

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Séances du vendredi 24 octobre 2014

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	7907
2 ^e séance	7941
3 ^e séance	7993

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

34^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 24 octobre 2014

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. CHRISTOPHE SIRUGUE

1. **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015** *(suite)* (p. 7909)

QUATRIÈME PARTIE *(suite)* (p. 7909)

Assurance maladie *(suite)* (p. 7909)

Article 29 *(précédemment réservé)* *(suite)* (p. 7909)

Amendement n° 391

M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales

Amendements n°s 122, 186, 260, 259

Amendements n°s 137, 261, 390, 632

Après l'article 29 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7913)

Amendements n°s 361 et 362, 458

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales

Amendements n°s 944, 951 (sous-amendement)

Amendements n°s 212, 373, 578, 375, 778

Amendements n°s 161, 449, 633, 667, 364

Amendements n°s 612, 214, 374

Article 30 *(précédemment réservé)* (p. 7923)

M. Bernard Accoyer

M. Jean-Pierre Barbier

Après l'article 30 *(amendement précédemment réservé)* (p. 7923)

Amendement n° 974

Article 31 *(précédemment réservé)* (p. 7924)

Amendements n°s 238, 239, 291, 462

Amendement n° 240, 298 rectifié et 241

Article 32 *(précédemment réservé)* (p. 7924)

Amendement n° 584, 582 et 581

Article 33 *(précédemment réservé)* (p. 7925)

M. Jean-Pierre Door

Amendements n°s 306, 162

Amendements n°s 691, 637

Amendements n°s 448, 929

Amendements n°s 307, 308, 309, 310 et 320, 346, 608

Après l'article 33 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7926)

Amendements n°s 249, 973 (sous-amendement)

Article 34 *(précédemment réservé)* (p. 7928)

M. Jean-Pierre Door

M. Denis Jacquat

M. Jean-Louis Roumegas

Mme Bérengère Poletti

Mme Valérie Boyer

Amendements n°s 69, 78, 264, 392

Article 35 *(précédemment réservé)* (p. 7931)

Mme Martine Carrillon-Couvreur

M. Denis Jacquat

M. Jean-Louis Roumegas

M. Bernard Accoyer

Mme Valérie Boyer

Amendements n°s 394, 163, 393

Article 36 *(précédemment réservé)* (p. 7934)

Mme Jacqueline Fraysse

M. Bernard Accoyer

Mme Claude Greff

Amendements n°s 79, 97, 265, 395

Amendements n°s 245, 273, 304, 396, 641

Amendements n°s 53, 86, 397, 490, 562 rectifié, 918

Amendements n°s 71, 80, 98, 266, 398

Amendements n°s 247, 274, 399, 932

Amendements n°s 563 et 564, 164 rectifié

Amendement n° 565, 607 et 606 2^{ème} rectification

Rappels au règlement (p. 7939)

M. Jean-Pierre Door

Mme Marisol Touraine, ministre

M. Bernard Accoyer

M. Dominique Tian

2. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 7940)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. CHRISTOPHE SIRUGUE

vice-président

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

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015 (*suite*)

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 (n^{os} 2252, 2303, 2298).

QUATRIÈME PARTIE (*suite*)

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles de la quatrième partie du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 36 à l'article 29.

Assurance maladie (*suite*)

M. le président. Nous poursuivons l'examen des dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie.

Article 29

(*précédemment réservé*) (*suite*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 391.

M. Dominique Tian. Monsieur le président, madame la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, l'article 29 vise un objectif plutôt intéressant : étendre le tiers payant intégral aux bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé.

Certains députés socialistes déclaraient néanmoins hier et avant-hier vouloir étendre entièrement l'ACS, ce qui conduirait à la généralisation du tiers payant. Un risque inflationniste en résulterait, comme l'a noté Gilles Carrez. En effet, l'avance des frais par les patients permet aux assurés de connaître le coût des soins et favorise la responsabilisation.

La généralisation du tiers payant, qui préoccupe non seulement M. Carrez mais de nombreux députés UMP, serait une catastrophe pour les finances publiques.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie, pour donner l'avis de la commission sur cet amendement de suppression.

M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales. Dominique Tian vient de dire que l'article 29 est plutôt satisfaisant. J'ai donc envie de lui demander de retirer son amendement. Pour le reste, nous avons pris le temps de répondre hier.

L'avis de la commission est donc évidemment défavorable.

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

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

(*L'amendement n^o 391 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 122 et 186.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 122.

M. Jean-Pierre Door. La généralisation du tiers payant a déjà été évoquée, je n'y reviendrai pas.

Nous sommes favorables à la mise en place du tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS, mais totalement opposés à la généralisation de ce tiers payant. C'est pourquoi nous proposons de supprimer les alinéas 2 à 4, qui s'orientent vers celle-ci d'ici à 2017.

Par ailleurs, madame la présidente de la commission, vous avez brandi hier soir le rapport sur les franchises. Nous n'avons pas la même lecture que vous de ce document. En effet, le rendement des franchises a été réduit chaque année : il s'élevait à 898 millions d'euros en 2009, 883 millions en 2010, 872 millions en 2011 et 836 millions en 2012, soit une diminution annuelle de 4 à 5 % durant plusieurs années.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 186.

M. Bernard Accoyer. L'article 29, apparemment consensuel, s'inscrit dans la droite ligne de ce qui fait planer un très sombre nuage sur l'avenir de l'assurance maladie et de l'ensemble de notre système de soins. En effet, le Gouvernement marche pas à pas vers son objectif politique, la généralisation du tiers payant, au risque de faire basculer notre système de soins dans un autre système.

Sur tous les bancs, on se félicite, on trouve ces mesures parfaites. Une mise en garde s'impose pourtant. Ainsi, dans une déclaration officielle, qui a d'ailleurs donné lieu hier à

une dépêche d'agence, les spécialistes, notamment les professionnels, ont précisé qu'il était impossible de conduire en même temps les franchises et le tiers payant.

En multipliant les initiatives de tiers payant, notamment celle-ci, qui apparaît humainement et socialement convaincante, on se dirige insensiblement – mais pour certains avec une volonté bien déterminée – vers une étatisation complète de notre système de soins. Cela est très dangereux pour l'accès aux soins et la qualité des soins dispensés à nos compatriotes.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. L'amendement défendu par M. Door conduirait, bien involontairement je pense, à supprimer tout le dispositif car les alinéas en question détaillent la base juridique du régime de tiers payant. Or l'assurance maladie pratique déjà le tiers payant de droit à l'hôpital, ainsi qu'avec de nombreuses professions paramédicales sur la base de conventions négociées par la Caisse nationale d'assurance maladie. Pour la part complémentaire, la CNAM bénéficiera d'une simple délégation de gestion.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

M. Jean-Pierre Barbier. Hier soir, la ministre et certains de nos collègues nous ont donné des leçons de solidarité. Naturellement, on peut difficilement s'opposer à l'instauration du tiers payant pour des personnes en situation financière difficile.

Mme Jacqueline Fraysse. Ah ! Ça fait plaisir !

M. Jean-Pierre Barbier. Il est en revanche regrettable que, sur vos bancs, cette mesure soit présentée comme la première étape de la généralisation du tiers payant. C'est pour vous mettre en garde sur la généralisation du dispositif que nous réagissons.

Il est vrai, monsieur le rapporteur, que le tiers payant est pratiqué dans de nombreuses autres professions. Cela s'est fait avec les difficultés que l'on connaît : ne nous dites pas cela marche ! La carte vitale ne centralise aucune information. De plus, le régime obligatoire ne s'occupant de rien, il revient aux professionnels de contacter chaque mutuelle pour se faire régler. C'est un travail énorme, vous ne pouvez pas le nier !

Si, demain, vous généralisez le tiers payant et si l'assurance maladie assume cette charge de travail, j'espère qu'il en ira de même pour tous les professionnels, au titre de l'égalité. Car c'est ce qui sera revendiqué et qui mettra en difficulté l'assurance maladie.

Par ailleurs, notre pays est caractérisé par une surconsommation de médicaments qui est inacceptable. Hier soir, vous nous avez expliqué que cette surconsommation n'était la faute ni des patients ni des médecins. De qui est-ce donc la faute ?

Mme Joëlle Huillier. De la culture française !

M. Jean-Pierre Barbier. Très certainement de cette méchante industrie pharmaceutique, qui met tant de médicaments sur le marché. C'est certainement à cause d'elle, et des pharmaciens, bien sûr, que la Sécurité sociale est dans le rouge.

(Les amendements identiques n^{os} 122 et 186 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 260.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement vise à réserver le bénéfice du tiers payant aux patients disposant d'un médecin traitant. Il aurait pour intérêt de contraindre chacun à désigner un médecin traitant, pour un meilleur suivi des soins.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Sans consultation auprès d'un médecin traitant, il n'y aura pas de tiers payant intégral. L'article prévoit donc déjà cette disposition. Supprimer la mention des médecins à l'alinéa 7 ne changerait rien à la règle, mais nuirait en revanche à la clarté du texte.

Je vous suggère donc, madame Poletti, de retirer cet amendement qui est déjà satisfait sur le fond.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même proposition et à défaut, avis défavorable.

(L'amendement n^o 260 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 259.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement soulève un problème technique.

Le désengagement de l'assurance maladie dans la prise en charge des actes médicaux pratiqués par les professions médicales visées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 a induit le recours à des compléments d'honoraires pour compenser l'insuffisance des bases de remboursement.

La procédure d'appel d'offres auprès des organismes complémentaires sur la base de trois garanties planchers fixées arbitrairement à 125 %, 225 % et 300 %, outre le fait qu'elle ne pourra satisfaire les besoins en financement des patients, va complexifier le nombre de contrats à gérer avec des prestations différentes. Cela ne manquera pas de générer des erreurs tant pour les patients, que pour les professionnels de santé et les organismes payeurs.

Dans un tel contexte, il est utopique de vouloir imposer le tiers payant sans se donner au préalable les moyens techniques pour assurer la garantie de paiement et la facilité d'utilisation, gage de l'acceptation de cette nouvelle contrainte.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. Madame Poletti, il me semble que tel n'est pas exactement le sens que vous vouliez donner à votre amendement puisque le tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS vise précisément à réduire les renoncements aux soins pour les actes les

plus lourds, ceux qui coûtent le plus cher et qui sont pris en charge par les organismes complémentaires, comme les soins dentaires, les soins optiques ou les audioprothèses.

Vous évoquez des couvertures insuffisantes. Pourtant, la réforme des contrats ACS conduite dans le précédent projet de loi de financement de la Sécurité sociale permettra de sélectionner, par une procédure d'appel d'offres, les contrats les plus protecteurs. Cette démarche est garante d'une meilleure qualité des soins.

Précisons enfin que le tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2015, soit à la date d'effet des nouveaux contrats sélectionnés.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable.
(L'amendement n° 259 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 137, 261 et 390.

La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 137.

M. Bernard Accoyer. Le rouleau compresseur de la normalisation est en route. La réponse à l'amendement de notre collègue Bérengère Poletti, qui n'était pas aussi peu pertinent que le rapporteur a voulu le montrer, en est la preuve.

En réalité, il apparaît encore un peu plus avec l'article 29 que le Gouvernement avance, sous le masque de la générosité, vers la généralisation du tiers payant et d'un autre système de couverture maladie et de soins. Nous le soulignons, car cela n'est pas dans l'intérêt de nos compatriotes s'agissant de l'accès aux soins et de la qualité des soins dispensés.

Les professionnels sont d'ailleurs unanimement opposés à la généralisation du tiers payant qu'ils ont déjà l'obligation de pratiquer dans le cadre de la CMU et qu'ils l'appliquent aussi de leur propre initiative, les actes gratuits étant nombreux lorsque les conditions économiques, sociales ou humaines le justifient.

De surcroît, ces dispositions sont inflationnistes, chacun le reconnaît. On rencontre des problèmes techniques innombrables pour effectuer le paiement au profit du professionnel de santé. *In fine*, l'expérience le montre : le coût – car tout cela a bien évidemment un coût – est bien souvent supporté par les professionnels eux-mêmes, dont le niveau des rétributions n'a pas évolué depuis bien longtemps.

Tout cela soulève en outre une autre question. Au travers de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous sommes en train d'acter un déficit qui flirtera avec les 15 milliards d'euros – ce qui n'est pas rien ; voilà ce que nous allons laisser aux générations suivantes. Eh bien, cela ne fait rien : le Gouvernement engage des dépenses supplémentaires ! Cette logique, que les Français ne comprennent plus, est à l'origine de leur crise de confiance envers le Gouvernement – encore aggravée par les déchirements et les conflits au sein de la majorité.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 261.

Mme Bérengère Poletti. La garantie de paiement par un payeur unique est la clé pour l'acceptation par les professionnels de santé libéraux de la nouvelle obligation instaurée par ce texte.

À la différence des établissements et des centres de santé, les structures libérales de santé sont bien souvent dépourvues de tout secrétariat. Dans la plupart des cas, c'est le praticien qui devra gérer lui-même à la fois l'ouverture des droits, la procédure de recouvrement et le rapprochement des paiements. Ces tâches administratives se feront au détriment du temps thérapeutique, et sans rémunération supplémentaire.

Or je vous rappelle qu'en France, dans de nombreux territoires, les professionnels de santé se trouvent confrontés à des problèmes de démographie médicale ; ils sont surchargés par la demande de soins.

La garantie de paiement par un payeur unique selon une procédure simplifiée apparaît par conséquent comme la contrepartie *a minima* de cette nouvelle obligation.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 390.

M. Dominique Tian. Bernard Accoyer et Bérengère Poletti ont raison : une généralisation du tiers payant soulèverait de nombreuses difficultés. D'ailleurs, des études commencent à être publiées sur le sujet, et les syndicats de médecins s'en inquiètent beaucoup.

Vous n'êtes pas sans savoir, madame la ministre, que la convention médicale prévoit que le délai de règlement est en principe de cinq jours. Les études que nous font parvenir les syndicats de médecins montrent que, dans la plupart des cas, il est largement supérieur ; la convention n'est donc pas respectée. Avec la généralisation du tiers payant, les cabinets médicaux risquent de connaître des problèmes de trésorerie considérables !

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Certains collègues de l'opposition mettent à nouveau la charrue avant les bœufs, puisqu'il n'est aujourd'hui question que d'étendre le dispositif du tiers payant aux bénéficiaires de l'ACS, mesure à laquelle il m'avait semblé comprendre que vous étiez favorables !

M. Dominique Tian. On n'est jamais assez prévoyant !
(Sourires.)

M. Olivier Véran, rapporteur. Sur le fond, s'agissant des modalités de mise en œuvre, je vous rassure : d'après les informations qui nous ont été fournies, l'utilisation de la carte Vitale est bien prévue – mais cela ne relève pas du niveau législatif.

En outre, le professionnel de santé aura une garantie de paiement dès lors qu'il aura vérifié que le patient est en droit de bénéficier de ce dispositif par la présentation soit de la carte Vitale, soit d'une attestation de bénéficiaire de l'ACS – ce qui est déjà le cas. Les organismes complémentaires informeront l'assurance maladie en temps réel des souscriptions et résiliations des contrats. La commission est donc défavorable à ces amendements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

M. Jean-Pierre Barbier. Monsieur le rapporteur, je crains que vous ne montriez une méconnaissance du système libéral et du fonctionnement de la carte SESAM-Vitale quand vous dites que le praticien aura une garantie de paiement dans la mesure où il aura vérifié les droits : la garantie de paiement ne s'applique qu'au régime obligatoire. Pour ce qui concerne les régimes complémentaires, jamais, au grand jamais, le régime obligatoire ne se porte garant ; il est de la responsabilité du praticien de se faire rembourser auprès des organismes complémentaires – et je peux vous assurer que, sur l'ensemble des dossiers relevant du secteur où le tiers payant est d'ores et déjà appliqué, courir après les caisses complémentaires est un travail qui nécessite parfois l'emploi d'une personne à mi-temps. Alors ne dites pas que la carte Vitale sera le sésame ! (*Sourires.*)

Ou alors cela revient à dire que l'assurance maladie paiera, à charge pour elle de prendre ensuite contact avec les organismes complémentaires pour se faire rembourser – mais c'est complètement illusoire : du point de vue de la trésorerie et de la charge de travail, ce serait insupportable pour le régime obligatoire.

Il n'y a donc pas de solution : vous pouvez apporter une garantie de paiement pour le régime obligatoire, mais en aucun cas pour les régimes complémentaires.

M. Dominique Tian. Eh oui ! Nous ne disons pas que des bêtises !

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

M. Bernard Accoyer. Je signale au rapporteur que le Gouvernement a déjà annoncé officiellement qu'il entendait généraliser le tiers payant – en la matière, il faut reconnaître qu'il est transparent. Il est clair que cet article est la première étape de cette généralisation.

On connaît les modes de fonctionnement du parti socialiste et de la majorité : on a assisté à la même chose avec les 35 heures. Celles-ci étaient au départ destinées au secteur privé – au secteur concurrentiel. Eh bien un jour, comme ça, on a décidé qu'elles s'appliqueraient aux fonctions publiques !

M. Michel Issindou. Et pourquoi pas ? Les fonctionnaires ne sont pas des travailleurs ?

M. Bernard Accoyer. On sait les difficultés, en particulier dans la fonction publique hospitalière, provoquées par le coût faramineux et la dette que constitue le compte épargne-temps ; d'ailleurs, les hôpitaux français ne s'en sont toujours pas remis.

Ces amendements ouvrent un débat très important. Puisque, madame la ministre, vous décidez que l'avance de frais sera faite par les professionnels de santé, qui devront accepter le tiers payant pour la part complémentaire, à ce moment-là, imposez à l'institution dont vous avez la tutelle, c'est-à-dire au régime général, qu'il s'acquitte de la totalité du coût de la prestation, et qu'il s'occupe ensuite du recouvrement auprès des complémentaires de santé. Cela me paraît une évidence !

M. Denis Jacquat. Très bien !

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

M. Jean-Pierre Door. Nous vous avons en effet fait comprendre, monsieur le rapporteur, que nous ne montrions pas d'opposition franche à l'extension aux bénéficiaires de l'ACS du dispositif en vigueur pour la CMU, la couverture maladie universelle de base, et la CMU complémentaire. Mais il s'agit en réalité de la première étape de la généralisation du tiers payant : nous nous devons donc de vous poser un certain nombre de questions.

Les amendements de Mme Poletti et de MM. Accoyer et Tian soulèvent la question des praticiens libéraux isolés – ils sont plus nombreux qu'on ne le croit –, ou qui exercent en petits groupes ou dans des territoires ruraux, et qui ne disposent pas de moyens informatiques suffisants pour obtenir des remboursements par les caisses d'assurance maladie. Il y a aussi le problème des visites à domicile : les praticiens ne transportent pas en permanence des appareillages dans leurs voitures !

