûts directs et indirects induits par la souscription de la convention et son application dans le temps, ainsi que des économies réalisées annuellement grâce à ce conventionnement, de sorte qu'ils puissent apprécier les dépenses et les bénéfices liés au conventionnement qu'ils financent par leurs cotisations. Les assurés doivent par ailleurs recevoir une

information suffisante sur la gestion par leur organisme des économies ainsi réalisées. Nous savons tous que les coûts de gestion des mutuelles sont très supérieurs à ceux de la Sécurité sociale. Elles utilisent une part non négligeable du volume des cotisations pour financer des dépenses d'ordre commercial. Tout cela mérite d'être clarifié.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Madame Fraysse, nous partageons votre préoccupation quant à la transparence de l'information et à la nécessité de fixer des principes afin d'encadrer et de réguler les conventions entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé. C'est le sens de l'article 2 que nous avons introduit en commission. Il répond à certaines de vos préoccupations portant sur les informations qui doivent être communiquées aux assurés.

Cela dit, la rédaction de votre amendement pose problème. Les termes « économies réalisées annuellement grâce à ce conventionnement » ne sont pas les plus appropriés. Sans doute vouliez-vous parler de l'effet sur les prix des prestations facturées aux assurés. Ces éléments sont publics, mais les réseaux visent à rendre service à leurs adhérents en améliorant les remboursements, et non à dégager des économies.

Nous avons déjà évoqué la question des coûts de gestion. Ils seront rendus publics et seront obligatoirement communiqués aux adhérents à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Cet élément figure déjà dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Je suis donc d'accord avec votre raisonnement : il faut inclure les garde-fous dans l'article 2. Je suis néanmoins défavorable à votre amendement pour les raisons sémantiques que j'ai évoquées.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

Madame la députée, nous comprenons l'objectif que vous poursuivez. Mais la rédaction que vous proposez fixe des contraintes qui ne nous semblent pas adaptées. Je ne vois pas comment, très concrètement, une information précise pourrait être fournie concernant les coûts directs et indirects induits par la convention, ou les économies réalisées grâce aux conventionnements. Cela me paraît trop imprécis et trop général pour être opérationnel.

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

**M. Julien Aubert.** Je suis presque honteux de ne pas avoir eu l'idée de déposer un tel amendement. Il m'apparaît extrêmement judicieux.

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Vous pouvez toujours le voter !

**M. Julien Aubert.** Cela montre bien que nous avons énoncé toute une série de principes sans entrer véritablement dans le détail des contrats. Même si les principes sont posés, on voit bien que leur formulation laisse à désirer. Je trouve pour ma part que la rédaction proposée par l'amendement n° 9 est parfaitement claire.

Au-delà de la clarté de cet amendement, je vois aussi son intérêt. La proposition de loi demande la réalisation d'études annuelles : il faut bien que ces études se nourrissent de données objectives ! Parmi ces données, Mme Fraysse a mentionné l'origine des produits. Or nous avons expliqué que l'effet de cette mesure sur les ventes de certains matériaux,

notamment le verre, pose problème par rapport à la concurrence chinoise. Il serait intéressant de voir s'il y a une distorsion de concurrence en faveur de produits étrangers. Cela permettrait de mettre en œuvre, éventuellement, des mesures correctrices.

Deuxièmement, Mme Fraysse a mentionné les économies réalisées annuellement. C'est quand même important ! Nous sommes dans un contexte de réduction budgétaire. Nous essayons de faire des efforts sur les dépenses, et nous menons une réforme qui vise à baisser le coût de certaines prestations de santé. Un décret pourrait donc préciser ultérieurement ce que l'on entend par « économies réalisées annuellement », pour faire correspondre cette notion à la baisse effective des prix. Je crois donc qu'inscrire cet objectif dans la loi serait un signe fort. Cet objectif était sous-jacent, rendons-le sur-jacent !

Voilà les raisons pour lesquelles je pense que cet amendement est excellent.

*(L'amendement n° 9 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 10.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Cet amendement procède de la même volonté de transparence et de précision. Nous souhaitons renforcer le niveau et la qualité de l'information délivrée aux assurés en écrivant qu'elle doit être « exhaustive » et non pas simplement « suffisante ».

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Conformément à ce que nous venons de dire sur la nécessité de renforcer les principes d'encadrement et de donner le maximum d'information aux assurés, nous partageons l'objectif de cet amendement. Nous avons simplement un problème avec le terme « exhaustive »,...

**M. Julien Aubert.** C'est justement le cœur de cet amendement ! Il tient en un mot, et vous avez un problème avec ce mot !

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** ...qui pourrait laisser penser que les organismes complémentaires de santé devraient publier, par exemple sur leur site internet, la liste complète des professionnels de santé conventionnés. C'est à l'heure actuelle interdit par les règles de déontologie qui régissent certaines professions. Cela a d'ailleurs été rappelé dans un arrêt du Conseil d'État dont nous parlions tout à l'heure.