Cette mesure aura un coût, qui retombera nécessairement sur les professionnels de santé.

M. Dominique Tian. Bien sûr !

M. Jean-Pierre Door. C'est pourquoi hier, madame la ministre, des syndicats de médecins ont appelé à une fermeture des cabinets en fin d'année pour manifester leur mécontentement.

Bien sûr, on anticipe, puisque la généralisation du tiers payant sera pour l'année prochaine. Mais je vous le demande, madame la ministre : que répondez-vous à ces professionnels ? Car c'est nous qui allons les rencontrer, dès demain, sur le terrain, dans nos circonscriptions ! Ils se disent opposés au principe de la généralisation du tiers payant, ou bien ils réclament une compensation financière, sous la forme d'une augmentation de l'acte de consultation de 23 à 25 euros – ce qui reste peu élevé pour un acte médical. Quelle est donc votre réponse, madame la ministre, afin que nous puissions la leur transmettre ?

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je voudrais apporter deux précisions.

D'abord, le système est déjà en place, et le tiers payant intégral pratiqué dès aujourd'hui par de nombreux médecins : les bénéficiaires de la CMU se le voient appliquer et, comme je l'ai dit hier, 74 % des bénéficiaires de l'ACS y ont accès à l'initiative des professionnels de santé qui, quand ils les voient arriver, leur proposent spontanément de ne pas faire l'avance de frais. Ce sont d'ailleurs ces mêmes médecins qui, dans le cadre de la convention médicale de juillet 2011, ont décidé de mettre en place le tiers payant social – ce que nous concrétisons aujourd'hui dans la loi.

Quant aux modalités d'application, je comprends que vous êtes favorables au tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS et à un dispositif incluant un interlocuteur unique à l'assurance maladie afin de ne pas complexifier trop lourdement la tâche des médecins.

M. Denis Jacquat. C'est exact !

M. Olivier Véran, rapporteur. Alors, je vous invite à relire l'article : il étend le dispositif du tiers payant intégral aux bénéficiaires d'ACS et met en place un système simple d'interlocuteur unique pour les médecins, *via* l'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Barbier. C'est faux !

M. Olivier Véran, *rapporteur*. Je ne comprend donc pas où est le blocage – ou plutôt si : vous anticipez un débat qui aura lieu dans quelques mois. C'est votre droit, mais, s'il vous plaît, recentrons la discussion sur l'article ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

(*Les amendements identiques n^{os} 137, 261 et 390 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n^o 632.

M. Stéphane Claireaux. Dans le cadre de l'extension du dispositif du tiers payant aux bénéficiaires de l'ACS, il est prévu que le professionnel aura le choix des modalités techniques de mise en pratique.

La mise en place d'une solution reposant sur un interlocuteur unique n'est qu'une faculté offerte au professionnel, et non une obligation. Dans l'état actuel du texte, cela n'apparaît pas explicitement. Le présent amendement vise donc à clarifier ce point.

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

M. Olivier Véran, *rapporteur*. Nous avons discuté en commission d'une autre formulation, qui faisait problème. Je vous remercie d'avoir tenu compte de nos échanges, puisque l'amendement que vous présentez aujourd'hui maintient la mention d'un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure : il s'agit d'une garantie de rapidité, de sécurité et de fiabilité pour les professionnels. Avis favorable, donc.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Favorable.

(*L'amendement n^o 632 est adopté.*)

(*L'article 29, amendé, est adopté.*)

Après l'article 29

(*amendements précédemment réservés*)

M. le président. Je suis saisi des amendements n^{os} 361 et 362, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour les soutenir.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement n^o 361 tend à plafonner les dépassements d'honoraires à 15 % du tarif opposable. Cela reprend l'une des préconisations du rapport de l'IGAS, l'Inspection générale des affaires sociales, d'avril 2007 sur « Les dépassements d'honoraires médicaux ».

Entre 1990 et 2013, le montant total des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux a triplé. La situation n'est pas meilleure dans les hôpitaux, où les dépassements sont moins nombreux, mais plus importants ; 15 % de ces dépassements sont dus aux omnipraticiens, 85 % aux médecins spécialistes et, parmi eux, pour moitié aux chirurgiens, gynécologues et ophtalmologistes. Or le taux moyen de prise en charge de ces dépassements par les assurances complémentaires n'est que de 30 %, le reste étant supporté par les malades. Les dépassements représentent de ce fait plus

de la moitié du reste à charge pour les familles : c'est une des explications au fait qu'un tiers des Français renonce aux soins pour des raisons financières.

Afin de remédier à cette situation, le Gouvernement a créé le contrat d'accès aux soins – CAS –, par lequel les praticiens signataires s'engagent notamment à ne pas pratiquer de dépassements supérieurs à 150 % du tarif opposable. Mais ce taux n'est qu'un repère, auquel échappent notamment Paris, mon département des Hauts-de-Seine et le Rhône. De plus, et bien qu'ils soient très peu contraignants, ces contrats suscitent peu d'engouement puisque seulement 30 % des médecins de secteur 2 auraient adhéré au dispositif, et à peine 5 à 10 % des spécialistes, pourtant concernés par les plus forts dépassements. C'est pourquoi nous proposons une mesure plus radicale, à savoir, comme le recommande l'IGAS, le plafonnement des dépassements d'honoraires à 15 % du tarif opposable.

L'amendement n^o 362 est un amendement de repli. En application de la loi sur le financement de la sécurité sociale pour 2014, Mme la ministre de la santé a transmis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire un projet de décret sur les contrats solidaires limitant à 100 % du tarif opposable le remboursement des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins n'ayant pas souscrit à un contrat d'accès aux soins.

En cohérence avec ce projet de décret, cet amendement, qui n'a de valeur que si le précédent n'est pas adopté, vise à plafonner les dépassements d'honoraires à 100 % du tarif opposable. En effet, on comprend mal comment, après avoir vendu comme une grande avancée sociale la loi dite de sécurisation de l'emploi, notamment son article prévoyant la généralisation à tous les salariés des complémentaires santé d'entreprise, on comprend mal comment vous pourriez expliquer aux salariés que, finalement, leur complémentaire d'entreprise ne remboursera pas leur consultation au-delà de 46 euros s'ils vont voir un médecin qui n'a pas signé de contrat d'accès aux soins. Or, je le répète, seuls 5 % à 10 % des spécialistes de secteur 2 qui pratiquent les plus importants dépassements d'honoraires ont signé un tel contrat.

Pour être en cohérence avec le projet de décret et éviter que les patients n'aient le choix qu'entre subir des dépassements non remboursés ou attendre des mois pour avoir un rendez-vous, nous vous proposons de ne pas autoriser les dépassements au-delà de 100 % du tarif opposable.

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

M. Olivier Véran, *rapporteur*. La commission est défavorable à ces deux amendements, madame Fraysse, et ce pour plusieurs raisons.

D'abord, respectons le dialogue social et la négociation sociale. La convention médicale a trouvé un accord sur la question des compléments et dépassements d'honoraires, qui est entré en vigueur il y a quelque temps, et je vous invite à regarder l'étude publiée hier. Elle montre, d'une part, une réduction très sensible de ce qu'on appelle les gros dépassements, qui sont passés, en moyenne, de 180 % à 136 % en seulement un an. Sur la même période, les dépassements moyens sont passés de 55,1 % à 54,4 %. Quant aux dépassements des spécialistes d'organes, dont vous parliez tout à l'heure, ils sont passés de 76,6 % à 71,9 %. Si votre volonté est de voir les dépassements d'honoraires mieux maîtrisés, voire réduits, vous devriez donc vous réjouir des statistiques qui ont été publiées.

Sur la question d'une limitation des dépassements à 15 % du tarif opposable, attention ! Au-delà de la question de la démocratie sociale et du fonctionnement de la convention médicale, vous le savez, il y a des spécialités médicales ou chirurgicales pour lesquelles la faible revalorisation des honoraires à tarif opposable au cours des dernières décennies a entraîné la mise en place d'un système qui est plus proche des compléments d'honoraires. Si vous les plafonnez à 15 %, cela pourrait poser de vrais problèmes à ces filières de prise en charge. Attention à cela, donc.

En outre, on ne peut pas rayer d'un trait de plume la notion de « tact et mesure » qui prévaut aujourd'hui dans l'organisation des soins médicaux, et encore moins le résultat de la convention médicale.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est aussi défavorable à ces deux amendements.

Vous évoquez, madame la députée, un sujet majeur pour moi. La question des dépassements d'honoraires, j'en ai fait l'un des enjeux de la politique que je porte depuis le début, avec, d'ailleurs, des discussions sur la meilleure façon d'amener les médecins à pratiquer des honoraires à tarif opposable ou, du moins, accessible pour les patients.

J'ai fait le choix de la négociation conventionnelle dans le cadre de l'avenant n° 8. Ce choix, il donne ses résultats. Nous constatons, depuis la mise en place de cet accord, et même depuis son annonce, une baisse régulière et, maintenant, significative des dépassements d'honoraires. Je ne reviendrai pas sur les données citées à l'instant par le rapporteur, mais dans certains départements le montant des dépassements a baissé de plus de 10 %, et certaines spécialités, en particulier la gynécologie, connaissent une réduction du niveau des dépassements de l'ordre de 5 %. La baisse des dépassements concerne l'ensemble des médecins, y compris, donc, les médecins de l'hôpital public qui pratiquent une activité privée. C'est évidemment un élément tout à fait significatif.

Un processus s'est donc engagé, qui produit des résultats et qui doit, évidemment, se prolonger, peut-être s'amplifier, mais nous sommes là dans une démarche résolue, que j'entends poursuivre de cette façon. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Même si l'amendement n° 361 peut paraître radical, les amendements que vient de défendre Mme Fraysse posent un vrai problème. Je pense notamment à ces situations d'autant plus scandaleuses que les médecins concernés exercent à la fois dans le cadre de l'hôpital public et en consultation privée dans le même lieu. Non seulement le dépassement d'honoraires est contestable en lui-même, mais l'alternative est une attente de plusieurs mois. On ne peut accepter de telles pratiques !

Madame la ministre, vous annoncez que les dépassements d'honoraires ont diminué depuis l'accord auquel a abouti la négociation, mais vous raisonnez sur des moyennes. Certains dépassements d'honoraires sont justifiés, alors que d'autres sont proprement scandaleux. Dans certains quartiers de Paris, par exemple, les patients qui ne peuvent payer des dépassements exorbitants et totalement injustifiés ne peuvent se faire soigner. Je ne crois pas que les négociations permettent de lutter contre ces abus.

Sans aller jusqu'à plafonner les dépassements à 15 % du tarif opposable, comme le prévoit l'amendement n° 361, on pourrait fixer la limite à 100 %. Je voterai donc l'amendement n° 362.

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

M. Bernard Accoyer. C'est un débat très important. Il est utile de rappeler que nous dénonçons tous, sur tous ces bancs, les dépassements excessifs, voire scandaleux, dont on peut avoir connaissance ici ou là, mais la question des dépassements va en fait beaucoup plus loin. Elle est la conséquence du fait que la revalorisation tarifaire a été complètement oubliée et qu'aujourd'hui la tarification de très nombreux actes techniques, en chirurgie surtout, n'a rien à voir avec la valeur réelle. La longueur des études, la qualification, la responsabilité pénale, de plus en plus souvent mise en jeu, le coût des assurances font qu'il y a désormais un décalage entre la valeur des lettres clés, des actes, et les réalités. Dix, quinze ans d'études, une responsabilité de tous les instants ont conduit, évidemment, au développement des dépassements d'honoraires qui ont désormais un élément de la rétribution des professions de santé, comme l'ont d'ailleurs rappelé la ministre et le rapporteur.

C'est un problème ou c'est un fait. C'est, en tout cas, un espace de liberté. Or, dans une société démocratique, les espaces de liberté, c'est essentiel. Vouloir encadrer et, finalement, toujours bloquer tout ce qui est nécessaire à la respiration d'un système est dangereux. Alors, disons-le encore une fois : tout en dénonçant les excès, il faut faire très attention sur ces questions.

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

M. Jean-Pierre Door. Le sujet est important et mérite que l'on s'y attarde quelques minutes. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, j'ai apprécié vous entendre déclarer que vous favorisez le contrat conventionnel et les négociations entre les caisses et les syndicats médicaux. C'est important. Vous avez également dit que vous étiez favorable à la poursuite des contrats d'accès aux soins. Quelque 12 000 professionnels de santé ont signé ces contrats qui permettent de limiter les dépassements. Il faut continuer dans cette direction, et nous vous soutiendrons. Poursuivez la concertation avec les professionnels.

Cela dit, je voudrais dire que Paris n'est pas la France. Dans les zones rurales, nous n'avons pas du tout la même perception des dépassements d'honoraires et nous sommes confrontés à des déserts médicaux. On ne trouve plus certains professionnels de santé que dans les centres hospitaliers.

On a l'impression que vous faites un amalgame entre tous les professionnels de santé français. Or, ce n'est pas possible. Les problèmes des métropoles ne sont pas ceux des territoires ruraux. Il faut donc être très prudent.

Il y a aussi des spécialités à risque. Je pense aux ophtalmologues, aux gynécologues.

M. le président. Merci !

M. Jean-Pierre Door. La responsabilité civile professionnelle, l'assurance des professionnels n'est pas une question réglée. Les énormes primes que doivent payer ceux-ci ne sont pas compensées par les honoraires actuels. Il ne faut pas l'oublier, sinon nous n'aurons plus de chirurgiens en France !

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

Mme Jacqueline Fraysse. J'écoute ces débats avec intérêt, et je note moi aussi avec satisfaction que le Gouvernement a choisi la négociation. Il faut toujours écouter, échanger, savoir faire des compromis si l'on veut avancer.

Pour autant, nous avons la responsabilité de prendre des décisions dans certains cas si nous pensons que l'intérêt général l'exige. La négociation ne peut pas se substituer à l'exercice de la responsabilité qui nous incombe.

Ensuite, vous nous dites que des progrès sont enclenchés. Je m'en félicite, évidemment. Cependant, je le répète, 30 % du reste à charge pèsent sur les familles, c'est un fait. Et puis, Paris n'est pas la France, je vous en donne acte, monsieur Door, mais il y a, à Paris, des personnes qui ne peuvent pas se soigner, et c'est un problème. Nous ne pouvons pas ne pas en parler. Les dépassements d'honoraires excessifs posent un problème à de nombreuses personnes et cela mérite que l'on soit plus incitatifs. La résolution de ce problème passe aussi par la revalorisation des tarifs opposables, du moins de certains d'entre eux.

M. Bernard Accoyer. Tout à fait !

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

M. Francis Vercamer. Mon amendement n° 578, qui doit être examiné un peu plus tard, traite de la même question. Je vais m'exprimer maintenant sur ce sujet, ce qui me permettra d'être très bref tout à l'heure.

Je le dis au Gouvernement : veillez à ne pas créer une médecine à deux vitesses ! M. Door a raison, Paris n'est pas la France. Les spécialistes ont ainsi disparu de certains secteurs de ma circonscription et, pour en trouver un, les gens doivent aller à l'hôpital, ce qui coûte beaucoup plus cher qu'un dépassement d'honoraires.

Les mutuelles plafonnant souvent le remboursement des dépassements à 250 % du tarif de responsabilité, j'ai déposé un amendement dans ce sens pour éviter que ceux qui n'ont pas les moyens ne puissent pas se faire soigner ou soient obligés d'aller à l'hôpital, alors que ceux ayant les moyens peuvent aller chez les spécialistes.

Ce débat est très intéressant. Je ne soutiendrai pas les amendements de Mme Fraysse, qui ne vont pas dans le même sens que le mien, mais ils posent un vrai sujet, qu'il ne faut pas prendre à la légère.

(Les amendements n° 361 et 362, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 458.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à ouvrir un débat sur le rapport que nous aurions dû avoir. Certes, nous en avons reçu un dans nos boîtes électroniques, mais à une heure ce matin ! Il serait préférable que nous puissions disposer d'un tel rapport avant la réunion de la commission des affaires sociales, pour avoir le temps de l'analyser, et que nous puissions en débattre.

Le sujet est extrêmement important. Comme les Verts, j'avais moi-même déposé des amendements pour supprimer les franchises médicales, mais ils sont tombés sous le coup de l'article 40 de la Constitution. Je vous propose donc cet amendement de repli pour que nous ayons un débat sur ce sujet.

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

M. Olivier Véran., rapporteur. Il est vrai que le rapport a été rendu public hier après-midi et que vous l'avez reçu à une heure du matin.

Vous avez pu néanmoins y lire que près de la moitié des assurés en affection de longue durée atteignent, dans l'année, le plafond de la franchise médicale. Vous avez aussi pu découvrir que les caisses d'assurance-maladie ont dû enregistrer 37 millions d'euros de pertes au titre des créances impayées prescrites au bout de cinq ans. Depuis 2009, près de 168 millions d'euros n'ont pas encore été recouverts au titre des franchises et de la participation forfaitaire. Cela pose un problème !

L'existence même de ce rapport sur la question des franchises me conduit à vous demander de retirer votre amendement. Comme vous pouvez le constater, un tel rapport est en effet présenté chaque année au Parlement – parfois à une heure du matin, mais parfois un peu plus tôt – et nous le compulsions toujours aussi frénétiquement !

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Défavorable.

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. Monsieur Vercamer, vous voyez bien qu'il est exagéré de dire que ce rapport a été distribué après le débat, puisque vous en disposez aujourd'hui, et que cela fait près d'une heure que nous débattons !

Plus sérieusement, je rappelle que ce rapport était déjà disponible lorsque nous avons commencé l'examen du PLFSS. Il l'était même lorsque la commission des affaires sociales réalisait ses auditions : il suffisait de faire l'effort d'aller le chercher ! *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Mme Bérengère Poletti. Toujours dans la polémique !

Mme Catherine Lemorton., présidente de la commission des affaires sociales. J'ai bien compris que vous n'avez pas fait cet effort. Nous, députés de la majorité, depuis que nous avons demandé ce rapport sur les franchises, nous allons le chercher nous-mêmes à la distribution.

M. Bernard Accoyer. Un peu de tendresse, madame la présidente de la commission !

Mme Catherine Lemorton., présidente de la commission des affaires sociales. Excusez-moi, monsieur Accoyer : je me contente de dire à M. Vercamer – qui, lui, est toujours de bon esprit – qu'il aurait pu trouver ce rapport plus tôt. Par ailleurs, j'ai répondu à une demande très pertinente formulée par notre collègue Rémi Delatte en commission. Perdu au milieu des nombreux rapports demandés par les parlementaires siégeant sur tous les bancs de cet hémicycle – il est vrai que nous demandons souvent des rapports au Gouvernement : c'est une manière d'aborder des sujets sans tomber sous le coup de l'article 40 de la Constitution – M. Delatte a en effet demandé d'en dresser la liste. Nous sommes donc en train d'établir la liste des rapports qui concernent notre commission, afin que chacun d'entre nous sache à quel moment sera transmis tel rapport sur tel sujet. Je trouve cette idée très bonne.