Adopter votre amendement nous semble donc juridiquement compliqué. Cependant, si vous l'acceptez, madame Fraysse, nous vous proposons de remplacer « exhaustive » par « complète », en gage de bonne volonté. Cela nous permettra de renforcer l'information donnée aux adhérents, dans la lignée des dispositions de cet article 2 qui a été introduit en commission.

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

**Mme Jacqueline Fraysse.** « Complète » est en effet plus précis que « suffisante ». J'accepte donc cette rectification.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis favorable, sous réserve de la prise en compte de la rectification proposée par Mme la rapporteure.

(*L'amendement n° 10, tel qu'il vient d'être rectifié, est adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 35.

**M. Arnaud Richard.** Martine Aubry disait : « quand c'est flou, c'est qu'il y a un loup ». Je crois même que cette expression lui vient de sa grand-mère. (*Sourires.*) Je ne comprends pas pourquoi il est question de droits dans cet alinéa 8. Je vous propose donc de remplacer le mot « droits » par le mot « garanties ».

Pour être tout à fait clair, je crois que cet amendement n'est toujours pas assez précis. Il faudrait en réalité parler des « droits garantis ».

**M. Jean-Marc Germain.** Quand c'est lourd, c'est qu'il y a un loup! (*Sourires.*)

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Vous avez cité Martine Aubry, mais vous auriez pu citer Albert Camus, qui disait que « mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde ». En l'occurrence, nous considérons que le terme « garanties » est moins précis que celui de « droits », parce qu'il n'exclut pas, par exemple, le tiers payant.

C'est pourquoi l'avis de la commission est défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

(*L'amendement n° 35 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Patrice Verchère, pour soutenir l'amendement n° 20.

**M. Patrice Verchère.** Votre proposition de loi se présente comme un outil pour que les mutuelles diminuent les montants restant à la charge des assurés, tout en faisant l'impasse sur une source d'économies majeure : leurs propres frais et coûts de gestion. Selon le rapport publié en 2011 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales et de la santé, la DREES, sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, les charges de gestion pour les mutuelles, y compris les frais d'acquisition et les frais d'administration, s'élèvent en pourcentage des primes à 22 %, dont 32,5 % pour les contrats individuels et 19,3 % pour les contrats collectifs, alors que ce montant est de 4 % pour l'assurance maladie obligatoire. Cet écart peut s'expliquer notamment par les frais très importants de promotion commerciale engagés par ces organismes très concurrentiels entre eux, ainsi que par leur grand nombre, qui limite les économies d'échelle.

L'importance des frais de gestion est unanimement reconnue et se retourne même contre l'image des mutuelles. Ainsi, l'ancien président de la Fédération française des médecins généralistes, MG France, s'interrogeait récemment sur un site internet spécialisé au sujet des enjeux liés à la santé : « Que font les mutuelles de l'argent qu'elles gagnent ? Plus de 20 euros sur 100 partent en coûts de gestion, c'est tout de même invraisemblable ! Je considère qu'en matière de santé,

les coûts de gestion devraient être plafonnés, réglementés et connus de l'affilié au moment où il signe le contrat ». Fermez le ban !

Si le législateur prive les patients de la liberté de choix de leurs professionnels et établissements de santé, le ressentiment de la population ira probablement grandissant. C'est la raison pour laquelle le législateur doit imposer la transparence non seulement sur le conventionnement lui-même, mais aussi sur les frais de gestion des organismes dont il renforce le rôle dans notre système de santé, au risque de le déstructurer. Tel est l'objet du présent amendement, qui vise donc à une meilleure transparence des frais de gestion des mutuelles au regard de leur chiffre d'affaires consacré à la santé.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Tout d'abord, je vous rappelle que cette proposition de loi porte sur les réseaux de soins et l'accès aux soins, et non sur la fiscalité et les frais de gestion des mutuelles et autres organismes complémentaires de santé. Ces autres organismes, par ailleurs, ne semblent pas beaucoup vous intéresser, puisque vous ne parlez que des mutuelles ! D'autre part, Mme la ministre a annoncé que plusieurs dossiers seront prochainement abordés, concernant notamment l'évolution des contrats responsables, la transparence et la fiscalité des organismes complémentaires. Enfin, les frais de gestion seront obligatoirement communiqués aux adhérents à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 : nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises.

L'amendement est donc hors sujet ; c'est pourquoi l'avis de la commission est défavorable.

**M. Dominique Tian.** Et pourquoi hors sujet ?

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis défavorable.