M. Denis Jacquat. Très bien !

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

M. Francis Vercamer. Mme la présidente de la commission des affaires sociales est charmante avec moi, comme vous avez pu le remarquer. *(Sourires.)*

Une simple remarque : ce n'est que depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 que le Gouvernement doit présenter chaque année au Parlement un rapport sur la question. Cette disposition a été codifiée à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale. À ma connaissance, c'est la première fois que nous disposons de ce rapport !

Je n'en ai jamais entendu parler en commission, et je ne l'ai jamais eu entre les mains. Je tenais à le faire remarquer. L'incident est clos, madame la présidente de la commission ; simplement, j'espère que l'an prochain, un débat sur les franchises médicales aura lieu...

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Il aura lieu au moment de l'examen du projet de loi santé !

M. Francis Vercamer. ...avant le début de l'examen du PLFSS afin que nous puissions, dès les travaux en commission, fixer notre position.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Nous avons déposé un amendement similaire à celui de M. Vercamer, qui viendra en discussion un peu plus tard. Je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi il n'a pas été décidé d'examiner ces deux amendements en même temps.

Nous savons bien que la loi prévoit déjà un rapport du Gouvernement. Si nous avons déposé un amendement en ce sens, c'est tout simplement parce que c'est la seule manière d'aborder cette question dans l'hémicycle, nos autres amendements n'ayant pas franchi l'obstacle de l'article 40 de la Constitution. Nous assumons cet artifice de procédure.

Madame la ministre, puisque vous connaissez les effets des franchises sur l'accès aux soins, pourquoi ne supprimez-vous pas ces franchises que vous aviez pourtant combattues quand la droite les a mises en place ? Vous pourriez revenir dessus maintenant que vous avez la majorité, et même une large majorité puisque nous nous ferions un plaisir de voter avec vous une telle suppression !

(L'amendement n° 458 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 944 du Gouvernement qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 951.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 944.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Cet amendement important répond à certaines questions qui ont été posées. En effet, le Gouvernement propose de supprimer les franchises qui s'appliquent aux patients bénéficiant de l'aide à la complémentaire santé. De nombreux amendements demandant des rapports ont été présentés par des groupes de la majorité afin de lancer le débat sur la place de ces franchises. Le Gouvernement a bien pris note de cette démarche, et propose d'accomplir une étape importante concernant les personnes qui bénéficient de l'aide à la complémentaire santé.

Il s'agit de la franchise de 50 centimes d'euros sur les boîtes de médicaments, de la franchise de 1 euro sur les consultations médicales, et de la franchise de 2 euros sur les transports médicaux. Le coût de cette disposition sera d'un peu moins de 40 millions d'euros en année pleine – les estimations les plus fines dont nous disposons évoquent un montant de 38 millions d'euros. Puisque cette mesure s'appliquerait à partir du 1^{er} juillet de l'année prochaine, le coût estimé pour l'année 2015 est d'un peu moins de 20 millions d'euros.

Au-delà de son poids financier, qui est parfaitement supportable et fait partie des choix de ce gouvernement, cette mesure est cohérente avec la mise en place du tiers payant pour les personnes qui bénéficient de l'aide à la complémentaire santé, non pas pour des raisons techniques, mais pour des raisons financières et d'accès aux soins. Notre démarche vise à lever les obstacles que rencontrent un nombre significatif de nos concitoyens dans leur parcours de soin.

Cet amendement vise à consolider le socle de la politique de renforcement de l'accès aux soins. Nous nous battons contre les dépassements d'honoraires ; nous mettons en place le tiers payant ; avec cet amendement, nous supprimons un obstacle important, à savoir les franchises : toutes ces démarches sont cohérentes.

Pour conclure, le discours sur la responsabilisation des patients n'a aucun fondement. Il ne s'appuie sur aucune référence. Aucun élément ne permet de conclure que des gens ayant besoin de soins déterminent leur comportement en fonction de la franchise. En revanche, il est évident que la franchise représente un obstacle pour ceux qui connaissent des difficultés financières. Au lieu de responsabiliser les patients, les franchises conduisent à écarter du parcours de soins les personnes fragiles. Je rappelle que cela concerne les personnes qui sont en dessous du seuil de la pauvreté, lequel s'établit à 987 euros par mois pour une personne seule.

Cette proposition importante répond aux attentes des groupes de la majorité.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir le sous-amendement n° 951.

M. Dominique Tian. L'ensemble des franchises « rapportait » à peu près 800 millions d'euros. Il semblerait que sur ce montant, l'on abandonne 40 millions – ou 20 millions d'euros, on ne sait pas trop. Quoi qu'il en soit, ces sommes sont très faibles.

D'après ce que me disent les syndicats de médecins, il semblerait que cet amendement pose des problèmes techniques. Il semblerait également que l'on n'ait pas très envie de recouvrer ces franchises : c'est pourquoi beaucoup de créances ne sont pas honorées. Au total, la Sécurité sociale ne paraît pas très performante dans le recouvrement de ces franchises. Vous parlez de générosité, d'autres parlent de manque de motivation dans le recouvrement : c'est un peu gênant, car il s'agit simplement d'appliquer la loi !

Ces 800 millions d'euros, qui manqueront quelque part, étaient consacrés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer, aux soins palliatifs et au cancer.

C'est pour cela que les franchises ont été instituées : pour constituer des fonds fléchés vers les priorités en matière de santé. La pseudo-générosité dont vous parlez à propos de la généralisation du tiers payant aura pour conséquence que les chantiers prioritaires en matière de santé publique manque-

ront d'argent. Les franchises ne permettaient pas de récupérer de l'argent en vain : ces fonds étaient fléchés. De plus, les sommes en question étaient modiques : 50 centimes d'euro, 1 euro, 2 euros...

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas modique pour ceux qui n'ont que 987 euros par mois !

M. Dominique Tian. Vous feignez la générosité, mais vous n'en mesurez pas les conséquences.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. La commission est très favorable à l'amendement du Gouvernement. Au nom du groupe socialiste, je salue la mobilisation sans faille des groupes RRDP et écologiste en faveur de la suppression des franchises pour 1,2 million de Français qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Je ne pense pas, monsieur Tian, que ces franchises aient vocation à « rapporter de l'argent » – pour reprendre les termes que vous avez employés.

Vous parlez de 800 millions d'euros : probablement n'avez-vous pas compris ce qu'a dit Mme la ministre. Il s'agit de supprimer non pas la totalité des franchises, mais seulement celles qui s'appliquent aux bénéficiaires de l'ACS.

M. Dominique Tian. Oui, c'est bien ce que j'ai dit !

M. Olivier Véran, rapporteur. Pour répondre à M. Roumegas, la majorité n'est pas plus favorable aux franchises maintenant que lorsqu'elle était dans l'opposition. Ce qui a changé, en revanche, c'est la situation financière. Vous ne pouvez ignorer le coût que cela représenterait pour notre système de protection sociale si nous allions au-delà de l'exonération de franchise pour les seuls bénéficiaires de l'ACS. Réjouissons-nous donc de cette avancée importante, de ce coin enfoncé dans un dispositif créateur d'inégalités de santé.

Depuis quelques jours, un lien est fait entre la mise en place du tiers payant et l'exonération de franchises. Il ne faut pas faire de faux procès et se tromper de débat : la suppression des franchises pour les bénéficiaires de l'ACS n'a rien à voir avec la mise en place du tiers payant, si ce n'est l'effet d'aubaine qui nous permet d'annoncer cette mesure aujourd'hui par la voix de Mme la ministre de la santé.

En revanche, lorsque la majorité précédente avait organisé un système de collecte de franchises et de participations forfaitaires, elle n'avait probablement pas suffisamment bien pensé les mécanismes de recouvrement. C'est pourquoi des difficultés techniques sont apparues. Rassurez-vous néanmoins : des solutions pertinentes et pragmatiques ont été trouvées pour lever ces difficultés. Elles existent déjà dans un certain nombre de cas.

La commission est donc favorable à l'amendement du Gouvernement, et défavorable au sous-amendement. Je note d'ailleurs que M. Tian a probablement rédigé lui-même l'exposé sommaire de celui-ci, puisqu'il y est question d'une « mesure destinée à amadouer sa majorité relative » : on retrouve là toute la finesse caractéristique de son style.

Nous pouvons tous nous réjouir de cette mesure de pouvoir d'achat pour les plus pauvres d'entre nous, et saluer l'engagement du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 951 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Sur l'amendement n° 944, je suis saisi par le groupe socialiste, républicain et citoyen et par le groupe radical, républicain, démocrate et progressiste d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Ce sujet est important. Vous proposez d'exonérer de franchises les bénéficiaires de l'ACS. Cela représente plus d'un million de personnes supplémentaires par rapport à celles qui bénéficient de la couverture maladie universelle, la CMU. Ce n'est pas à cela que nous voudrions nous opposer.

Vous avez ouvert le débat sur les franchises en général : c'est sur ce point que je voudrais vous répondre. Deux positions s'affrontent, qui témoignent de deux idéologies différentes. Lorsque vous étiez dans l'opposition, vous étiez totalement opposés aux franchises. Nous, qui étions dans la majorité, y étions favorables, parce que nous voulions passer du tout-gratuit à un système de responsabilisation des assurés – je dis cela à l'attention de M. Roumegas. Dans ce système, néanmoins, 19,5 millions de Français sont exonérés de franchises : les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C – la CMU complémentaire –, les pensionnés militaires, les femmes enceintes... Si l'on y ajoute les bénéficiaires de l'ACS, plus de 20 millions de Français au total seront exonérés.

Ensuite, les franchises n'étaient pas appliquées *largamano* : elles étaient limitées à 50 euros par an tout compris – médicaments, transports, actes médicaux.

Enfin, l'argent ainsi récupéré – 900 millions d'euros la première année, puis 880 millions en raison d'une diminution régulière de la consommation – n'était pas destiné à finir dans la poche de quelqu'un ! Il était destiné aux soins palliatifs, à la lutte contre le cancer et contre la maladie d'Alzheimer !

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

M. Bernard Accoyer. Le rapporteur a employé l'expression : « introduire un coin ». Je répète les craintes de l'opposition quant au raisonnement du Gouvernement. Il s'agit bien d'un coin enfoncé dans le système de soin français : la désresponsabilisation, l'inflation, le tiers payant généralisé auraient un effet délétère sur les comptes. D'ailleurs, on l'a vu, les franchises ont freiné la consommation, et un tel frein sera levé si nous les supprimons.

M. Door l'a rappelé à l'instant, il existe de nombreux cas de gratuité totale et de tiers payant. En réalité, dans tout système et dans tous les domaines, il arrive malheureusement un moment où nous atteignons un seuil.

Mme la ministre, nous dit que cet amendement coûterait 48 millions d'euros. Est-il responsable d'engager de nouvelles dépenses alors que vous n'en avez pas les moyens, d'imposer aux générations futures une dette qui atteint maintenant 2 000 milliards d'euros, de faire payer aux familles des dépenses motivées par une volonté purement politique ? Les familles apprécieront la mise sous condition de ressources de leurs allocations familiales, la ponction de 4,5 milliards

d'euros en deux ans et demi dont elles ont fait l'objet et, parallèlement, l'augmentation constante des dépenses, accélérée par ce dispositif qu'ils sont les premiers à financer.

Mme Valérie Boyer. Bien sûr !

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

M. Jean-Louis Roumegas. À l'opposition qui, en définitive, reste fidèle à elle-même, je réponds que je reste opposé au système des franchises. Vous l'avez dit, elles représentent des sommes modestes, ce qui traduit votre volonté de responsabiliser les plus modestes, les plus précaires. Pour les autres, vous savez bien que cela n'a aucun effet en termes de responsabilisation. En fait, ce que vous appelez responsabilisation c'est parfois un renoncement aux soins. Ce n'est pas la bonne méthode.

Nous approuvons évidemment l'avancée, même très modeste, du Gouvernement, mais nous aurions aimé que celui-ci annonce aussi des perspectives. Madame la ministre, allez-vous vous limiter à cette disposition ou prévoyez-vous de généraliser petit à petit ces suppressions de franchises à l'ensemble des assurés ? En effet, une telle généralisation me semble liée à l'extension du tiers payant prévue par la loi de santé publique. Il serait plus simple, à terme, de parvenir à la fois à la suppression des franchises et à la généralisation du tiers payant.

M. le président. Je rappelle le règlement : sur les amendements, seuls un orateur pour et un orateur contre peuvent s'exprimer. Le sujet étant extrêmement important, cinq orateurs des groupes de l'opposition sont néanmoins inscrits. Si d'autres orateurs demandent la parole, ils doivent s'organiser au sein de leur groupe pour intervenir.

La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. S'agissant des dispositions de l'article 29 portant sur les franchises, le débat est biaisé, particulièrement par le groupe écologiste, dont M. Roumegas se fait le porte-parole. Vous parlez de mise en place du tiers payant et de suppression des franchises pour une catégorie de la population, celle des plus défavorisés. À droite, nous partageons cette préoccupation de solidarité avec les plus faibles d'entre nous, car la gauche n'a pas le monopole du cœur. Ce point est incontestable.

Cela dit, vous voulez aussi généraliser le tiers payant et la suppression des franchises que vous diabolisez, alors qu'elles ont eu des effets bénéfiques, que vous le vouliez ou non.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Pas du tout !

M. Jean-Pierre Barbier. Je ne prendrai qu'un seul exemple, que vous connaissez très bien, madame la présidente. Les gens sont forcément attentifs à ce qu'ils paient pour chaque boîte de médicaments.

Mme Valérie Boyer. Évidemment !

M. Jean-Pierre Barbier. En conséquence, l'industrie pharmaceutique propose désormais des conditionnements de trois mois, plutôt que des conditionnements plus petits. Ainsi, le coût des traitements chroniques a mécaniquement baissé d'environ 30 %. Aussi, dire que les franchises n'ont eu aucun effet n'est pas correct. Certes, le système n'est pas parfait et impose une participation. Mais je rappelle que celle-ci n'est que de 50 euros par an, tout confondu.

M. Jean-Pierre Door et M. Dominique Tian. Bien sûr !

M. Jean-Pierre Barbier. Ce n'est vraiment pas excessif. Il n'est donc pas correct de diaboliser ainsi le système.

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

M. Francis Vercamer. De même que nous, députés de l'UDI, n'étions, hier soir, pas opposés à l'extension du tiers payant aux bénéficiaires de l'ACS, nous voterons cet amendement. J'avais néanmoins déposé deux sous-amendements, qui ont été jugés irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution, visant à étendre cette exonération de franchise aux maladies de longue durée et, surtout, aux maladies professionnelles : les premières sont chroniques et coûtent très cher aux patients, qui atteignent souvent le plafond de 50 euros en raison de la récurrence des soins ; quant aux secondes, les personnes qui en souffrent, généralement des salariés, n'y sont pour rien car la maladie est provoquée par leur activité professionnelle. Il me paraît donc curieux de leur faire payer une franchise.

J'aurais aimé avoir l'avis du Gouvernement sur ces deux sous-amendements, car c'est un sujet important pour les personnes concernées.

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

M. Dominique Tian. Je regrette un peu vos propos, monsieur M. Véran. Lorsque j'ai parlé de 800 millions s'agissant des franchises, vous avez dit que c'était une caricature et que je n'avais rien compris. C'est assez désagréable !

De plus, vous avez encore fait preuve de gentillesse en évoquant l'exposé sommaire de mon amendement. Mais oui, monsieur Véran, c'est moi qui rédige les exposés sommaires, contrairement à vous, qui les faites sans doute rédiger par d'autres ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas une excuse, cela aggrave plutôt votre responsabilité !

M. Dominique Tian. Nous les rédigeons de façon artisanale et y disons à peu près ce que nous pensons, sans contrainte. C'est plutôt mieux ! (*« Bravo ! » sur les bancs du groupe UMP.*)

Quant au débat sur les 40 millions, si j'ai bien compris, M. Roumegas, Mme Carrey-Conte...

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Elle n'a rien dit !

M. Dominique Tian. ... et Mme Fraysse parlent bien de 800 millions d'euros depuis ce matin. Donc, pardonnez-moi, monsieur Véran, mais je ne suis pas complètement idiot, le vrai coût s'agissant des franchises c'est bien 800 millions d'euros ! Aujourd'hui, vous nous parlez de 40 millions mais, bientôt, le Premier ministre sera confronté à un problème de majorité et, après de nombreuses embrouilles, il faudra séduire les Verts et peut-être aussi le Front de gauche, si bien que nous arriverons à 800 millions d'euros.

Certes, les dispositions prévues par l'article 29 sont plutôt bonnes. En réalité, elles reviennent à étendre la CMU, d'autant qu'elles concernent les mêmes publics. On ne peut pas être contre : nous connaissons tous des gens en difficultés. Le problème, c'est que l'on ne vous croit plus. Aujourd'hui, vous présentez une disposition et, demain, Mme Carrey-Conte aura raison et M. Roumegas sera indispensable.

Compte tenu de la dérive de la majorité, nous arriverons donc bien aux 800 millions dont je parle dans mon exposé sommaire !

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je me félicite de cette avancée, même si je la trouve personnellement modeste. Je m'associe à la question posée par M. Roumegas sur les perspectives. Le rapporteur l'a dit, ces franchises accentuent effectivement les inégalités devant la santé. Je suis extrêmement choquée du ton employé par nos collègues de droite et du mépris qu'ils manifestent à l'égard des plus modestes de nos concitoyens. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Dominique Tian et M. Bernard Accoyer. Arrêtez !

Mme Jacqueline Fraysse. Si cela vous fait hurler, monsieur Accoyer, c'est que je dis la vérité ! Vous pensez que les personnes percevant 987 euros par mois ne sont pas à un euro près ? Je me demande comment vous feriez pour vivre avec de telles sommes.

M. Jean-Pierre Barbier. On a dit qu'on était d'accord !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est important de supprimer les franchises pour ces personnes. Quant aux personnes aisées, elles s'en moquent car cela ne représente pas grand-chose. Cela ne les responsabilise donc pas. À cet égard, je m'associe aux propos de Mme la ministre : cet argument de la responsabilisation est inaudible quand on parle de la santé.

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

(*Le sous-amendement n° 951 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 944.

(*Il est procédé au scrutin.*)

. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	31
Nombre de suffrages exprimés	26
Majorité absolue	14
Pour l'adoption	23
contre	3

(*L'amendement n° 944 est adopté.*)

M. le président. Je suis de trois amendements identiques, n°s 212, 373 et 578.

La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 212.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement vise à alerter le Gouvernement sur le risque extrêmement grave d'une médecine à deux vitesses qui résulterait de son projet de décret – dont les délais de publication sont incertains – sur les « contrats responsables » pour les complémentaires santé, projet transmis aux partenaires sociaux et aux organismes d'assurances complémentaires santé. En voulant encadrer de manière extrêmement rigide tous les espaces de liberté, à commencer par les dépassements d'honoraires des différentes professions de santé, pour lesquels un plafond précis est établi, ce projet aura pour conséquence de créer un besoin d'assurance sur-complémentaire.

Mes propos vont évidemment être caricaturés et je vais être accusé de vouloir privilégier certains de nos compatriotes et certains professionnels. Tel n'est pas du tout le cas. Les chiffres sur la région parisienne figurant dans le projet de décret, par exemple, sont en complet décalage avec la réalité. Si l'on va dans cette direction, le secteur des assurances sur-complémentaires se développera. Vous aurez donc créé un système à deux vitesses.

Toutes les décisions que vous prenez les unes après les autres et que vous présentez comme des avancées formidables et un signe de générosité, sont en réalité un poison instillé petit à petit dans l'assurance maladie.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 373.

M. Dominique Tian. Il est défendu

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 578.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran., rapporteur. Défavorable. Ce sujet a déjà été débattu lors de l'examen du précédent PLFSS. Les plafonds de prise en charge n'ont pas à figurer dans la loi. Ils seront fixés par un décret en Conseil d'État, qui tiendra compte d'un seuil retenu par les médecins eux-mêmes pour distinguer les dépassements excessifs de ceux qui ne le sont pas. Je préfère que le plafond soit déterminé en concertation avec les professionnels.

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Défavorable.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement est incohérent avec les positions que vous avez défendues tout à l'heure. Vous refusez l'établissement d'un plafond pour les dépassements d'honoraires, mais voulez imposer un niveau de remboursement aux mutuelles. Pardonnez la trivialité de l'expression, mais l'on ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre ! Il s'agirait d'un très mauvais signal, car cela encouragerait les dépassements d'honoraires jusqu'à 250 %, ce qui créerait un système à deux vitesses. Il y aurait, d'un côté, ceux qui ont une mutuelle et qui sont loin de représenter l'intégralité des assurés ; de l'autre, ceux qui n'en ont pas. De toute façon, les mutuelles ne pourraient pas assumer un tel niveau de dépassements d'honoraires, sauf à augmenter les cotisations, ce que nous ne voulons pas non plus.

(*Les amendements identiques n°s 212, 373 et 578 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 375.

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à alerter le Gouvernement sur la complexité de mise en œuvre, par les entreprises, de son projet de décret sur les contrats responsables pour les complémentaires santé.

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

M. Olivier Véran, *rapporteur*. Défavorable. L'amendement de M. Tian impose une date uniforme : à nouveau, il ne tient pas compte de la négociation collective. De plus, il est moins favorable, dans la mesure où il impose à toutes les entreprises le 1^{er} janvier 2017 comme date butoir alors que, avec les contrats en cours, on peut, dans certains cas, aller jusqu'au 31 décembre 2017.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je ne suis pas tellement satisfaite de la réponse qui vient d'être faite par le rapporteur parce que la loi se traduira par un second niveau d'inégalité entre les entreprises qui, en fonction de la nécessité, auront à modifier, ou non, le dispositif.

Indépendamment de la question même de la santé, ces entreprises doivent mettre des dispositifs en conformité avec d'autres obligations légales liées au régime dont dépend le financement de la protection sociale.

Comme vous le savez, ces dispositions, que l'on pourrait être tenté de figer jusqu'en 2017, sont rédigées en termes très généraux. Cela aurait un effet ricochet sur les contrats d'assurance et donc sur le marché.

Les entreprises ont mis en place des dispositifs avant même d'être en conformité : elles perdent toute maîtrise de leur calendrier social en matière de santé, et doivent immédiatement s'adapter au nouveau cahier des charges dans des conditions irrespectueuses du droit du travail.

Dans ce dernier cas, la dérogation ne joue plus son rôle. Je vous invite donc à adopter cet excellent amendement de mon collègue Dominique Tian.

Le double point de départ du nouveau contrat responsable se trouve en butte à de nombreuses critiques, liées aux distorsions de situation importantes entre employeurs et salariés dépendant ou non d'une mise en place antérieure de ce contrat, dans l'entreprise, et, plus généralement, entre personnes salariées ou non.

Cet amendement vise à rétablir une simplicité de mise en œuvre cohérente avec toutes les situations, contrairement à ce que vous avez prétendu, monsieur le rapporteur.

Il s'agit d'un amendement de bon sens. Ses auteurs connaissent l'entreprise et ont envie de la voir fonctionner au mieux, y compris en ce qui concerne ces contrats responsables.

Mes chers collègues, je vous invite à le voter.

(L'amendement n° 375 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 778.

M. Jean-Louis Roumegas. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

(L'amendement n° 778 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 161, 449, 633 et 667.

La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 161.

M. Olivier Véran, *rapporteur*. Je retire cet amendement visant à demander au Gouvernement un rapport sur la suppression des franchises médicales pour les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé, et qui n'a plus lieu d'être.

M. le président. La parole est à Mme Monique Iborra, pour soutenir l'amendement n° 449.

Mme Monique Iborra. Je le retire également.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 633.

M. Stéphane Claireaux. Je retire cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 667.

M. Jean-Louis Roumegas. Il est retiré.

(Les amendements identiques n° 161, 449, 633 et 667 sont retirés.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 364.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à étudier la possibilité, pour l'assurance-maladie, de se positionner également comme assurance maladie complémentaire.

J'avais déjà posé cette question l'année dernière, et le rapporteur m'avait proposé la tenue d'une table ronde sur ce sujet à l'Assemblée nationale, en m'indiquant qu'une évolution aussi importante nécessitait des travaux préparatoires, ce qui me paraissait légitime.

Or, à ma connaissance, cette table ronde n'a pas eu lieu. J'observe au passage que l'on peut chambouler, par décret ou par amendement, les principes fondateurs de la branche famille et, à travers eux, les principes de notre Sécurité sociale, mais qu'il est plus compliqué d'étendre le périmètre de l'assurance maladie.

Je fais donc à nouveau mienne cette préoccupation pour défendre cette idée qui présente plusieurs avantages.

La Sécurité sociale est plus universelle, plus égalitaire que les assureurs privés puisqu'elle ne sélectionne pas ses assurés en fonction de leur état de santé ou, ce qui revient au même, en fonction de leur âge.

Elle est mieux gérée que les assurances complémentaires puisque, pour 100 euros de prestations versées, ses frais de gestion se limitent à 5 euros environ, contre 24 en moyenne pour les assurances maladie complémentaires privées.

De ce fait, une telle sécurité sociale complémentaire serait moins chère que ses concurrentes.

M. Dominique Tian. Cela reviendrait à nationaliser les complémentaires !

Mme Jacqueline Fraysse. Elle orienterait à la baisse l'ensemble des tarifs des autres complémentaires. J'en viens donc à m'interroger sur les raisons de votre refus d'envisager

cette option, et ce d'autant plus que j'ai lu récemment une enquête de la Mutualité française montrant que de plus en plus de nos concitoyens ne sont pas, aujourd'hui, couverts par une complémentaire santé.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Madame Fraysse, vous posez une vraie question.

M. Bernard Accoyer. C'est un vrai débat : c'est techniquement possible.

M. Olivier Véran, rapporteur. Nombreux sont, ici, ceux qui partagent l'idéal d'une bonne couverture de nos concitoyens par l'assurance maladie obligatoire. Notons d'ailleurs que cette couverture s'est globalement améliorée en France depuis deux ans. Le pourcentage statistique de couverture des Français par l'assurance maladie obligatoire ne cesse d'augmenter, ce dont on ne peut que se réjouir.

Vous dites également que le secteur des complémentaires santé est déjà très varié et multiforme, et qu'il peut donner lieu à certains débats ainsi qu'à certaines discussions.

Je partage avec vous cet idéal de large couverture des soins par l'assurance maladie, mais le secteur des complémentaires est déjà suffisamment complexe pour ne pas y insérer, de façon finalement assez brutale, par voie d'amendement, un nouvel acteur.

Je ne suis pas sûr que cela permettrait de clarifier le rôle respectif et les relations qu'entretiennent entre eux tous les acteurs. Faut-il donner le sentiment aux Français que l'on considère que l'assurance-maladie peut jouer le rôle d'assurance complémentaire ?

Le message politique est-il suffisamment clair à ce stade ? Il y un vrai débat sur la question : nous pourrions l'avoir en d'autres lieux, sous d'autres formes que celle d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui prendrait tout le monde de court.

Pour ces raisons, la commission a émis un avis défavorable à cet amendement. Mais je vous remercie d'avoir mis le sujet sur la table.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends parfaitement la question posée, ainsi que la démarche. Madame la députée, vous demandez un rapport : il existe. En effet, le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), déposé à l'été 2013, évoque de manière très distanciée et objective, sans prendre position au fond, les avantages, les inconvénients, les enjeux et les défis techniques d'une telle option, si elle était envisagée.

Dans la perspective qui est la vôtre, le rapport que vous demandez existe : aussi, je vous demande de retirer votre amendement, sinon j'émets un avis défavorable. Un tel rapport peut parfaitement servir à alimenter la réflexion du Parlement.

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

M. Dominique Tian. Mme Fraysse est dans son rôle en présentant ce type d'amendement. Mais je m'étonne que M. Véran et Mme la ministre disent qu'ils vont s'interroger sur ce qui pourrait être une bonne idée ! Mme la ministre devrait dire que cela n'est pas possible.

Si vous permettez à la Sécurité sociale de créer sa propre complémentaire, vous donnez naissance à un avantage commercial extraordinaire qui va, par définition, tuer toutes les autres complémentaires.

M. Michel Issindou. C'est un scénariste !

M. Dominique Tian. Parce que votre complémentaire du principal sera quasiment obligatoire. Évidemment, c'est comme s'il y avait la SNCF et les filiales de la SNCF ! Vous avez recours à la filiale, parce que c'est plus simple.

Mme Fraysse veut étatiser l'ensemble des complémentaires de notre pays.

Hier, nous avons eu un débat intéressant sur la question de savoir s'il fallait rendre obligatoire l'affiliation à la sécurité sociale : si par hasard on n'est pas d'accord avec cette obligation, on risque trois mois de prison et 30 000 euros d'amende. C'est un débat extraordinaire !

Maintenant, c'est bien simple : avec l'appui du ministre, on va tuer toutes les complémentaires santé, en mettant en place un système principal qui disposera de sa propre complémentaire. Madame la ministre, vous devriez réagir. Nous sommes là, aussi, pour sauver la Sécurité sociale française.

M. le président. La parole est à Mme Sylviane Bulteau.

Mme Sylviane Bulteau. Monsieur Tian, il faut essayer de garder votre calme. Nous ne sommes pas en train de dire qu'il faut tout nationaliser. Effectivement, le débat lancé par madame Fraysse nous interpelle tous, parce qu'aujourd'hui dans la « jungle » des complémentaires santé, il y a un petit peu de tout.

On voit des coûts de gestion qui deviennent exorbitants et qui sont répercutés sur les « clients ». Surtout, ces complémentaires santé ne couvrent pas parfaitement tous ceux qui en auraient besoin. Mon dentiste lui-même estime qu'il faudrait faire un peu de ménage au sein de ces complémentaires.

M. Dominique Tian. Vous avez raison de parler des soins dentaires !

Mme Sylviane Bulteau. Et il n'appartient pas à l'extrême-gauche !

Donc, pourquoi pas étudier la faisabilité d'une telle réforme ? En tous cas, le débat est ouvert. Quand on voit aussi, à la télévision, la publicité faite par des mutuelles et payée par leurs adhérents, cela peut poser question.

Monsieur Tian, nous pouvons avoir ce débat sur l'évolution de notre système de soins sans avoir peur et sans céder à la paranoïa, comme vous le faites depuis le début.

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

M. Jean-Pierre Barbier. Madame, vous venez d'expliquer ce qu'est un système concurrentiel.

Mme Sylviane Bulteau. C'est une histoire de pognon !

M. Jean-Pierre Barbier. Vous parlez très élégamment de « pognon », mais la concurrence a pour effet de faire baisser les prix.

La concurrence existe en effet entre les mutuelles qui pratiquent alors des prix attractifs. Vous voulez créer une complémentaire gérée par la Sécurité sociale : quand on voit le

désastre auquel on assiste aujourd'hui, voulez-vous donc que nous coulions un peu plus vite? Les frais de gestion des organismes privés que vous incriminez vous préoccupent bien plus que ceux du secteur public.

Si vous faites une comparaison, vous verrez que les coûts sont peut-être plus importants dans le public que dans le privé. Ce débat est incroyable. Nous effectuons un retour dans le passé. Inimaginable. Le Gouvernement, je le comprends bien, est pris entre les frondeurs, le Front de gauche et les écologistes qui menacent de quitter la majorité, et se trouve obligé de donner, ici ou là, des gages. (*Protestations sur les bancs du groupe SRC*)

M. Bernard Accoyer. Nous sommes les vigies!

M. Jean-Pierre Barbier. Mais il faut être prudent. Le Premier ministre a dit qu'il fallait en finir avec la gauche passéiste. Il a peut-être bien raison!

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je trouve très dommageable que sur un sujet de cette importance vous rabaissiez le débat à ce niveau. Passons!

Je voudrais préciser que cette proposition n'est, en rien, une atteinte à la liberté de chacun car, évidemment, chacun pourrait continuer, si un tel dispositif était mis en place, à choisir sa complémentaire.

Il s'agit simplement de rationaliser et de mieux organiser les choses. Je note donc que notre rapporteur de cette année...

M. Dominique Tian. Ils sont interchangeables.

Mme Jacqueline Fraysse. ...me fait à peu près la même réponse que celui de l'an dernier: on va réfléchir. Je suis d'accord pour que l'on réfléchisse, mais j'aimerais bien, à un moment, que nous passions à l'acte.

Mme la ministre – et je veux la croire – me dit que le rapport existe depuis 2013. Il m'avait échappé.

Dans ces conditions, je suis d'accord pour retirer mon amendement.

M. Jean-Pierre Door. C'est du fayotage.

Mme Jacqueline Fraysse. ...mais je voudrais surtout que nous avançons concrètement. Et pour avancer concrètement, Mme la ministre nous suggère une initiative des parlementaires: je lui en donne acte.

Mais cela n'exclut pas une éventuelle initiative de la part du Gouvernement, puisque tout le monde, sauf bien sûr à droite, semble considérer que cette proposition est intéressante et mérite d'être examinée et donc concrétisée.

(*L'amendement n° 364 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 612, 214 et 374, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 214 et 374 sont identiques.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 612.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 214.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement tend à imposer au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant les conséquences d'un dispositif dont nous avons dit, lors de l'examen d'un amendement précédent, qu'il nous paraissait dangereux.

Si, d'aventure, le projet de décret que le Gouvernement a transmis aux partenaires sociaux était publié, il y aurait un encadrement très strict du remboursement des restes à charge. Le plafond proposé étant de 100 % du tarif de responsabilité, il est évident qu'en région parisienne ou dans un certain nombre de cas très particuliers, des restes à charge ne seraient pas remboursés, d'où la nécessité d'évaluer très sérieusement les dépassements d'honoraires par région, par spécialité et en fréquence, les contrats d'accès aux soins, en détaillant la proportion de médecins signataires par région et spécialité, et, enfin, le nombre d'entreprises ayant souscrit à ces dispositifs et le reste à charge pour les familles que cela induit.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 374.

Mme Valérie Boyer. C'est un amendement particulièrement intéressant puisqu'il tend à obliger le Gouvernement à réaliser une étude détaillée des dépassements et une étude d'impact approfondie de son projet de décret sur les contrats responsables pour les complémentaires santé.

Ce projet de décret instaure un plafonnement des remboursements des contrats responsables et risque de générer un reste à charge des patients significatif, qui variera selon leur situation professionnelle et géographique.

Étant donné la part et le niveau des dépassements d'honoraires observés pour de nombreuses spécialités médicales, on peut craindre que de nombreuses familles françaises ne doivent faire face demain à un reste à charge significatif pour leurs dépenses de santé. Tout sera gratuit pour certaines personnes avec la généralisation du tiers payant et la suppression de la franchise, et les autres, celles qui cotisent, les classes moyennes, celles qui sont déjà malmenées par votre réforme des allocations familiales et la remise en cause de l'universalité, auront à faire face à des difficultés.

Ce qui m'inquiète avec ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale, c'est qu'il risque de se passer pour les remboursements santé ce qu'on a vu pour les allocations familiales puisque l'on est de plus en plus pris en charge en fonction de ses revenus. Pour les plus modestes, tout est gratuit, sans cotisations, et c'est haro sur les familles moyennes, pour lesquelles les restes à charge sont très élevés. Nous vous demandons en tout cas de les évaluer. C'est vraiment du concret, cela concerne des familles dont l'un ou les deux parents travaillent, qui font des efforts et qui seront remboursées en fonction de leurs revenus. C'est aussi un peu la fin de l'universalité du remboursement des soins.

Une telle étude me semble donc indispensable. Même si l'on a cassé le système pour les allocations familiales, leur universalité, essayons de le conserver au moins pour les soins.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Vous demandez un rapport pour étudier la montée en charge du contrat d'accès aux soins. Nous pouvons nous entendre sur un point: il serait

intéressant d'avoir région par région des données affinées sur la consommation de soins, l'offre de soins et les pratiques tarifaires. Il y a eu un débat ici sur la question des ORDAM, et nous avons rejeté cette perspective. En revanche, pour l'évaluation des consommations et de l'offre de soins territoire par territoire, il y a un sujet à creuser.

Cela dit, je ne pense pas que le bon outil soit un rapport remis au Parlement ; c'est plutôt la CNAM qui pourrait recueillir et publier de telles données. La commission a donc émis un avis défavorable à ces amendements.

(L'amendement n° 612, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 214 et 374, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Article 30 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, inscrit sur l'article.