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

**M. Julien Aubert.** Ce texte a effectivement pour objectif de faire baisser les coûts. Il y aura donc des transferts de valeur. Qui sera impliqué par ces transferts de valeur ? Pas les professionnels de santé, mais les mutuelles et les organismes complémentaires de santé ! Si ces mutuelles ne sont pas bien gérées, le transfert de valeur risque en réalité de provoquer un appauvrissement des professionnels de santé, une dégradation de la qualité des matériels fournis, et concomitamment un enrichissement du système mutualiste, qui est par ailleurs inefficace. Je ne suis pas le seul à le dire : si j'ai bien compris, de l'inspection générale des affaires sociales au Front de gauche, tout le monde a cité les statistiques issues des rapports de la Cour des comptes.

Par conséquent, avant d'organiser un transfert de valeur à grande échelle au bénéfice des sociétés mutualistes, dont on sait que la gestion occasionne des frais importants, il conviendrait de leur faire réaliser des économies. Il faudrait à tout le moins qu'elles-mêmes montrent qu'elles ont adopté une démarche d'effort. Ce serait du donnant-donnant, puisqu'elles demandent au législateur de pouvoir moduler le niveau de leurs prestations.

Cet amendement permettra de clarifier le système. Nous avons beaucoup parlé de l'accès aux soins, mais pas du tout des enjeux financiers qui y sont liés. J'ai essayé d'ouvrir le débat aux enjeux économiques pour la filière optique, mais cela n'a visiblement pas intéressé grand monde dans les rangs de la majorité.

Je crois que nous devrions mettre quelques garde-fous à ce transfert de valeur au système mutualiste.

*(L'amendement n° 20 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 21.

**M. Dominique Tian.** Cet amendement est essentiel.

Les auteurs de la proposition de loi, maintenant conscients de la situation d'infériorité des professionnels de santé et des établissements contractant individuellement avec des organismes très puissants, situation que nous avons mise en évidence, ont enfin ajouté un article 2 posant des principes très généraux mais n'offrant aucune garantie précise sur leurs relations futures.

Par cet amendement, je propose qu'un décret en Conseil d'État apporte des garanties concrètes aux professionnels de santé en fixant les règles de tout conventionnement par l'ensemble des organismes complémentaires.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Monsieur Tian, la commission a donné son avis sur cet amendement puisque vous l'avez déjà déposé sous une autre forme. Je vous ai alors répondu qu'il était préférable d'inscrire, dès aujourd'hui, des principes dans la loi, plutôt que de renvoyer à un décret.

Par ailleurs, s'agissant de la proposition d'une convention type, je vous ai également précisé qu'il convenait de garder de la souplesse dans l'intérêt des professionnels de santé, les conventions obéissant à des critères différents selon les caractéristiques démographiques ou déontologiques de la profession.

Donc, comme tout à l'heure, avis défavorable de la commission.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis défavorable.

Je tiens de surcroît à préciser que, si un décret d'application s'avère nécessaire, il est d'ores et déjà prévu par la loi, à savoir à l'article L. 864-1 du code de la sécurité sociale.

*(L'amendement n° 21 n'est pas adopté.)*

*(L'article 2, amendé, est adopté.)*

### Après l'article 2

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian., pour soutenir l'amendement n° 25.

**M. Dominique Tian.** Il s'agit de la gestion malheureusement assez calamiteuse des mutuelles, en particulier étudiantes.

**M. Christian Paul.** La gestion « UMP » !

**M. Dominique Tian.** Comme l'ont évoqué différents orateurs, les dépenses publicitaires des mutuelles pèsent lourdement sur leurs coûts et frais de gestion qui s'avèrent très largement supérieurs à ceux de l'assurance maladie obligatoire et contribuent à la hausse régulière des tarifs pour les adhérents.

Je note d'ailleurs que différents rapports remis par les administrations ou publiés par *Que choisir* indiquent que les prestations fournies sont très mauvaises : obtention de la carte Vitale avec un délai de quatre mois, donc avec beaucoup de retard, entre autres.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** C'est comme le régime obligatoire : il faut attendre six mois !

**M. Dominique Tian.** Le présent amendement institue donc une contribution sur les dépenses publicitaires des organismes complémentaires de santé. Puisque nous assistons, à l'évidence, à une envolée de ces dépenses, ces quelques recettes supplémentaires seront sûrement les bienvenues !

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Même argumentation : nous ne débattons pas de la fiscalité des organismes complémentaires et en particulier des mutuelles. Des rendez-vous ont été fixés pour en discuter. C'est à nouveau hors sujet. Donc avis défavorable.

*(L'amendement n° 25, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n° 26.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** J'entends bien que vous nous répondiez que nous ne traitons pas d'un sujet fiscal. Je rappellerai toutefois à nos collègues que le contexte budgétaire est difficile. Nous avons examiné aujourd'hui, en commission des finances, le crédit d'impôt compétitivité, lequel sera, soit dit en passant, mis en œuvre grâce à une augmentation de la TVA. Et Dieu sait ce que nous avons entendu à ce sujet, il y a quelques mois, dans cet hémicycle !

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Ce n'était pas la même philosophie !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Certes, mais ce sont les usagers qui paieront !