M. Bernard Accoyer. L'article 30 s'inscrit dans la logique de la partie de ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale relative à l'assurance maladie. Comme je l'ai expliqué à plusieurs reprises au cours de nos débats, petit à petit, marche par marche, le Gouvernement généralise le tiers payant, supprime les mécanismes de franchise et il n'est pas besoin d'être grand clerc pour comprendre que tout cela aura un effet délétère sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Là, il s'en prend à un mécanisme qui concerne la dispensation en officine des médicaments et entend substituer au mécanisme actuel un nouveau mécanisme de tiers payant pour le complément pour ordonnance complexe, lorsque l'officine doit délivrer plus de cinq médicaments prescrits sur une même ordonnance. C'est une sorte de ticket modérateur, il faut le reconnaître, en tout cas une symbolique modératrice. Si la priorité est la maîtrise des dépenses, il faut bien entendu en tenir compte, d'autant que les pharmaciens d'officine, par la proximité qu'ils ont avec ceux et celles qui fréquentent leur officine, connaissent et peuvent aider les familles et, surtout, ceux qui sont porteurs de polyopathologies, et leur accorder des facilités.

Cet article est donc dangereux et nous nous y opposerons.

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

M. Jean-Pierre Barbier. La situation économique des pharmaciens d'officine dans le pays est très difficile, il suffit de regarder les dernières données fournies par la profession.

Je vous remercie, madame la ministre, de la position que vous avez prise sur les professions réglementées, car c'est un véritable problème de santé publique. Votre position courageuse a été saluée par l'ensemble de la profession. Néanmoins, cela ne peut pas effacer les effets néfastes des PLFSS antérieurs sur celui qui arrive ; 1 milliard d'économies sur le médicament, cela va bien évidemment peser sur l'ensemble de la chaîne de distribution du médicament – l'industrie pharmaceutique, les grossistes, les laboratoires et, au bout de la chaîne, les pharmaciens d'officine.

Que la situation soit difficile, vous en convenez d'ailleurs puisque l'on recherche une modification du mode de rémunération. Pour sortir de l'effet volume et rémunération, vous cherchez tous les artifices, et je suis un peu surpris de ce qui est proposé dans cet article.

Il y a d'abord un honoraire au conditionnement. Après tout, pourquoi pas, mais cela n'apportera rien de plus au pharmacien d'officine puisqu'il sera déduit de sa marge. Ce sera donc en fait une opération blanche. Un honoraire par conditionnement existait déjà dans les années 80 : c'était le SHP. Il a été supprimé parce que l'on considérait que cela poussait les pharmaciens à donner plus de boîtes puisqu'ils avaient un honoraire pour chaque boîte. Il revient mais, là, cela ne changera strictement rien à la rémunération du pharmacien puisque ce sera déduit de sa marge.

Il y a par ailleurs, et c'est encore un peu plus compliqué, un honoraire pour ordonnance complexe, si l'on délivre au moins cinq produits prescrits sur une ordonnance. Une ordonnance prescrivant seulement un anti-vitamine K, un anti-cancéreux ou un anti-asthmatique n'est-elle pas complexe ? Je crois qu'une pathologie complexe mériterait aussi de l'attention.

(L'article 30 est adopté.)

Après l'article 30 *(amendement précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 974, portant article additionnel après l'article 30.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit de permettre aux propharmaciens, c'est-à-dire, aux termes de la loi, les médecins exerçant dans les communes dépourvues d'officine de pharmacie lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige, d'être rémunérés pour leur activité de dispensation de médicaments. Cela concerne une centaine de médecins sur le territoire national.

Puisque l'on a mis en place un honoraire de dispensation permettant de faire évoluer le mode de rémunération des pharmaciens en renforçant la valeur de leur conseil médical, nous souhaitons en faire bénéficier les médecins qui jouent le rôle de propharmacien.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. La commission n'a pas pu examiner cet amendement déposé en séance par le Gouvernement mais, à titre personnel, j'y suis favorable.

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

M. Jean-Pierre Barbier. Une nouvelle fois, je regrette que de tels amendements ne puissent pas être débattus en commission parce que ce sont des sujets intéressants et importants.

Évidemment, c'est quelque chose de marginal pour des médecins propharmaciens. Ce qui existait il y a encore quelques années, puis a été supprimé, revient. Qu'il y ait une rémunération, après tout, pourquoi pas ? Il y avait une autre solution, madame la ministre, c'était de rémunérer la livraison effectuée par des pharmaciens. Cela aurait été beaucoup plus simple et chacun aurait pu conserver sa mission.

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

M. Francis Vercamer. Sur le fond, que l'on rémunère un médecin qui réalise l'activité d'un pharmacien, pourquoi pas, mais je suis surpris de ce genre d'amendement qui nous arrive ainsi.

On va demander aux pharmaciens de faire des activités de médecin en faisant des vaccins ; on demande aux médecins de faire des activités de pharmacien, qu'on va rémunérer. Un ministre annonce qu'il va déréglementer les installations de pharmacies. On ne comprend plus rien, on ne sait plus qui va faire quoi ! Il y a des spécialisations diplômantes qui permettent d'exercer certaines professions médicales et tout le monde fait tout !

Je ne voterai pas contre l'amendement, mais le sujet mérite un débat de fond. Je sais bien que qu'il arrivera peut-être lors de la discussion de la loi sur la santé, mais vous faites adopter un amendement avant. C'est tout de même assez curieux !

(L'amendement n° 974 est adopté.)

Article 31 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 238.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est un amendement de précision.

(L'amendement n° 238, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 239.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est encore un amendement de précision.

(L'amendement n° 239, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 291.

M. Olivier Véran, rapporteur. Précision !

(L'amendement n° 291, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 462.

M. Francis Vercamer. Quand j'ai lu cet article, j'ai sursauté : « Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. »

On oublie totalement l'enfant. C'est tout de même une indemnité de congé maternité qui aurait dû être versée à la mère parce qu'elle a eu un enfant. Si le père n'en veut pas, on la verse au conjoint de la mère sans même savoir s'il va assurer la charge morale et matérielle de l'enfant. Je propose donc de préciser le texte pour que cet indemnité

ne soit versée que si le conjoint ou la personne liée à la mère par un PACS contribue à assumer la charge morale et matérielle de l'enfant. Cela me paraît la moindre des choses.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable, cela relève du décret. L'état actuel de la loi n'est pas modifié dans le présent article, lequel est extrêmement important. J'ai été interpellé dans ma circonscription par une personne dont un membre de la famille avait perdu son épouse d'un cancer foudroyant quelques jours après un accouchement. À cette occasion, le conjoint de la mère décédée, qui était salarié dans une entreprise, s'est aperçu qu'il ne pouvait pas bénéficier d'un transfert automatique de congé maternité. Les conditions dans le code de la Sécurité sociale étaient si restrictives qu'il fallait que le décès soit la conséquence de l'accouchement et qu'il se produise dans les jours qui le suivaient immédiatement.

Cela pose un nombre de problèmes conséquents, puisque, en plus de la peine et de tout ce qu'il y a à gérer pour les funérailles et l'organisation du quotidien, le père ne peut pas bénéficier du congé maternité. Or, un nouveau-né ne peut pas aller en crèche ni être pris en charge par une assistance maternelle. Le code de la Sécurité sociale présentait une carence qui a été découverte, comme cela arrive parfois, en allant à la rencontre des gens qui nous font part d'épreuves de la vie. Cette situation pourrait concerner de quatre-vingts à cent personnes par an en France. L'article permettra d'étendre les conditions du transfert de congé maternité à l'autre parent en charge de l'éducation de l'enfant, quel que soit le régime d'affiliation et quelle que soit la cause du décès, tant que l'on est dans la période couverte par le congé maternité.

(L'amendement n° 462, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 240, 298 rectifié et 241, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

M. Olivier Véran, rapporteur. Ce sont des amendements rédactionnels, monsieur le président.

(Les amendements n°s 240, 298 rectifié et 241, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 31, amendé, est adopté.)

Article 32 *(précédemment réservé)*

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 584, 582 et 581, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

M. Olivier Véran, rapporteur. Ce sont des amendements rédactionnels.

(Les amendements n°s 584, 582 et 581, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 32, amendé, est adopté.)

Article 33
(précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, inscrit sur l'article.

M. Jean-Pierre Door. Cet article est important. La mesure qu'il propose aurait dû être prise depuis des années et elle était attendue par beaucoup dans le cadre de la simplification administrative. Un rapport sénatorial publié il y a plusieurs années demandait précisément à ce que les deux centres que sont le centre de dépistage anonyme et gratuit et le centre d'information, de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles fusionnent, puisque leurs objectifs sont assez semblables. Gérard Bapt avait également évoqué cette question à l'occasion de l'examen d'une mission santé. Mais qu'en est-il du transfert du financement ? Le financement ne sera plus assuré par le Conseil général ou d'autres collectivités mais pris en charge par le fonds d'intervention régional. Cela se fera-t-il par l'intermédiaire des finances de la Sécurité sociale ou non ? Dans ce cas, quel en sera le coût ? La fusion permettra-t-elle une réelle économie, en plus d'un progrès certain en ce qui concerne la gestion ? Pour résumer, comment s'effectuera le financement et qu'attendez-vous comme économie ?

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 306.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de conséquence.

(L'amendement n° 306, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 162, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à rebaptiser le nouveau centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic CIDJ, pardon CDJ (*Rires*)... « On peut tromper une personne mille fois... » (*Mêmes mouvements*.) Excusez-moi, il s'agit d'appeler ce centre CeGIDD au lieu de CIDDG. C'est moins illisible.

M. le président. Nous sommes tous d'accord ! Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est limpide ! Je suis favorable à cet amendement.

M. Jean-Pierre Door. Ne dites surtout plus son nom !
(L'amendement n° 162 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 691 et 637, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 691.

Mme Marisol Touraine, ministre. L'article rénove le dispositif gratuit de prévention, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles en créant une structure unique. L'objet de cet amendement est de permettre à cette nouvelle structure de développer des actions hors les murs pour s'adresser aux populations les plus concernées par le VIH, les hépatites virales B et C et les infections sexuellement transmissibles. En effet, ces politiques sont plus efficaces

quand on va au-devant de ces publics. L'amendement prévoit également que des actions de dépistage soient menées en partenariat avec les acteurs locaux, notamment associatifs, qui connaissent ces publics, selon les recommandations du Conseil national du sida.

M. Jean-Pierre Door. Vous ne m'avez pas répondu, madame la ministre !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je le ferai à propos d'un amendement ultérieur.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 637.

M. Stéphane Claireaux. L'amendement permet, dans le cadre d'une convention, la création de partenariats renforcés avec les associations investies dans le champ de la prévention et du dépistage, afin de déployer cette mission rapidement et de la manière la plus efficace, mais aussi pour permettre des synergies autour de l'accompagnement et de l'orientation dans le soin. Le renforcement de ces liens entre associations et centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit répond pleinement à l'objectif de développement des dynamiques locales et du travail en réseau. Il rejoint, en ce sens, les conclusions du Conseil national du sida dans son avis de 2012 relatif à la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, qui recommandent « le partenariat avec des acteurs locaux, notamment associatifs pour atteindre les populations les plus vulnérables aux risques de transmission du VIH et des IST ».

En outre, cet amendement tire les conséquences de l'étude d'impact et propose d'intégrer dans les missions des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit « l'approche globale de la santé sexuelle ».

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

M. Olivier Véran, rapporteur. La commission est favorable à l'amendement du Gouvernement, puisqu'il permet, comme l'a dit la ministre, l'intervention hors les murs à des associations très actives en matière de prévention et d'accompagnement. Par contre, elle est défavorable à l'amendement n° 637. Il pose un problème de recevabilité financière au titre de l'article 40 : la formule retenue est incomplète par rapport à l'amendement du Gouvernement, même si l'objectif est identique. Peut-être, monsieur Claireaux, pourriez-vous retirer votre amendement afin que nous votions tous ensemble l'amendement du Gouvernement ?

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 637 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux.

M. Stéphane Claireaux. Je retire mon amendement.
(L'amendement n° 637 est retiré.)

(L'amendement n° 691 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 448 et 926.

La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 448.

M. Jean-Louis Touraine. La stratégie nationale de la santé prévoit la fusion au 1^{er} janvier 2016 des centres de dépistage anonyme et gratuit et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. Apparaît donc, petit à petit, une fusion logique entre les actions de dépistage et les actions de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles. Au-delà de cela, nous proposons une extension à tous les aspects de la santé sexuelle. Cette prise en charge globale de la santé sexuelle est importante et répond à un besoin exprimé par la population. L'INPES fait d'ailleurs la promotion de ce principe, également soutenu, depuis une dizaine d'années, par l'Organisation mondiale de la santé.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 929.

M. Stéphane Claireaux. Je retire mon amendement.

(L'amendement n° 929 est retiré.)

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

M. Olivier Véran., rapporteur. La commission était en fait favorable aux deux amendements, parce qu'ils correspondent tout à fait à la notion d'approche globale de la santé sexuelle telle qu'elle a été définie dans l'étude d'impact.

(L'amendement n° 448, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 307, 308, 309, 310 et 320, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Olivier Véran, pour les soutenir.

M. Olivier Véran., rapporteur. Ce sont tous des amendements rédactionnels.

(Les amendements n°s 307, 308, 309, 310 et 320, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 346.

Mme Marisol Touraine., ministre. Cet amendement me permettra de répondre à la question que m'a posée M. Door. Il prévoit en effet le transfert à l'assurance maladie du financement de la nouvelle structure réunifiée à compter de 2015. Aujourd'hui, le financement est, pour l'essentiel, assuré par les agences régionales de santé ou par les collectivités locales. Les collectivités locales qui assurent des missions seront compensées à l'euro près. Le transfert financier sera donc neutre pour celles-ci. Le transfert à l'assurance maladie correspond à un montant de 15 millions d'euros. À terme, nous attendons de la fusion des structures une économie de gestion de l'ordre de 5 millions d'euros.

(L'amendement n° 346, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 608.

Mme Marisol Touraine., ministre. Il s'agit du même enjeu.

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

M. Olivier Véran., rapporteur. La commission est favorable au transfert du financement des CeGIDD à l'assurance maladie.

(L'amendement n° 608 est adopté.)

(L'article 33, amendé, est adopté.)

Après l'article 33 (amendements précédemment réservés)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 249.

Mme Bérengère Poletti. Je veux revenir à un sujet que vous avez abordé, madame la ministre : permettre aux mineurs de pouvoir accéder librement et de manière anonyme et gratuite à la contraception. Nous avons eu un débat l'année dernière à ce sujet, car je pensais, et je pense toujours, que le dispositif que vous proposiez alors n'est pas accessible aux mineurs, parce qu'il est incomplet. Pour que ce dispositif soit efficace, il faut qu'il couvre la totalité de la chaîne de contact entre le corps médical et le mineur qui demande l'accès à la contraception.

Vous nous avez proposé l'année dernière, s'agissant de la consultation du prescripteur et des éventuels examens de biologie nécessaires, un système de tiers payant *via* l'assurance maladie et une non prise en charge par l'assurance complémentaire. Ce dispositif n'est donc pas gratuit, puisqu'il faudra payer la complémentaire pour le mineur. Le tiers payant *via* l'assurance maladie fait l'objet d'un retour d'information des caisses vers les parents. Loin de moi l'idée d'éloigner les parents de leurs enfants, mais je pense être réaliste en disant que dans certaines familles les choses sont extrêmement compliquées, pour ne pas dire parfois violentes. Aussi ces retours d'information peuvent-ils être dangereux.

J'ai mené une petite enquête dans ma circonscription, notamment auprès des pharmacies, pour savoir si le dispositif instauré l'an dernier a remporté un certain succès. Malheureusement, je n'ai obtenu aucune réponse positive. Certes, il ne s'agit que de ma circonscription, qui compte un peu plus de 100 000 habitants, mais il est intéressant de voir qu'aucune pharmacie ne connaît le dispositif. Je propose donc au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport d'évaluation de façon à nous renseigner sur l'efficacité du dispositif.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir le sous-amendement n° 973.

M. Gilles Lurton. Il s'agit d'un sous-amendement purement technique. L'article 55 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, auquel se réfère Mme Poletti dans son amendement, étant codifié dans le code de la Sécurité sociale, il est proposé de substituer aux mots : « de l'article 55 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014 », les mots : « des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la Sécurité sociale. »

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

M. Olivier Véran., rapporteur. Il a été estimé en commission plutôt précocement de demander un rapport d'évaluation alors même que la mise en place du système de contraception gratuite pour les mineurs est récente. Toutefois, notamment devant des questions sur les chiffres et sur des données

précises qui ont été relayées par la présidente de notre commission, nous avons tout de même émis un avis favorable.

S'agissant du sous-amendement de précision, l'avis est évidemment favorable.

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Mme la présidente de la commission des affaires sociales était intervenue au cours de la discussion générale sur l'éventualité d'un rapport d'évaluation. Je suis favorable à votre amendement, madame Poletti. Nous constatons, je l'avais déjà dit l'année dernière, qu'il y a des difficultés dans la mise en place du dispositif. Vous aviez insisté pour que des règles de confidentialité soient établies, ...

M. Denis Jacquat. Exact !

Mme Marisol Touraine., ministre. ...mais j'avais fait remarquer que nous n'avions pas les moyens de la garantir. Le fait est qu'aujourd'hui, à partir des éléments dont nous disposons et qui demeurent insuffisants, nous voyons que les conditions qui permettraient de garantir, sur l'ensemble du parcours, l'anonymat à une mineure de quinze ans et plus qui souhaite accéder à la contraception sont extrêmement difficiles à réunir. L'accès à la contraception pour les femmes, en particulier pour les mineures, je le réaffirme depuis mon entrée en fonction, est pour moi une priorité. Par conséquent, il s'agit de le rendre effectif et dans de bonnes conditions. Une des manières de lever les difficultés, ce sera la mise en place du tiers-payant intégral, ...

Mme Jacqueline Fraysse. Eh oui !

Mme Marisol Touraine., ministre. ...mais on ne peut pas à la fois demander que soient facilités l'anonymat et le non-paiement de la consultation et se déclarer opposé au tiers-payant, le principal mécanisme permettant d'accéder dans de bonnes conditions aux dites consultations. Le tiers-payant répondra à une partie des difficultés, mais il restera le problème de l'anonymat pour les mineurs puisque nous n'avons pas aujourd'hui la possibilité de sécuriser la procédure par rapport aux organismes d'assurance complémentaire. Je suis donc favorable au rapport que vous demandez pour que l'on puisse évaluer l'application du dispositif et proposer des options pour lever les difficultés rencontrées.

M. le président. La parole est à Mme Sylviane Bulteau.

Mme Sylviane Bulteau. Je ne sais pas s'il faut des rapports, des tables rondes, mais il ne faut pas essayer de réinventer l'eau chaude : j'ai déjà mis en place dans la région Pays de la Loire – avant de devenir députée – ce genre de dispositif sous le nom de « pass santé contraception ». C'est un moyen pour les jeunes filles et les jeunes garçons de s'orienter, dans l'anonymat, vers une contraception meilleure et facilitée, en proximité et bien sûr en partenariat avec les établissements scolaires, notamment les lycées publics, mais aussi avec les pharmaciens et les médecins ; tout le monde est autour de la table pour trouver les moyens de mettre en place un meilleur accès à la contraception, ce que nous appelons tous de nos vœux. En tout cas, la remise d'un tel rapport au Parlement serait l'occasion d'en rediscuter lors de l'examen du projet de loi sur les collectivités territoriales. Je pense que c'est en proximité que nous pouvons mener à bien ce travail car c'est sans doute trop lointain et trop compliqué au niveau national.