Toujours est-il que vous avez assorti la mise en place du crédit d'impôt compétitivité au bénéfice des entreprises d'une mesure de traçabilité et d'un dispositif de sanction. Dès que l'on donne à une entreprise, on prévoit, on contrôle et on sanctionne si cela ne fonctionne pas.

Je me rappelle avoir vu dans des journaux de grandes pages de publicité payées très cher par des mutuelles dont je ne citerai pas le nom. Dans ma circonscription sont organisées des coupes de monde de ski ou de saut à ski. Qui les sponsorise, qui est présent avec de grandes banderoles et qui reçoit au quartier VIP ? Les mêmes mutuelles !

**Plusieurs députés du groupe SRC.** Et les assurances ?

**M. le président.** Écoutons Mme Dalloz !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Il convient à un moment donné de faire preuve de réalisme et de dire la vérité !

Je propose donc, par cet amendement, que « le montant des remises correspondant aux frais de gestion administrative afférents au service des prestations légales accordées aux mutuelles en application du présent article [soit] diminué de moitié lorsque les dépenses publicitaires de l'organisme dépassent plus de 10 % de son chiffre d'affaires ».

Nous aurons alors une véritable logique d'équilibre et d'équité.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Outre le fait que les mutuelles vous préoccupent beaucoup plus que les sociétés d'assurances,...

**M. Dominique Tian.** C'est le sujet !

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** ...je vous répondrai, comme précédemment, que nous ne débattons pas de la fiscalité des organismes complémentaires. Je tiens de plus à vous préciser que la fiscalité sur les mutuelles a été multipliée par 6,7 entre 2004 et aujourd'hui, alors que vous étiez dans la majorité.

**M. Arnaud Robinet.** Il fallait revenir sur ces hausses !

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Il est, enfin, assez paradoxal que vous vous soyez opposés à toutes les taxes que nous avons souhaité créer dans le PLFSS et que vous en proposiez de nouvelles aujourd'hui.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

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

**M. Julien Aubert.** Je vous rappelle qu'il s'agit d'une niche parlementaire. Il paraît donc peu logique d'expliquer aux parlementaires qu'ils ont le droit de déposer des propositions de loi et de leur dire, lorsqu'ils veulent traiter de thèmes qui ne correspondent pas forcément à l'idée de départ de la majorité, qu'ils sont hors sujet. J'ai parfois l'impression de me retrouver au temps béni de l'école où l'on se voyait gratifier d'un 5 sur 20 parce qu'on était hors sujet ! Le propre d'une initiative parlementaire est de permettre à tous les parlementaires d'enrichir le processus ! Nous pourrions arriver, de ce point de vue, à un consensus.

En l'occurrence, parler de la publicité n'est pas totalement illogique. Ces mutuelles vont gagner un certain nombre de clients grâce à ce dispositif puisqu'il y aura plus d'incitation à les rejoindre. Elles pourront, de ce fait, construire des réseaux pérennes. À partir du moment où elles ont davantage de clients, elles ont moins besoin de publicité. Inutile de rappeler à cette auguste assemblée que la publicité est normalement faite pour attirer des clients. Le législateur leur donnant un coup de main pour se faire une nouvelle clientèle, il serait logique que les mutuelles s'engagent, en contrepartie, à réduire leurs frais publicitaires, lesquels, au lieu d'être parfois quelque peu gaspillés, si j'ai bien compris les propos de mes collègues, pourraient être affectés à d'autres utilisations.

Bref, parler de hors sujet à propos d'un texte d'initiative parlementaire, c'est se tromper de registre !

*(L'amendement n° 26 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Patrice Verchère, pour soutenir l'amendement n° 23.

**M. Patrice Verchère.** L'article 10 de la loi du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoyait la communication annuelle aux assurés des frais de gestion et d'acquisition des organismes complémentaires, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Or un arrêté du 5 octobre 2012 a reporté cette obligation de transparence à l'égard des assurés

du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 1<sup>er</sup> janvier 2014 – et même du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 1<sup>er</sup> janvier 2014 pour les contrats individuels renouvelés à compter de cette date – alors qu'*a priori* aucune difficulté technique particulière ne justifiait un tel report.

L'Assemblée nationale ayant adopté cette disposition l'année dernière, le rapporteur général Yves Daudigny a souligné que la commission des affaires sociales du Sénat n'était « pas opposée à une plus grande transparence dans l'appréciation des coûts respectifs de la protection complémentaire et de l'assurance obligatoire en matière de santé. »

Dans la mesure où la majorité gouvernementale accorde, aujourd'hui, de très fortes prérogatives aux organismes complémentaires santé à travers l'une de ses premières niches, les assurés sociaux ne comprendraient pas que, dans le même temps, elle refuse, en contrepartie, de mettre un terme à une forme d'opacité qui entoure les frais de gestion de ces mêmes organismes.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Comme Mme la ministre l'a expliqué tout à l'heure, nous considérons que cet amendement est redondant puisque les frais de gestion seront obligatoirement communiqués aux adhérents des mutuelles à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014. C'est ce que nous avons voté ici voici quelques semaines. Je vous en ai expliqué précédemment les raisons. Donc la commission est défavorable à cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Patrice Verchère.

**M. Patrice Verchère.** On ne nous explique pas les raisons de ce report. Peut-être existe-t-il, contrairement à ce que je viens de dire, un problème technique. Pourriez-vous nous préciser, madame la ministre, les raisons qui vous ont amenée à prendre un arrêté pour reporter d'un an cette transparence ?

*(L'amendement n° 23 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 22.

**M. Dominique Tian.** Vous comprendrez que, sur un texte aussi important, l'UMP intervienne très précisément !

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** C'est vrai qu'en commission vous étiez tout seul !

**M. Dominique Tian.** Mais aujourd'hui, nous sommes plus nombreux !

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Vous devez être contente, madame la présidente !

**M. Dominique Tian.** Les auteurs de la proposition de loi souhaitent que les médecins contractent individuellement avec des organismes très puissants : 1,8 milliard d'euros de chiffre d'affaires pour la Matmut, 2 milliards pour la MGEN, 3,7 milliards pour le groupe Istya créé en 2011.

Ces conventions individuelles risquent d'être d'autant plus déséquilibrées entre les deux parties que la proposition de loi est silencieuse sur les garanties accordées au cocontractant en

situation d'infériorité, s'agissant notamment des conditions et formalités de résiliation de l'agrément. Nous ne cessons de le dire.

C'est pourquoi le présent amendement propose la création d'une instance de conciliation entre les parties, afin d'éviter la judiciarisation prévisible de leurs relations en cas de différend. Cela nous semble essentiel.

*(L'amendement n° 22, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Patrice Verchère, pour soutenir l'amendement n° 24.

**M. Patrice Verchère.** Cette proposition de loi se présente comme un outil pour que les mutuelles diminuent les montants restant à la charge des assurés, tout en faisant l'impasse sur une source d'économies majeures : leurs propres frais et coûts de gestion.

Selon le rapport de la DRESS de 2011 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, les charges de gestion pour les mutuelles, y compris frais d'acquisition et frais d'administration, s'élèvent, en pourcentage des primes, à 22 % – 32,5 % pour les contrats individuels et 19,3 % pour les contrats collectifs – alors que ce montant est de 4 % pour l'assurance maladie obligatoire.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Vous avez déjà lu cet exposé sommaire.

**M. Patrice Verchère.** Cet écart peut notamment s'expliquer par les frais très importants de promotion commerciale engagés par ces organismes très concurrentiels entre eux, ainsi que par leur grand nombre qui limite les économies d'échelle.

L'importance des frais de gestion est unanimement reconnue et se retourne contre l'image même des mutuelles. Ainsi, l'ancien président de MG France, et je l'ai souligné tout à l'heure, je ne me répéterai donc pas,...

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Oh non ! Nous sommes éclairés ! Passons à autre chose !

**M. Patrice Verchère.** ...en a-t-il fait part.

**M. le président.** Nous sommes d'accord, tout le monde a lu attentivement cet exposé sommaire !

**M. Patrice Verchère.** Si le législateur prive les patients de la liberté de choisir leurs professionnels et établissements de santé, le ressentiment de la population ira grandissant. C'est la raison pour laquelle le législateur doit imposer la transparence en matière de frais de gestion des organismes.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Défavorable. L'Autorité de contrôle prudentiel contrôle déjà la transparence. J'ai, de plus, déjà répondu sur le contrôle des frais de gestion et sur l'information des adhérents à ce sujet.

*(L'amendement n° 24, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

### Article 3

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n° 3 tendant à supprimer l'article 3.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Dans la mesure où j'ai demandé la suppression des articles 1<sup>er</sup> et 2, je demande, très logiquement, celle de l'article 3 pour en finir avec ce texte qui me semble dangereux pour l'avenir de la santé et de l'accès aux soins sur notre territoire.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** À chacun sa cohérence : avis défavorable de la commission !

*(L'amendement n° 3, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 27.

**M. Dominique Tian.** Consciente des faiblesses de cette proposition de loi, qui n'a pas fait l'objet d'aucune étude d'impact ni d'aucune concertation avec les acteurs du système de santé – ce qui devrait nous empêcher de l'examiner –, la commission des affaires sociales a souhaité, par l'adoption de ce nouvel article, que le Gouvernement rende un rapport annuel sur la mise en œuvre de ce nouveau système instaurant un conventionnement individuel des médecins libéraux, des établissements de santé et des services de soins à des fins tarifaires.