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

M. Jean-Pierre Barbier. Je comprends qu'il faille favoriser l'anonymat. C'est important car tous les jeunes de quinze ans et plus doivent avoir accès à la contraception. Je n'ai pas la volonté de le remettre en cause. Néanmoins, à force de favoriser l'anonymat, ne pensez-vous pas, madame la ministre, qu'on casse complètement le lien parents-enfants ?

Mme Martine Pinville. Mais non !

M. Jean-Pierre Barbier. Au-delà de l'éducation qui doit être dispensée à tous, ce type de sujet devrait être abordé dans les familles.

Mme Martine Pinville. L'un n'empêche pas l'autre !

M. Jean-Pierre Barbier. Ne parler que de l'anonymat ne favorise tout de même pas la discussion dans les familles. Or au-delà du principe de la contraception, il y a aussi des principes de vie que les parents peuvent, me semble-t-il, inculquer à leurs enfants.

Ma seconde remarque porte sur le tiers-payant. Celui-ci ne règle en rien le problème de l'anonymat, madame la ministre. En effet, dès lors qu'il y a un acte administratif, il y a une trace administrative. En l'espèce, l'assuré reçoit à son domicile le décompte des sommes. Si une mineure va chez un médecin, ses parents qui sont les assurés sociaux et dont elle dépend vont recevoir une notification comme quoi elle a bénéficié du tiers-payant.

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

Mme Bérengère Poletti. Premièrement, je pense que débattre d'un dispositif anonyme et gratuit ou du tiers-payant, ce n'est pas le même sujet. Je mettrai plutôt en miroir de notre discussion le recours à l'IVG pour les mineures. Il est totalement pris en charge par la Sécurité sociale, les complémentaires n'ont rien à voir là-dedans. Il s'agit d'un dispositif spécifique qui permet l'anonymat et la gratuité.

Ensuite, en réponse à M. Barbier, je rappelle que la mise en place de dispositifs anonymes et gratuits pour le recours à la contraception chez les mineures n'empêche pas les parents de discuter avec leurs enfants.

Plusieurs députés du groupe SRC. Bien sûr !

Mme Bérengère Poletti. On peut continuer à avoir au sein de la famille une discussion. Mais ces dispositifs permettent à ceux qui, chez eux, n'ont aucun débat avec leurs parents sur ce sujet, voire se heurtent à une fin de non-recevoir et même plus, de pouvoir se conduire d'une manière responsable pour ne pas être confrontés à une IVG. Je pense aux jeunes qui se disent que plutôt que de commencer sa vie amoureuse et sexuelle par une IVG – ce qui n'est tout de même pas terrible –, il vaut mieux prendre un contraceptif, sachant qu'ils seront couverts grâce au dispositif prévu par la loi. Je pense qu'il vaut mieux avoir un dispositif national, simple, lisible et facile d'accès. Chez moi, en région Champagne-Ardenne, nous avons un très bon dispositif : des carnets à souches avec plusieurs bulletins qui permettent de prendre en charge la totalité de la chaîne, y compris même un pour obtenir des préservatifs masculins gratuitement et anonymement.

Mme Valérie Boyer. Très bien !

Mme Bérengère Poletti. C'est très bien, certes... sauf que ça ne marche pas. L'année dernière, seuls cinq ont été utilisés, et les pharmaciens eux-mêmes ne connaissent pas ce dispo-

stitif. Il faut mettre en place, à l'exemple de la contraception d'urgence, une procédure très simple et qui soit la même partout en France. On saura alors que si on va voir un médecin, on sera couvert de A à Z. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Denis Jacquat. Très bien!

M. le président. La parole est à Mme Sylviane Bulteau, puis nous passons au vote.

Mme Sylviane Bulteau. Je n'ai pas envie de refaire le débat que nous avons eu à la région Pays de la Loire avec vos amis de l'UMP, mes chers collègues, qui développaient exactement les mêmes arguments que M. Barbier. Certes, c'est toujours mieux d'être dans un esprit de dialogue et d'éducation avec ses enfants, mais il y a des familles où ce n'est pas possible. Madame Poletti, je vous remercie pour la teneur de vos propos. Heureusement qu'il y a quelques femmes à l'UMP pour éclairer leurs collègues masculins. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP. – Sourires sur les bancs du groupe SRC.*) Les grossesses non désirées, notamment celles des très jeunes filles, qui conduisent à l'IVG,...

Mme Joëlle Huillier. Voire au suicide!

Mme Sylviane Bulteau. ...c'est un drame. L'IVG, il faut rappeler, ne relève pas du confort médical. Il faut donc aller encore plus loin dans l'accès à la contraception. Je suis désolée d'apprendre que cela ne fonctionne pas dans votre région. Peut-être faudrait-il organiser des rendez-vous entre élus des Pays de la Loire, de Champagne-Ardenne mais aussi de Poitou-Charentes. J'ai en effet oublié de dire que c'est Ségolène Royal (« Ah! » *sur les bancs du groupe UMP*) qui avait ouvert la voie s'agissant des pass santé contraception. Quand c'est bien fait et également bien financé, et mis en œuvre dans un esprit de dialogue avec les professionnels de santé, je vous assure que cela marche du feu de Dieu.

(*Le sous-amendement n° 973 est adopté.*)

(*L'amendement n° 249, sous-amendé, est adopté.*)

Article 34 (*précédemment réservé*)

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 34.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet article traite des centres de vaccination. C'est bien entendu un sujet extrêmement important. Il s'agit, selon l'exposé des motifs, de faciliter « l'accessibilité de la vaccination à l'ensemble de la population » en prévoyant aussi la prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre des centres de vaccination.

Je voudrais tout de même rappeler, pour avoir été rapporteur, il y a quelques années, d'une campagne pour la vaccination, qu'on constate de plus en plus un réel déni de la vaccination parmi notre population. On entend dans les médias qu'elle ne sert à rien ou même qu'il ne faudrait pas la pratiquer. Voilà un véritable sujet d'inquiétude. Le Haut conseil de la santé publique a cité des chiffres choquants qui montrent qu'au lieu d'atteindre un taux de pénétration vaccinale à 75 %, on en est à 40 % ou 45 % selon les cas. Ce sont des pourcentages effroyables. Cela prouve qu'au pays de

Pasteur, il y a tout de même un réel souci. Il est vrai qu'il y a des raisons ; je pense à la campagne de vaccination H1N1 qui a probablement joué un rôle désolant,...

M. Jean-Louis Roumegas. En effet!

M. Jean-Pierre Door. ...mais aussi aux contestataires, aux nombreuses associations antivaccinales, à une mauvaise médiatisation.

Je comprends donc très bien la justification de cet article. Il est important de noter qu'il y a de multiples acteurs et qu'on ne sait plus dès lors comment s'engager. À cet égard, une des propositions de la commission d'enquête sur la vaccination – dont Mme la présidente de la commission faisait partie –, c'était de créer des états généraux de la vaccination, car il faut ouvrir le débat avec la population pour tout remettre à plat. Mais, aujourd'hui, on en discute seulement à travers un article du PLFSS. Il faudra en reparler au moment de l'examen du projet de loi de santé publique. En tout cas, je propose des états généraux de la vaccination en France.

Mme Valérie Boyer. Très bonne idée!

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

M. Denis Jacquat. L'exposé des motifs mentionne que « l'accessibilité de la vaccination à l'ensemble de la population est un élément essentiel de la santé publique ». Comme Jean-Pierre Door, je suis extrêmement choqué et surpris que, dans notre pays, le ratio entre le nombre d'habitants et le nombre de personnes vaccinées diminue régulièrement. Or les vaccinations sont utiles. Jean-Pierre Door a employé à très bon escient le mot « déni ». On voit plus d'articles sur le fait qu'il ne faudrait pas se vacciner que le contraire. C'est un sujet extrêmement important et je voudrais savoir quelles mesures le Gouvernement compte-t-il prendre pour qu'il y ait des campagnes d'information sur l'utilité des vaccinations.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Je rejoins nos collègues de l'opposition sur la nécessité d'organiser des états généraux de la vaccination, mais je ne sais pas si nous serions alors d'accord sur la politique de vaccination en tant que telle, chers collègues. Je ne fais pas partie des militants anti-vaccination, bien entendu, mais il y a un problème réel, que l'on ne résoudra pas par des décisions d'autorité. Il faut vraiment un débat sur ce sujet.

Les politiques de vaccination doivent en outre être mises en œuvre après concertation et consultation de comités d'experts indépendants. La tentative malheureuse de vaccination généralisée contre la grippe H1N1 n'a pas su inspirer la confiance, et ce, ni à l'égard des pouvoirs publics ni à l'égard de la vaccination.

D'autres questions se posent, notamment quant au type de vaccin, à l'ajout d'adjuvants. Ces vaccins existent, et il faut respecter cette liberté, mais ne pas répondre à l'attente des patients en matière de transparence créée également de la suspicion. Sont également en cause les choix mêmes de la politique de vaccination. À cet égard, les recommandations relatives au vaccin Gardasil posent problème. Là aussi, ne pas débattre de façon transparente sur l'opportunité de ces campagnes de vaccination risquerait d'alimenter la suspicion. J'appelle donc aussi à des états généraux.

Concernant le dispositif proposé, tout dépend des vaccinations assurées dans les dispensaires. Il me paraît important que le médecin traitant soit toujours associé à l'acte, afin de

prodiguer des conseils, de déterminer si la vaccination est nécessaire, utile ou non selon l'âge et la fragilité de l'individu. Dans les centres de vaccination, on perd peut-être cette dimension de conseil. Je suis donc favorable à la mesure proposée, mais uniquement pour les vaccins qui sont obligatoires ou dont l'inoculation est évidente.

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

Mme Bérengère Poletti. Je voudrais joindre ma voix à celles des collègues qui viennent de s'exprimer pour plaider la cause de la vaccination et regretter un certain nombre de discours qu'on entend malheureusement dans ce pays.

C'est en grande partie aux vaccins que nous devons l'augmentation de l'espérance de vie dans les sociétés modernes.

Mme Valérie Boyer. Bien sûr !

Mme Bérengère Poletti. Grâce aux vaccins, des maladies terribles ont été éradiquées qui mettaient fin à la vie des malades et en handicapait d'autres, diminuant ainsi l'espérance de vie.

Quand on se vaccine, on se protège mais on protège également les autres.

M. Jean-Pierre Barbier. Eh oui !

Mme Bérengère Poletti. J'ai donc du mal à comprendre que certains professionnels de santé remettent en cause l'utilité du vaccin, car ce sont ces derniers qui sont en première ligne : ils doivent se vacciner aussi pour les autres.

Mme Valérie Boyer. Absolument !

Mme Bérengère Poletti. Et les discours qui ne vont pas dans ce sens me sidèrent. Sur ce sujet, notre société fait preuve de schizophrénie : d'un côté, lorsque des nouvelles maladies apparaissent – ce fut le cas pour le Sida, c'est le cas aujourd'hui pour le virus Ebola – on cherche immédiatement à trouver un vaccin, car on pense à juste titre qu'il sera une solution contre la nouvelle épidémie et, de l'autre, face aux maladies connues depuis longtemps, on prête au vaccin des maux qui ne sont pas prouvés et on caricature certaines situations.

Il me paraissait donc essentiel de faire ce plaidoyer : il faut réhabiliter le vaccin et communiquer de manière positive sur la vaccination.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je souscris tout à fait aux propos de Bérengère Poletti : nous devrions nous réjouir de vivre dans un pays où de nombreux vaccins ont été découverts et où, de surcroît, on bénéficie d'une couverture vaccinale importante.

C'est la raison pour laquelle je me permets d'inviter Mme la ministre à communiquer les chiffres de la mortalité pour les enfants n'ayant pas été vaccinés contre la rougeole, la rubéole et d'autres maladies du même type. Ceux qui tiennent des discours catastrophistes sur les vaccins ont sans doute oublié ou ne savent plus quels drames ont pu causer ces maladies ; la rougeole, la rubéole, la varicelle.

M. Christian Hutin. La variole !

Mme Valérie Boyer. C'est grâce à tous ces scientifiques et à notre système de protection sociale que ces maladies extrêmement graves ont été éradiquées et sont considérées

aujourd'hui comme bénignes. Malheureusement, la parole des anti-vaccins a autant de poids que celle des scientifiques...

Mme Bérengère Poletti. Voire plus !

Mme Valérie Boyer. ...et même plus de poids, alors que ce sont ces derniers qui ont fait la promotion des vaccins.

Madame la ministre, j'aimerais appeler votre attention sur le dossier médical. Je voudrais qu'il soit particulièrement bien renseigné pour la couverture vaccinale et que l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, mette l'accent sur l'intérêt de la vaccination. Je regrette que l'on ait abandonné il y a une vingtaine d'années le lien automatique entre la couverture vaccinale et des allocations : lorsqu'on avait un jeune enfant, l'inoculation des premiers vaccins déclenchait le versement de prestations sociales. L'abandon de ce dispositif a été une erreur pour la santé des enfants, une erreur de santé publique. Il serait temps d'y revenir, en particulier du fait de la difficulté que nous avons, paradoxalement, à appréhender les vaccins.

M. le président. Nous en venons aux amendements à l'article 34.

Je suis tout d'abord saisi de plusieurs amendements identiques, n^{os} 69, 78, 264 et 392.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 69.

M. Gilles Lurton. Nous pensons que le médecin traitant doit pouvoir centraliser toute l'information concernant son patient. Il arrive parfois que les patients se fassent vacciner dans des établissements habilités mais qui ne sont pas le lieu où ils se font habituellement soigner par leur médecin traitant. L'information doit donc pouvoir être transmise à ce dernier.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 78.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 264.

Mme Bérengère Poletti. Je souhaite simplement préciser que le médecin traitant est, ou du moins doit être le pivot de notre système de soins. Il est donc nécessaire qu'il soit informé de toute vaccination qui pourrait être mise en œuvre pour ses patients en dehors de son cabinet.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 392.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Mieux que des états généraux, une grande loi de santé publique va bientôt être présentée qui nous permettra de débattre de la vaccination et, surtout, de la renforcer là où elle peut l'être.

Vous avez posé une question sur les conséquences de la non-vaccination s'agissant de certaines pathologies, chère collègue. J'ai ici un exemple : concernant la rougeole, entre 2008 et 2012, 1 000 cas de pneumopathie, 31 cas de

complications neurologiques et 10 décès ont été recensés. On se souvient de ce qui s'est passé en Europe du Nord lorsque la couverture vaccinale collective a commencé à passer sous le seuil critique.

En effet, si un enfant n'est pas vacciné aujourd'hui mais que les enfants autour de lui le sont, il bénéficie d'une protection résiduelle. En revanche, lorsque la couverture globale collective descend sous le seuil critique, la santé de chaque enfant peut être mise en danger.

Mme Bérengère Poletti. Bien sûr !

M. Olivier Véran., rapporteur. Il faut donc qu'il y ait une réflexion sur ce sujet, ainsi que sur les adjuvants et les liens d'intérêt, qui peuvent susciter l'inquiétude. Je me félicite que sur tous les bancs de cette assemblée les parlementaires soient plutôt favorables à aller de l'avant sur ces questions et à aborder sans tabou le sujet de la vaccination, car il y va de la santé de nos enfants.

Mme Valérie Boyer. D'où l'intérêt de renforcer l'industrie pharmaceutique !

M. Olivier Véran., rapporteur. Quant aux amendements identiques, ils ont reçu un avis défavorable de la commission. Nous convenons évidemment de la nécessité d'informer le médecin traitant de l'état vaccinal de ses patients. Toutefois, et j'avancerai ici le même argument qu'en commission, certains patients se rendent dans les centres de santé précisément parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant, ou en raison de difficultés financières ou d'accès aux soins.

Mme Valérie Boyer. Non, c'est faux !

M. Olivier Véran., rapporteur. Vous créeriez donc une inégalité en introduisant l'obligation d'informer le médecin traitant.

Par ailleurs, concernant les moyens d'informer le médecin généraliste après une vaccination en centre, il est possible d'envoyer une lettre d'information – c'est l'option la plus courante – et il sera bientôt possible de centraliser ces données dans le dossier médical personnel. Ainsi que vous l'avez justement défendu, il faudra évidemment donner toute sa place à la vaccination dans les dispositions relatives au DMP, qui seront examinées lors de la discussion du futur projet de loi sur la santé.

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Avec cet article, nous souhaitons multiplier les possibilités pour les Français de se faire vacciner. Nous proposons à cette fin de garantir le financement, la gratuité des soins prodigués dans les centres de vaccination par une prise en charge de l'assurance maladie.

Faut-il assurer un lien avec le médecin traitant, comme vous le demandez dans ces amendements ? Oui, bien entendu, et c'est bien l'enjeu de cette mesure. Cependant, une telle disposition se rapporte au parcours de soins et doit donc être examinée, le cas échéant, dans le cadre du futur projet de loi sur la santé. N'ayant aucun impact financier, elle n'a pas sa place dans un projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Je tiens à dire que l'enjeu de la vaccination est un enjeu majeur, notamment parce que depuis quelques années, dans notre pays, pour des raisons multiples – certaines ont été

mentionnées –, la couverture vaccinale diminue. Vous avez évoqué la rougeole ; dix décès au moins ont été constatés ces dernières années.

Puisque nous sommes dans une période où l'on appelle les personnes fragiles à se vacciner contre la grippe, je veux vous faire part de ma préoccupation à ce sujet. Les personnes fragiles, ce sont les plus de soixante-cinq ans, les femmes enceintes, les personnes malades. En 2008, 65 % des personnes de plus de soixante-cinq ans se faisaient vacciner contre la grippe ; elles ne sont plus que 52 % aujourd'hui. Je lance donc un appel solennel : il faut se faire vacciner contre la grippe lorsqu'on est une personne à risque, une personne fragile.

Mme Valérie Boyer et M. Denis Jacquat. Très bien !

Mme Marisol Touraine., ministre. Pour les autres, c'est un choix individuel, comme pour toute autre vaccination. Concernant la grippe, la vaccination est recommandée pour les plus de soixante-cinq ans ; il est important que cette recommandation soit suivie. En outre, je ne peux que relayer l'observation qui a été faite voilà quelques instants : j'appelle aussi les personnels de santé à se faire vacciner et à montrer l'exemple,...

Mme Bérengère Poletti et Mme Valérie Boyer. Mais oui !

Mme Marisol Touraine., ministre. ... ce qui est nécessaire si nous voulons que la vaccination progresse, car ce sont ces derniers qui sont au contact des personnes malades.

Il est important que nous nous mobilisions pour la vaccination. Tel est le sens de cet article. L'amendement proposé, qui est intéressant, est déjà satisfait par les mesures que nous entendons mettre en place. L'avis du Gouvernement est donc défavorable : d'une part, l'enjeu se rapporte à la coordination du parcours de soins, ce qui relève d'une loi de santé, et, d'autre part, rien dans les dispositions que nous proposons ne va à l'encontre de l'information du médecin traitant.

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

M. Jean-Pierre Barbier. La vaccination est en effet un enjeu important pour notre pays et une meilleure information est nécessaire. La multiplication des centres de vaccination est de ce point de vue importante. Vous prévoyez d'ailleurs d'inscrire dans le futur projet de loi de santé la possibilité de se faire vacciner dans les officines ; tout cela sera débattu.

J'aimerais revenir sur les moyens d'information. Il est question de s'appuyer sur le dossier médical personnel, qui a été évoqué par Olivier Véran, mais cet outil ne fonctionne pas ou très difficilement. En revanche, le dossier pharmaceutique, rempli dans toutes les officines, fonctionne bien.

M. Dominique Tian. C'est vrai !

M. Jean-Pierre Barbier. Tout est mis à jour sur la carte Vitale. Je ne comprends pas que cette piste ne soit pas étudiée, car c'est un dispositif qui pourrait s'étendre très facilement à l'ensemble des professionnels. Pourquoi cette option n'est-elle à aucun moment envisagée ? Vous le ferez peut-être dans le futur projet de loi sur la santé ; ce serait en tout cas une avancée intéressante et, qui plus est, fort peu coûteuse, car tout est déjà en place.

Mme Claude Greff. Très bien ! Très bonne remarque !

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

M. Gilles Lurton. Je n'ai rien à ajouter aux propos de mon collègue Jean-Pierre Barbier, monsieur le président.

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

M. Denis Jacquat. Mme la ministre a parfaitement raison.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Notre collègue Jean-Pierre Barbier a déjà en partie exprimé ce que je voulais dire. Il faudrait en effet faire en sorte que le dossier pharmaceutique puisse contenir des informations sur les vaccins, puisqu'il est renseigné dans la carte Vitale; j'avais déjà évoqué ce point tout à l'heure, je souhaitais le préciser.

Je souhaiterais en outre pour ma part qu'on réfléchisse à la mise en place de mesures incitatives beaucoup plus fortes à la vaccination. Tout à l'heure j'ai fait allusion au dispositif qui avait été supprimé il y a vingt-cinq ans face à la pression des anti-vaccins, un abandon tout à fait dommageable sur le plan de la santé publique, notamment pour les plus démunis. En effet, cela concerne non seulement la vaccination des jeunes enfants mais aussi les vaccins et rappels qui doivent être faits plus tard et jusque dans la vie adulte, et dont on perd la trace parce qu'on n'utilise plus notre carnet de santé sous format papier.

Il est par conséquent tout à fait nécessaire que le dossier médical personnel permette un suivi de la vaccination et, parallèlement, que des mesures incitatives fortes soient prises pour faire en sorte que les Français se vaccinent, en particulier pour les rappels. C'est là une cause de santé publique majeure qu'il conviendra de défendre ardemment.

Enfin, nous avons besoin pour cela d'une industrie pharmaceutique forte; c'est pourquoi nous l'avons défendue hier.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Monsieur Barbier, il est vrai qu'avec le dossier pharmaceutique, les pharmaciens, sous l'impulsion de leur ordre, ont réussi à mettre en place un très bel outil, que quasiment toutes les officines utilisent. Aujourd'hui, aux termes de la loi, les médecins ne peuvent accéder en consultation libre au dossier pharmaceutique. En revanche, une expérimentation en cours, dans certains centres hospitaliers notamment, montre un retour très positif de la part d'anesthésistes-réanimateurs, d'urgentistes, d'addictologues – qui trouvent fort intéressant d'accéder à la liste des médicaments achetés et consommés par leur patient.

Cette question peut évoluer. Les pharmaciens eux-mêmes sont disposés, sous certaines conditions qu'il leur faudra discuter avec les médecins, à laisser un accès au dossier et un droit de regard, avec, pourquoi pas, une co-construction qui comprenne des commentateurs. L'expérimentation est en cours. La commission, qui a débattu de cette question, n'a pas retenu d'amendements.

(Les amendements n^{os} 69, 78, 264 et 392, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

(L'article 34 est adopté.)

Article 35 (précédemment réservé)

M. le président. Plusieurs députés sont inscrits sur l'article. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. L'article 35, qui prend en considération des acteurs essentiels de la démocratie en santé, fera progresser la situation dans notre pays. En assurant leur présence dans les instances décisionnelles et consultatives du système de santé, nous contribuons à l'amélioration de la qualité de celui-ci et veillons au respect des droits des personnes.

De récents sondages ont mis en lumière une méconnaissance de ces droits: 44 % des personnes sondées pensent encore qu'il faut demander l'autorisation de son médecin pour accéder à son dossier médical, et 66 % ne savent pas à qui s'adresser en cas de problème dans leur prise en charge.

Plus de dix ans après la loi de 2002, cette mesure constitue une avancée importante en matière de démocratie en santé, l'un des axes privilégiés de la stratégie nationale de santé. Elle permet d'ouvrir davantage les lieux de décision aux personnes concernées et, en pérennisant le financement des associations et organismes, elle conforte cette avancée en matière de droits.

Cet article s'inscrit dans le droit fil des préconisations des lois qui font référence en matière de droit et de participation des personnes; il répond aux objectifs poursuivis par les conventions internationales et aux préconisations du défenseur des droits. Enfin, il pose les bases de la future loi de santé, qui inaugure une nouvelle étape, celle de la co-construction et de la gouvernance partagée.

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

M. Denis Jacquat. Cet article promeut la démocratie sanitaire, à laquelle je suis très favorable. Il est précisé que son financement appelle des solutions nouvelles. Or je me souviens qu'en 1982, Jack Ralite, alors ministre de la santé, avait mis en place les comités locaux de promotion de la santé – une ligne financière indépendante au niveau national; j'en étais responsable pour le département de la Meurthe-et-Moselle ainsi qu'au niveau régional, et je peux dire que cela fonctionnait très bien. Toutes les associations étaient associées à la réflexion. Avant de mettre en place des « solutions nouvelles », nous pourrions nous inspirer de ce qui a existé et a été efficace.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Les associations voient leur rôle reconnu et cela va dans le bon sens. Mais la démocratie sanitaire, c'est davantage que la représentation des associations dans des instances décisionnelles ou consultatives. Aujourd'hui, nous sommes parvenus à une véritable participation: ainsi, les guides de bonnes pratiques rédigés par les associations de patients ou de proches deviennent des outils dont s'emparent les professionnels. Il s'agit bien, si j'ose dire, d'une démocratie participative. Il convient de reconnaître cette évolution et d'inciter les professionnels à la prendre en compte.

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

M. Bernard Accoyer. Cet article soulève plusieurs questions. Bien entendu, on ne peut qu'être favorable à un dialogue le plus constructif possible. Mais ce n'est pas une raison pour

méconnaître ce qui fonctionne déjà, est perfectible, et surtout, pourrait justifier un financement public : les élus et les syndicats professionnels, dont l'engagement est totalement bénévole et qui sont financés par les professionnels eux-mêmes, lesquels voient leurs émoluments bloqués depuis de nombreuses années.

Le coût de cet article est estimé entre 3 et 5 millions d'euros. Cette somme considérable ne devrait-elle pas, en partie ou en totalité, être destinée aux syndicats professionnels ?

Alors que l'État et la CNAMTS connaissent de graves déficits, ces subventions – car ce sont bien des subventions – conduiront à une sorte d'institutionnalisation des associations, lesquelles engageront des permanents. Nous souffrons en France d'un mal qui, en quarante ans, s'est généralisé : une suradministration, une surorganisation, un surcoût, au nom de l'amélioration du système. C'est pourquoi nous sommes défavorables à cet article.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je partage les propos de M. Accoyer. Dans tous les domaines, et dans celui de la santé en particulier – et Dieu sait s'il est complexe –, on surajoute des couches sous couvert de concertation. Mais on ne fait qu'opacifier le système et le rendre de plus en plus illisible.

Le défenseur des droits, par exemple, peut permettre de gérer certains conflits. Les syndicats, les ordres professionnels remplissent ce rôle. Les associations de malades n'ont pas vocation à ponctionner encore plusieurs millions d'euros. Leur travail est certes très important, mais a-t-on besoin de créer encore quelque chose, de l'institutionnaliser et de le financer, ce qui crée ensuite de nouvelles obligations ?

À force de vouloir aller vers ce qu'on appelle improprement la démocratie participative, on rend le système antidémocratique, de plus en plus administratif ; on crée des affidés qui se trouveront dans des filières d'emploi que l'on ne pourra plus supprimer, avec obligation de se concerter. C'est l'inverse de la démocratie. La démocratie fonctionne avec des élections ;

Mme Jacqueline Fraysse. Pas seulement.

Mme Valérie Boyer. Le système associatif ne repose pas sur l'élection. Créer, aux côtés des syndicats, du Parlement ou du défenseur des droits, un autre pouvoir me semble redondant, surtout en cette période de crise. C'est de clarté que nous avons besoin, pas de complexité supplémentaire !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement de suppression n° 394.

M. Dominique Tian. L'article 35 ouvre la possibilité à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, de financer des associations ou des organismes. Cette mesure entraînerait une dépense nouvelle pour l'assurance maladie, gravement déficitaire. Par ailleurs, il semble anormal de confier à l'assurance maladie une mission de promotion de la démocratie sanitaire, qui relève par nature des compétences et du périmètre d'action de l'État.

Enfin, un tel financement supposerait de revoir au préalable la question de la gouvernance de la CNAMTS. En effet, un certain nombre d'associations de promotion de la démocratie sanitaire siègent à son conseil. L'introduction d'un financement de ces associations par la CNAMTS poserait la question évidente des conflits d'intérêts au sein de

l'organisme. Comment peut-on financer des associations, chargées elles-mêmes de gérer la caisse ? Cela n'est pas juridiquement acceptable. C'est pourquoi nous proposons la suppression de l'article 35.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je note, monsieur Tian, que ce qui vous étonne à propos de la CNAMTS ne vous étonne pas à propos de la CAF et de l'UNAF. Cet article porte sur le fléchage d'une recette, non sur la création d'une dépense nouvelle. Un précédent PLFSS a permis à la CNAMTS de participer au financement d'associations qui œuvrent pour la démocratie sanitaire dans les territoires *via* le fonds d'intervention régional, le FIR. Il s'agit de flécher une partie de ce financement vers les associations nationales. Je ne reviens pas sur les arguments relatifs aux conflits d'intérêts, qui me semblent plus qu'exagérés. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je voudrais insister sur les conflits d'intérêts, mais surtout sur la confusion des genres. On va proposer à des associations que l'on connaît parce que l'on travaille avec elles, d'être partie prenante. C'est totalement artificiel. En outre, on rajoute des niveaux de consultation. Au lieu d'apporter de la liberté, ce qui est le propre du système associatif, on crée des carcans, de l'opacité et des obligations, ce qui est totalement antidémocratique.

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

M. Bernard Accoyer. Je voudrais souligner les difficultés qu'une telle mesure soulèvera. Pour commencer, un problème d'arbitrage se posera : quelles associations seront subventionnées ? Choisissez-vous une association de diabétiques, de malades souffrant de sclérose en plaques ou de sclérose latérale amyotrophique ? Ou opterez-vous pour l'association des personnes souffrant de phobie administrative ? (*Sourires.*)

Derrière les associations, il peut y avoir des manipulations de la part de laboratoires, de groupements d'intérêts, d'entreprises, ce qui pose la question des conflits d'intérêts. Franchement, madame la ministre, vous devez être très prudente sur ce genre de décisions, d'autant que, bien que vous affirmiez le contraire, vous n'avez pas les moyens financiers de payer tout cela. Le mal dont la France souffre aujourd'hui, c'est l'endettement, qui pèsera sur les générations à venir, et vous l'aggravez encore.

M. Michel Issindou. C'est vous qui avez creusé le déficit ! Nous essayons de le résorber.

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

M. Dominique Tian. La question du conflit d'intérêts n'est pas anodine car il est évident que le risque existe. Vous donnez à la Sécurité sociale le pouvoir de subventionner ou non une association chargée de contrôler sa gestion. Si ce n'est pas un conflit d'intérêts, c'est en tout cas un vrai souci. De surcroît, cet argent serait intégré dans le périmètre du septième sous-objectif de l'ONDAM. Or, l'ONDAM a-t-il vocation à financer ce type d'association ? Jusqu'à présent, tout fonctionnait normalement. Qu'est-ce que cet achat d'associations grâce à des fonds d'un organisme qu'elles sont chargées de contrôler ?

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. Cet article va dans le bon sens. Souvenez-vous de ce cas qui s'était présenté il y a trois ans environ : nous devons tout faire pour assurer l'indépendance des associations de patients.

M. Dominique Tian. Nous sommes d'accord.

Mme Catherine Lemorton., présidente de la commission des affaires sociales. Je comprends bien les problèmes que vous soulevez, mais voyez les difficultés auxquelles est confrontée régulièrement la Haute autorité de santé lorsqu'elle doit réévaluer les médicaments. Avant même de rendre son avis, elle subit les pressions d'associations financées par les industries pharmaceutiques qui commercialisent ce produit et se servent de ces associations comme boucliers pour monter au créneau. Ce fut le cas quand la Haute autorité a voulu réévaluer l'hormone de croissance et juger de la pertinence de certaines prescriptions. Il est bon que ces associations soient financées par d'autres sources que par ces industries pharmaceutiques, car cela a pu gêner le travail de la Haute autorité de santé.

M. Dominique Tian. C'est certain.

Mme Catherine Lemorton., présidente de la commission des affaires sociales. Il est normal que des personnes atteintes de maladies graves ou chroniques, difficiles à supporter, éprouvent le besoin de se réunir pour en parler et il est regrettable que des industriels exploitent leurs peurs pour défendre leurs intérêts.

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

M. Dominique Tian. Pourquoi donc faudrait-il payer les associations pour qu'elles existent ? Heureusement que nous ne devons pas toutes les financer ! Quoi de plus normal pour des personnes unies par un intérêt commun de se regrouper ? Des millions d'associations existent : pourquoi faudrait-il toujours payer ? C'est vrai, la pratique des laboratoires est très contestable, voire insupportable, mais est-ce pour autant le rôle de la Sécurité sociale de financer ces associations ? Pourquoi les personnes ne pourraient-elles pas s'y investir gratuitement, simplement mues par la volonté de défendre une cause à laquelle elles sont attachées ?

(L'amendement n° 394 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 163.

M. Olivier Véran., rapporteur. Cet amendement, adopté en commission, permet de flécher le financement des associations vers les organismes qui œuvrent pour la démocratie sanitaire et qui sont bien identifiés, en particulier le Collectif interassociatif sur la santé, le CISS et d'autres associations, dont le travail est reconnu au niveau national ou l'institut des patients *via* l'école des hautes études en santé publique.

Dans un contexte budgétaire contraint, il convient de concentrer le financement sur les structures qui mènent une action reconnue dans le domaine de la démocratie sanitaire.

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Avis favorable.

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

M. Jean-Pierre Barbier. C'est vrai, la question du financement de ces associations se pose. Nous y avons déjà réfléchi et nous continuerons à le faire. Vous nous expliquez qu'il convient de verser des sommes à ces associations pour assurer leur existence. Or, ces sommes sont loin d'être négligeables alors que nous cherchons justement à faire des économies.

Par ailleurs, dès lors que l'État finance ces associations, aurons-nous un droit de regard sur leur gestion et leurs résultats ?

Mme Jacqueline Fraysse. Evidemment ! C'est prévu dans la loi.

M. Jean-Pierre Barbier. Nous distribuons aujourd'hui beaucoup d'argent à des associations sans pour autant savoir ce qu'elles en font.

M. Olivier Véran., rapporteur. Le contrôle sera plus facile.

M. Jean-Pierre Barbier. Financer des associations est déjà en soi contestable, qu'au moins le contrôle sur leur action soit effectif et efficace.

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

M. Bernard Accoyer. Je remarque, à la lecture de cet amendement, qu'il est réservé un sort privilégié à l'école des hautes études en santé publique. De quelle école s'agit-il ? Nous supposons que vous faites référence à celle de Rennes. Peut-être suis-je en train de me tromper mais il me semble que vous préférez le subventionnement d'un certain nombre d'associations qui auraient reçu un *imprimatur* ou bénéficieraient d'une recommandation. Nous avons besoin d'explications pour comprendre cet amendement qui tend à distribuer de l'argent public alors qu'il n'y en a plus, à accorder des subventions financées par la dette. Votre politique est contraire à celle que nous menons dans nos collectivités locales car nous n'avons plus les moyens d'augmenter les subventions. Nous devons au contraire les diminuer quand nous ne sommes pas contraints de les supprimer !

Nous avons absolument besoin d'être éclairés !

Mme Valérie Boyer. Très bien !

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

M. Dominique Tian. M. Véran a ri de nous tout à l'heure mais nous voici dans le vif du sujet. Vous avez déjà fléché les associations que la Sécurité sociale pourra subventionner. C'est extraordinaire !

Mme Valérie Boyer. Dans la loi !

M. Dominique Tian. Est-ce à la Sécurité sociale d'aider financièrement l'école de santé de Rennes, qui sert à former les futurs cadres de la Sécurité sociale ?

Mme Valérie Boyer. Non : les cadres de l'hôpital.

M. Dominique Tian. C'est vrai, mais également les cadres de la Sécurité sociale par le jeu des passerelles. En tout état de cause, la formation des futurs directeurs d'hôpitaux n'a pas à être financée par la Sécurité sociale. Par ailleurs, est-ce bien à l'Assemblée nationale de déterminer qui sera subventionné ? Une telle disposition ne passerait pas le cap du tribunal administratif !

Monsieur Véran, ne nous traitez pas aussi à la légère si c'est pour, ensuite, oser écrire des choses pareilles, ou du moins lire ce que l'on vous a demandé de rapporter aujourd'hui.

Mme Valérie Boyer. Cette disposition ne relève-t-elle pas du domaine réglementaire ?

M. Dominique Tian. Eh oui, c'est une loi bavarde.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Je regrette que l'opposition emploie de tels propos et procède ainsi par amalgames.