Étonnamment, ce rapport annuel n'est prévu que pour une période de trois ans, comme si l'on se désintéressait des dérives possibles à l'issue de cette période de mise en place. Il est bien évident que c'est seulement une fois que le système sera stabilisé et irréversible que les mutuelles pourront profiter de leur rôle accru tant vis-à-vis des professionnels et établissements agréés que de leurs adhérents.

En supprimant la période de trois ans, le présent amendement vise à pérenniser l'existence d'un rapport annuel du gouvernement au Parlement, en vue d'assurer dans le temps un minimum d'information et de surveillance par les représentants de la nation.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Rassurez-vous, monsieur Tian, au terme du délai prévu de trois ans, il y aura une clause de revoyure pour procéder si nécessaire à des ajustements !

En conséquence, la commission est défavorable à l'amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable.

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

**M. Julien Aubert.** Les promesses n'engagent que ceux qui les écoutent. Pour ma part, je suis favorable à ce que l'on inscrive dès à présent dans le texte cette clause de revoyure.

L'impact de la réforme engagée est grand : je ne suis pas certain que l'on sera à même de le mesurer dans trois ans. À mon avis, il faudra attendre dix à quinze ans pour que les réseaux se constituent et que l'on puisse les évaluer. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. le président.** Monsieur Aubert, il faut conclure !

**M. Julien Aubert.** Monsieur le président, j'ai droit à deux minutes !

Ne s'accorder qu'un recul de trois ans, c'est avoir la vue courte. Les opticiens le disent : « Il faut voir loin. » (*Sourires sur les bancs du groupe UMP.*) Voyons loin ! Ne précisons pas jusqu'à quand ce rapport annuel doit être remis. Quand il ne sera plus nécessaire, il sera temps de le supprimer. Qu'est-ce que ça nous apporte de prévoir un délai de trois ans et d'être ensuite dans le noir ?

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

**M. Dominique Tian.** Mme la rapporteure est très sympathique, mais elle invente des dispositions qui ne sont pas dans le texte. Elle nous parle d'une clause de revoyure : où est-elle inscrite dans la loi ?

**M. Julien Aubert.** Il n'y a rien à ce sujet !

**M. Dominique Tian.** Soyons sérieux : nous écrivons la loi !

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Je l'ai dit, au terme de la période de trois ans, il y aura une clause de revoyure.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Je demande une suspension de séance compte tenu du manque de sérieux, de l'impatience et de l'énervement de certains de nos collègues, mais aussi du flou des réponses qui nous sont faites sur un texte de cette importance.

**M. le président.** La suspension est de droit. Je vous accorde deux minutes.

#### Suspension et reprise de la séance

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

(*La séance, suspendue à une heure quatre, est reprise à une heure six.*)

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

Je mets aux voix l'amendement n° 27.

(*L'amendement n° 27 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 7.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous souhaitons que l'objectif annoncé de cette proposition de loi – une diminution du reste à charge pour les patients – devienne effectif.

Si, contrairement aux assurances, les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif, qui ne servent donc pas de dividendes,...

**M. Christian Paul.** Il est bon de le rappeler !

**Mme Jacqueline Fraysse.** ...elles peuvent constituer des réserves qu'elles ne sont pas tenues de réutiliser en intégralité au bénéfice de leurs assurés en baissant les cotisations ou en revalorisant les prestations.

Une partie de ces réserves est utilisée actuellement pour des dépenses de marketing, voire de sponsoring, destinées à attirer de nouveaux adhérents. La charge de ces dépenses est de fait supportée par les adhérents mutualistes qui règlent leur cotisation.

Dans la mesure où le conventionnement permettra aux mutuelles de réaliser des économies d'échelle, il serait souhaitable que celles-ci soient répercutées sur les prix des cotisations, ou qu'elles servent à augmenter les droits attachés aux contrats les moins onéreux afin de mieux couvrir les assurés les plus modestes.

C'est pourquoi nous proposons que le rapport prévu à l'article 3 traite également de l'évolution des prix des contrats.

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Madame Fraysse, les réserves constituées par les mutuelles répondent à des obligations liées aux réglementations européennes, notamment aux exigences en matière de solidarité.

Il semble compliqué d'utiliser le rapport prévu à l'article 3 portant sur les effets des réseaux de soins pour traiter de la question des prix des contrats car nous savons que ces prix sont fixés par un faisceau d'indices qui ne se limite pas aux seuls réseaux de soins.

Par ailleurs, si nous devons étudier l'évolution des prix des contrats dans leur ensemble, il nous semblerait important de prendre en compte tous les contrats, que ce soit dans le cadre des réseaux de soins ou hors réseaux de soins.

En conséquence, nous proposons de renvoyer cette question aux négociations à venir sur l'évolution des contrats responsables et de la réglementation qui concernera les complémentaires et les mutuelles.

La commission est donc défavorable à l'amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Défavorable. Madame la députée, votre demande légitime est déjà satisfaite puisque, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, il est prévu qu'un rapport est remis par le Gouvernement au Parlement chaque année avant le 15 septembre, qui porte notamment sur la nature et le prix des contrats.

Ce rapport est élaboré par la DREES.

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

**M. Julien Aubert.** Cet amendement traite une nouvelle fois de la question du transfert de valeur. Il défend l'idée que les plus modestes doivent profiter de ce transfert.

La majorité a fait campagne sur le thème de la justice sociale, il ne serait donc pas illogique qu'une partie du gain dégagé par la réforme touchant le système mutualiste et sa relation avec les professionnels de santé permette de soulager directement les usagers les plus modestes, surtout dans un contexte de rigueur budgétaire, de restrictions et de hausse du coût de la vie.

Nous sommes prêts à soutenir cet amendement qui pourrait faire consensus. Même si, comme vient de le dire Mme la ministre, l'information est déjà donnée de façon générale, le traitement spécifique de cette question permettra de faire le point sur la situation dans les mutuelles et les complémentaires, tous organismes pour lesquels nous avons déjà évoqué les problèmes de captation de valeur ajoutée.

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

**M. Dominique Tian.** Je veux féliciter Mme Fraysse, M. Chassaigne, M. Bocquet et Mme Buffet.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Merci! (*Sourires.*)

**M. Dominique Tian.** Nous partageons exactement leur point de vue sur les mutuelles. (*Rires sur les bancs du groupe SRC.*)

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** M. Tian va à la fête de *L'Humanité*.

**M. Dominique Tian.** Nous sommes même surpris à l'UMP par le silence extrêmement gêné qu'observent le Gouvernement et Mme la rapporteure. Depuis le début de nos débats, cette dernière se refuse à porter le moindre jugement de valeur sur les mutuelles. Pourquoi? Nous nous interrogeons. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Christian Paul.** Vous, on sait que vous méprisez les mutuelles!

**M. Julien Aubert.** Vous n'avez pas le monopole du cœur!

**M. Dominique Tian.** Il semble que, lors d'un congrès des mutuelles, certains engagements aient été pris pour leur permettre de gagner encore un an avant qu'elles n'avancent sur la transparence de leur gestion. Nous ne voulons pas qu'elles gagnent un an.

J'ajoute qu'aucun des parlementaires présents n'a eu connaissance du rapport de la DREES, dont on nous dit qu'il doit nous être adressé tous les ans. Il aurait été intéressant que Mme la rapporteure ou Mme la ministre nous indique ce que ce rapport contient.

Madame Fraysse, nous voterons votre amendement.

(*L'amendement n° 7 n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 28.

**M. Dominique Tian.** Je vais lire l'exposé sommaire de l'amendement, car il faut être précis.

**Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.** Nous savons lire! Vous récitez à l'infini les mêmes argumentaires!

**M. Christian Paul.** C'est un exercice d'orthophonie!

**M. Dominique Tian.** Cette proposition de loi octroie aux mutuelles des prérogatives de nature à déstructurer notre système de soins, en instaurant un conventionnement individuel des médecins libéraux, des établissements de santé et services de soins à des fins tarifaires, dont l'effet sera notamment...

**M. le président.** Monsieur Tian, merci! (*Rires. – Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

(*L'amendement n° 28, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

(*L'article 3 est adopté.*)

### Après l'article 3

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 29, portant article additionnel après l'article 3.

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

(*L'amendement n° 29, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

### Titre

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 12, tendant à modifier le titre de la proposition de loi.

La parole est à M. Dominique Tian.

**M. Dominique Tian.** Monsieur le président, il faut que je le défende, celui-là...

**M. le président.** Certes, le titre, c'est toujours important.

**M. Dominique Tian.** Il s'agit en effet de l'intitulé de la loi, qui a été modifié par la commission, contre l'avis, du reste, d'une partie du groupe socialiste. Ce titre, socialiste donc incompréhensible, pourrait être celui d'une motion du PS. (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**M. Christian Paul.** Dans l'état où vous êtes...

**M. Jérôme Guedj.** Oui, en ce moment, vous êtes mal placés!

**M. Dominique Tian.** Nous proposons donc un nouveau titre, plus conforme au contenu du texte et qui serait ainsi rédigé: « Proposition de loi visant à permettre aux mutuelles d'instaurer des remboursements différenciés selon que les assurés ont recours ou non à un professionnel, un établissement ou un service de santé membre d'un de leurs réseaux de soins. »

L'état d'impréparation de la majorité est tel que nous sommes passés d'une « proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins » à une « proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaires et les professionnels ». Ce nouveau titre restera sans doute dans le *Guinness book* comme le titre de loi le plus incompréhensible de la V<sup>e</sup> République!

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

**Mme Fanélie Carrey-Conte, rapporteure.** Parce que nous pensons que les mots ont un sens, avis défavorable.

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

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

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

**M. Julien Aubert.** C'est précisément parce que nous pensons que les mots ont un sens que nous avons déposé cet amendement. Votre explication n'en est donc pas une, madame la rapporteure. « Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement,

et les mots pour le dire arrivent aisément. » Tout à l'heure, on a cité Mme Aubry et je ne sais plus qui (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC*),...

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. Camus ! Je vous rappelle que c'est un auteur français !

**M. Julien Aubert**. ...je préfère nettement Boileau. En tout état de cause, l'amendement n° 12 permettrait de donner un véritable titre à l'usine à gaz qu'est votre texte.

Nous avons voulu parler des mutuelles, ce n'était pas le sujet. Nous avons voulu parler de l'économie de la lunetterie, ce n'était pas le sujet. Nous avons voulu parler des transferts financiers, ce n'était pas le sujet. Nous avons voulu parler des règles de gestion des mutuelles, ce n'était pas le sujet non plus. Mais, en lisant le titre, on ne comprend pas quel est le sujet ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

(*L'amendement n° 12 n'est pas adopté.*)

**M. le président**. Avant de mettre aux voix l'ensemble de la proposition de loi, j'indique à l'Assemblée que la commission a ainsi rédigé le titre : « Proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaires et les professionnels de santé ».

**Mme Marie-Christine Dalloz**. Ce n'est plus un titre, c'est un livre !

#### EXPLICATIONS DE VOTE

**M. le président**. Dans les explications de vote sur la proposition de loi, la parole est à M. Richard Ferrand, pour le groupe socialiste, républicain et citoyen.

**M. Richard Ferrand**. Monsieur le président, mes chers collègues, je forme le vœu que les sophismes que nous avons entendus ce soir, les postures, les bouffonneries (*Protestations sur les bancs du groupe UMP*), soient largement diffusés auprès des militants mutualistes, des administrateurs et des 38 millions d'assurés sociaux, qui pourront ainsi juger de la manière dont les compagnons de la chanson d'un soir considèrent le mouvement social mutualiste. Un orateur a parlé de chansons ; ce soir nous avons eu droit, en plus, à l'orgue de barbarie.

En ce qui nous concerne, nous sommes fiers de ce texte qui crée de l'égalité entre les organismes complémentaires et élargit l'accès aux soins. Cette proposition de loi richement préparée – hommage en soit rendu à Mme la rapporteure –, simple, claire et efficace,...

**Mme Marie-Christine Dalloz**. Rien que ça !

**M. Richard Ferrand**. ...les assurés sociaux, nous en sommes certains, en mesureront les bienfaits. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

**Mme Marie-Christine Dalloz**. Les assurés sociaux s'en souviendront !

**M. le président**. La parole est à M. Julien Aubert, pour le groupe UMP.

**M. Julien Aubert**. Monsieur le président, le groupe UMP ne peut pas laisser passer le terme de « bouffonneries ». Les professionnels de santé, les médecins, les opticiens, les assurés constateront, en lisant le compte rendu de nos débats, que le Gouvernement a voulu imprimer à nos travaux un rythme de locomotive. Évitant toute étude d'impact,...

**Mme Catherine Lemorton**, présidente de la commission des affaires sociales. C'est la vingt-sixième fois que vous le dites !

**M. Julien Aubert**. ...il ne s'est pas inquiété de l'effet qu'aura ce texte sur l'économie globale du système. La majorité ne se soucie que de vaches sacrées, qu'il a défendues de manière incantatoire pendant des heures. Je ne crois pas qu'à ce petit jeu-là, elle gagnera. Elle n'a écouté aucun de nos arguments – mais nous avons l'habitude. Peut-être, un jour, certains amendements de l'opposition seront discutés et adoptés. Nous pourrions alors, nous aussi, bénéficier de la concertation, qui doit s'appliquer à tout le monde, y compris à l'opposition. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

#### VOTE SUR L'ENSEMBLE

**M. le président**. Je mets aux voix l'ensemble de la proposition de loi.

(*La proposition de loi est adoptée.*)

2

#### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président**. Prochaine séance, jeudi 29 novembre 2012, à neuf heures trente :

Projet de loi relatif à la création de la Banque publique d'investissement ;

Proposition de loi relative à la nomination des dirigeants de BPI-Groupe.

La séance est levée.

(*La séance est levée, le jeudi 29 novembre, à une heure vingt.*)

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

NICOLAS VÉRON







## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
03	Compte rendu ..... 1 an	191,20
33	Questions ..... 1 an	142,00
	<b>DÉBATS DU SÉNAT</b>	
05	Compte rendu ..... 1 an	171,40
35	Questions ..... 1 an	102,10
85	Table compte rendu ..... 1 an	35,60
95	Table questions ..... 1 an	23,40

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

Paiement à réception de facture

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

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

(\*) Arrêté du 17 novembre 2011 publié au *Journal officiel* du 19 novembre 2011

---

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

---

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