M. Bernard Accoyer. Vous parlez en spécialiste !

M. Jean-Louis Roumegas. Comment pouvez-vous prétendre que nous allons « payer » les associations ? Il ne s'agit pas de payer mais de subventionner des réseaux associatifs. Considérez-vous que les associations que vous subventionnez dans vos communes sont achetées ? C'est le terme que vous avez employé et il est à la limite de l'insulte.

M. Bernard Accoyer. Nous n'avons pas dit cela !

M. Olivier Véran, rapporteur. Si !

M. Jean-Louis Roumegas. M. Tian a employé les termes de « payer » et d'« acheter ». Je connais les associations d'usagers dont il est question ici. Le CISS est indépendant et n'a plus à le prouver. Il n'a pas hésité à publier des communiqués pour critiquer la politique du Gouvernement en matière de financement de la Sécurité sociale.

La démocratie sanitaire a un coût. Si vous refusez ce principe, vous ne lui laissez pas la possibilité de s'exercer. Nous ne pouvons pas vous suivre dans cette voie même si, c'est vrai, des questions se posent. Nous devons au contraire soutenir un secteur essentiel qui permet d'améliorer le système de soins grâce à son expertise extérieure. Nous devons reconnaître ce travail. Tous les pays procèdent de cette manière mais vous êtes rétrogrades.

(L'amendement n° 163 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 393.

M. Dominique Tian. Monsieur Roumegas, ne dites pas des choses pareilles : je n'ai pas dit que les personnes étaient achetées, j'ai simplement parlé des associations que la Sécurité sociale souhaiterait acheter.

Cela étant, la présidente de la commission des affaires sociales a tenu des propos infiniment plus graves que moi en affirmant que les associations étaient financées par des laboratoires pharmaceutiques. Ciblez mieux vos critiques, monsieur Roumegas. Je maintiens mes déclarations : le financement de l'école de Rennes n'a rien à faire dans ce budget. Enfin, monsieur Roumegas, heureusement pour nous qu'un certain nombre d'associations ne perçoit aucune subvention. Nous ne sommes pas toujours obligés de payer, il existe des personnes qui s'investissent bénévolement. Assurer l'indépendance des associations à l'égard des subventions est d'ailleurs une façon de permettre l'exercice de la démocratie.

Quant à mon amendement, il tend à ce que soit rendue publique chaque année la liste des montants accordés aux différentes associations bénéficiaires de ce financement. C'est un minimum et je pense que vous allez l'adopter dans quelques instants.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. L'exigence de M. Tian est déjà satisfaite puisque cette mesure figure dans le texte. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je ne comprends pas comment l'on peut inscrire dans un texte de loi que la Sécurité sociale subventionne l'école de Rennes. Cette mesure totalement inédite a été votée, mais j'aimerais tout de même obtenir des explications. J'aurais pu, à la rigueur, admettre que vous financiez l'école nationale supérieure de Sécurité sociale, mais je ne vois pas le rapport avec l'école de Rennes qui forme les futurs directeurs d'hôpitaux. À quoi cette mesure rime-t-elle ? Nous nous occupons du budget de la Sécurité sociale, pas de celui de l'État ! En quoi participons-nous à la démocratie en subventionnant des associations par le déficit ?

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je l'avais dit tout à l'heure, je vous le répète : ce n'est pas l'école en elle-même qui sera financée mais l'Institut des patients, dont le subventionnement avait déjà été fléché.

Mme Valérie Boyer. Mais qu'est-ce que c'est que cet Institut ? Quel est son programme ?

(L'amendement n° 393 n'est pas adopté.)

(L'article 35, amendé, est adopté.)

Article 36 **(précédemment réservé)**

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

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article vise à instaurer en faveur des établissements de santé des incitations financières pour améliorer la sécurité et la qualité des soins, ce qui est, a priori, une bonne idée. Je voudrais simplement appeler l'attention de tous sur les questions soulevées par les objectifs poursuivis et les indicateurs retenus.

Dans un article intitulé « Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de santé publique ? », Brigitte Dormont, économiste de la santé, revient sur les travaux de notre nouveau prix Nobel d'économie, Jean Tirole, pour qui le paiement à la performance peut avoir des effets négatifs. D'une part, il peut nuire aux motivations des médecins qui, fort heureusement, n'ont pas attendu les recommandations ministérielles pour faire correctement leur travail et voir dans les primes reçues une sorte de corruption de leur idéal.

D'autre part, la définition trop stricte de certaines obligations peut inciter les médecins à concentrer leurs efforts sur les activités valorisées par les indicateurs au détriment de celles qui ne le sont pas.

M. Jean-Pierre Barbier. C'est vrai.

Mme Jacqueline Fraysse. Il conclut que ces indicateurs, s'ils sont bien encadrés, peuvent présenter une certaine utilité, mais à condition de rendre compte de processus plutôt que de résultats et de privilégier plusieurs petits objectifs plutôt qu'un seul trop ambitieux.

Ces observations de la part de personnes très compétentes méritent que nous y prêtions attention.

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

M. Bernard Accoyer. Une fois n'est pas coutume, je partage les réflexions de Mme Fraysse. Cet article soulève en effet de graves problèmes : quels seront les indicateurs retenus ? De quelle manière sera-t-il tenu compte des différences de recrutement des établissements ? En effet, il n'y en a pas deux qui ont le même recrutement.

La mise en place de ce genre de dispositifs coûte très cher et, *in fine*, est souvent abandonnée au bout de quelques années parce qu'il ne fonctionne pas.

En outre, j'observe que cet article mêle des carottes – les dotations pourront être améliorées en fonction de la qualité – et des bâtons, prenant la forme de pénalités financières en cas de mauvais résultats. C'est vraiment l'art de se compliquer la vie : il suffit de définir un seul curseur. Je ne comprends pas pourquoi vous en ajoutez un deuxième. Globalement, c'est un article qui pose énormément de problèmes quant aux arbitrages qui devront être rendus.

Enfin, je voudrais à mon tour demander au rapporteur des détails sur l'École des hautes études des patients. Madame la présidente de la commission des affaires sociales, qui est une nouvelle fois absente de son banc (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC*), pourrait être bien inspirée d'éclairer la commission – qu'elle préside avec autorité, fermeté et parfois avec une certaine discrimination...

M. Jean-Pierre Barbier. Négative !

M. Bernard Accoyer. ...à l'égard de certains de ses membres – sur ce qu'est cette École des hautes études des patients.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff.

Mme Claude Greff. J'ai souhaité intervenir au moment où nous allions aborder les thèmes du renforcement de la qualité et de la proximité du système de soins. Je voudrais dire combien je suis attachée à l'hôpital public, tout en ayant conscience que les cliniques et les hôpitaux privés exercent depuis longtemps des missions de service public.

En l'occurrence, plusieurs difficultés doivent être mises en lumière. Nous nous trouvons face à un système profondément inéquitable : entre les établissements publics, d'abord, dans la mesure où les montants des tarifs journaliers de prestation, discrétionnaires, sont appliqués après validation des agences régionales de santé, et, partant, diffèrent considérablement selon les structures ; envers les établissements privés, ensuite, dans la mesure où ces derniers ne disposent pas de la liberté tarifaire ; à l'égard des patients, enfin, face à l'importance des restes à charge engendrés par ce système.

Je dois rappeler que les hôpitaux et cliniques privés constituent un secteur d'excellence : 95 % des établissements privés de santé sont certifiés par la Haute autorité de santé et 47 % d'entre eux sont certifiés sans recommandations ; avec seulement 25 % des capacités hospitalières, l'hospitalisation privée assure tout de même 34 % de l'activité ; de surcroît, elle n'absorbe que 17 % des dépenses de l'assurance maladie.

Or, ce système concerne chaque année 8,5 millions de patients, 157 000 salariés et 42 000 médecins. Un accouchement sur quatre, soit 220 000 naissances, a lieu également dans le privé. Près d'un patient atteint d'un cancer sur deux y est hospitalisé. Près d'un tiers des soins de suite et de réadaptation relève également du privé. Or, à en juger par le projet de loi, l'hôpital et la clinique privés vont subir des attaques très importantes.

Nous sommes évidemment d'accord sur le principe de l'amélioration des pratiques en établissement de santé et de la pertinence de ces soins, mais, plus généralement, madame la ministre, quelles sont vos propositions pour que le service public puisse apporter un meilleur service aux patients à un moindre coût ? Si, sur le principe, tout cela est fait, les médecins, libres de leurs prescriptions, seront-ils inclus dans les évaluations que vous nous proposez ?

M. le président. Nous en venons à l'examen des amendements.

Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n^{os} 79, 97, 265 et 395.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 79.

M. Jean-Pierre Door. L'article 36 met en place une dotation complémentaire – c'est-à-dire un financement supplémentaire – au profit des établissements de santé, dont le montant sera déterminé sur la base d'indicateurs relatifs à la qualité et la sécurité des soins. On en a évoqué trois, portant sur les risques infectieux, les risques médicamenteux et, éventuellement, le taux de réhospitalisation. Vous procédez à une expérimentation jusqu'à la fin de l'année prochaine dans plus de 200 établissements – et non pas 100, comme prévu initialement –, ce qui aura un coût.

Ces incitations financières ne sont pas inintéressantes, puisqu'elles seront fonction des efforts qualitatifs accomplis par les établissements. Mais, comme l'a rappelé Bernard Accoyer, la carotte côtoie le bâton, à savoir les pénalités financières. Plus généralement, ce dispositif est animé par une logique qui lui est propre, même si d'aucuns pourront estimer qu'il en est absolument dépourvu.

Nos amendements visent à ce que les valeurs limite des indicateurs nationaux soient élaborées en concertation, pas uniquement avec les ARS, mais également avec les représentants nationaux des conférences médicales d'établissement – les CME – et les conseils nationaux professionnels, afin de parvenir à un véritable dialogue et une réelle concertation avec les professionnels de santé hospitaliers.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n^o 97.

M. Bernard Accoyer. Les risques qu'entraîne ce dispositif tiennent à la nature des indicateurs et aux coefficients qui leur seront associés. Ces amendements identiques sont des amendements de repli. Si le dispositif est instauré, il est indispensable que les indicateurs soient élaborés, dès l'amont, en concertation avec les fédérations hospitalières, publiques comme privées, mais également avec les représentants des conférences médicales d'établissement et les syndicats professionnels des différentes professions de santé. C'est une exigence qui nous préservera de l'arbitraire.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 265.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 395.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran., rapporteur. Avis défavorable. On avait déjà évoqué, me semble-t-il, la confusion pouvant naître entre les deux parties de cet article. Il s'agit en effet, en l'occurrence, d'indicateurs généralisés, qui ont déjà été expérimentés et existent donc aujourd'hui : j'évoquerai, entre autres exemples, la tenue du dossier anesthésique, la tenue du dossier du patient ou les pratiques exigibles prioritaires. Ces indicateurs ont évidemment été élaborés en concertation avec les fédérations hospitalières et la Haute autorité de santé ; il serait même question d'y inclure les CME.

La concertation ayant eu lieu sur ces indicateurs existants, je vous demande de retirer vos amendements, faute de quoi j'émettrai 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. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Je suis un peu surpris par cette volonté de réduire la place de la concertation, à quelque niveau que ce soit. Quand bien même des indicateurs ont été fixés, une discussion pourrait utilement être engagée, chaque année, pour chaque établissement, en fonction de son périmètre.

M. Olivier Véran., rapporteur. C'est le cas !

M. Jean-Pierre Barbier. On parlait tout à l'heure de démocratie : c'est exactement ce que nous demandons.

Pourquoi demandons-nous cela ? Parce que – je le dis avec toutes les précautions de langage nécessaires, pour ne pas mettre en cause l'excellent travail des ARS – le projet de loi entend conférer des pouvoirs exorbitants à ces dernières, qui vont devenir de véritables préfets de région sanitaires.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est la conséquence de la loi HPST !

M. Jean-Pierre Barbier. Même s'ils le sont déjà en partie, vous confortez leurs pouvoirs. Cela peut être une bonne idée, mais il faut veiller à ne pas aller trop loin dans cette voie, car un pouvoir nécessite toujours un contre-pouvoir pour prévenir les abus. C'est pourquoi nous insistons sur l'importance de cet amendement.

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

M. Dominique Tian. Pour compléter ce qui a été dit, je rappelle que l'alinéa 10 dispose qu'en cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité limitée à 1 % des produits versés par l'assurance maladie. Or, l'application de ce taux de 1 % peut aboutir à un montant élevé. Je partage donc l'avis de notre collègue Jean-Pierre Barbier.

(Les amendements identiques n° 79, 97, 265 et 395 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 245, 273, 304 et 396.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 245.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 273.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 304.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 396.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(Les amendements identiques n° 245, 273, 304 et 396, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 641.

M. Stéphane Claireaux. L'article 36 du PLFSS pour 2015, relatif à la prise en compte de la qualité dans le fonctionnement et le financement des établissements de santé, omet, de manière étonnante, de citer la Haute autorité de santé, dont la mission est précisément de contribuer à la régulation du système de santé par l'amélioration de la qualité en santé.

Cet amendement vise donc à ce que soient pris en compte, dans cet article 36, tant les missions de la Haute autorité de santé que l'avis des fédérations hospitalières représentatives sur les conditions de construction d'une représentation statistique de la qualité des établissements de santé.

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

M. Olivier Véran., rapporteur. Monsieur le député, comme je l'ai dit tout à l'heure au sujet d'autres amendements, la concertation a lieu et intègre les fédérations. Pour ces raisons, la commission a donc émis un avis défavorable sur votre amendement, que je vous invite à retirer si ces explications vous ont convaincu. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Même avis.

(L'amendement n° 641 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 53, 86, 397 et 490.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 53.

Mme Valérie Boyer. Le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé est inutile puisque son contenu est déjà intégré au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – le CPOM. En effet, ce dernier, qui est signé par chaque établissement de santé avec l'agence régionale de santé, définit déjà des objectifs en matière de qualité et de sécurité de soins et comporte des engagements d'amélioration

de la qualité et de la sécurité des soins. Ces contrats intègrent par ailleurs des objectifs en matière de maîtrise médicalisée des dépenses et d'évolution d'amélioration des pratiques.

Il est en outre surprenant d'annexer le contrat d'amélioration des pratiques au CPOM, qui comporte les mêmes objectifs. C'est donc redondant. Par ailleurs, l'article 36 du PLFSS, en contradiction avec le principe d'intelligibilité de la loi, institue une sanction de 1 % des ressources perçues de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie en cas de non-respect des engagements du contrat d'amélioration des pratiques, alors que le CPOM prévoit une sanction de 5 %.

De plus, les établissements de santé dispensant des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des groupes homogènes de séjours doivent signer un contrat de bon usage des médicaments, qui détermine les règles de prescription et de dispensation de ces spécialités. Le non-respect des engagements de ce contrat de bon usage se traduit par un déremboursement de 30 % des spécialités prescrites.

En conséquence, il me paraît nécessaire de supprimer ces alinéas. Le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé n'apporte aucune garantie supérieure à celles déjà prévues par le CPOM. Ce nouveau contrat constituera uniquement une formalité supplémentaire, qui entraînera un risque majeur de contradiction avec les engagements pris dans le cadre des CPOM et des contrats de bon usage, ainsi que de complexification des relations contractuelles entre les établissements de santé et les agences régionales de santé.

Aussi cet amendement vise-t-il à éviter un empilement inutile de textes identiques, si souvent décrié.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 86.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 397.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 490.

Mme Claude Greff. L'article 36 a pour objet d'accélérer, en 2015, le financement au titre de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité – l'IFAQ – avec une généralisation en 2016 pour les établissements s'engageant dans une démarche de qualité. Vous proposez un dispositif de contractualisation avec l'ARS des structures ayant de mauvais indicateurs de qualité, qu'il s'agisse d'infections nosocomiales, de risques de rupture de parcours, appréciés par le taux de réhospitalisation, ou de risques médicamenteux.

Madame la ministre, j'ai trois questions à vous poser. Comment sera prise en compte l'activité du médecin ? Comment observer le suivi du patient et déterminer la pertinence des indicateurs ? Plus généralement, pourquoi faire le choix de cette logique de sanction vis-à-vis de ces établissements ?

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. Ce n'est pas un nouveau contrat mais une annexe au CPOM. Les pénalités prévues ne peuvent se cumuler avec d'autres

pénalités définies par le CPOM. Quant au taux de 5 % qui semblait vous préoccuper, et auquel l'exposé des motifs fait référence, ce n'est pas une sanction mais un plafond de pénalité applicable au même établissement au cours d'une même année.

M. Dominique Tian. Heureusement !

M. Jean-Pierre Barbier. On est rassurés !

(Les amendements identiques n°s 53, 86, 397 et 490, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 562 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est un amendement de précision.

(L'amendement n° 562 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 918.

M. Stéphane Claireaux. Il est défendu.

(L'amendement n° 918, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques, n°s 71, 80, 98, 266 et 398.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 71.

M. Gilles Lurton. Les établissements de santé dont le niveau de qualité des soins n'est pas conforme aux référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'ARS un contrat d'amélioration des pratiques. Nous demandons que les conférences médicales d'établissement y soient associées et donnent un avis conforme avant la signature du contrat.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 80.

M. Jean-Pierre Door. Nous trouvons dans cet article la carotte mais aussi le bâton. En effet, si le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme au référentiel, le directeur général de l'hôpital signe avec l'ARS un contrat d'amélioration des pratiques. Soit, mais la CME doit être replacée au cœur de ce dispositif et pour qu'elle puisse donner un avis conforme avant la signature du contrat, elle doit être totalement informée.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 98.

M. Bernard Accoyer. Je souhaite apporter quelques précisions dont le rapporteur a omis de parler lors de la discussion d'un précédent amendement.

Faire figurer dans la loi le fait d'accorder une subvention à une école est une première. L'attribution d'une subvention à l'École de Rennes est le fruit d'une décision discrétionnaire de Mme la ministre qui, dans son discours du 19 juin 2014, annonçait le projet du Gouvernement de créer un Institut des patients et de le confier à l'École des Hautes études en santé publique.

Chers collègues de la majorité, vous venez de voter une subvention destinée au financement d'une entité qui n'est pas encore créée. À un moment où nous mettons sous conditions de ressources les allocations familiales, c'est purement et simplement scandaleux! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Claude Greff. Bravo!

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 266.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 398.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran., rapporteur. J'apprécie que l'opposition se mobilise pour donner plus de poids décisionnel aux commissions médicales d'établissement, qui avaient été malmenées dans la loi HPST.

M. Jean-Pierre Barbier. Pas du tout!

M. Olivier Véran., rapporteur. Si vous aviez prévu, dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », de demander l'avis conforme des CME sur le CPOM, vous ne seriez pas aujourd'hui en train de discuter de la nécessité de leur demander un avis conforme pour une annexe du CPOM pour lequel vous n'aviez pas souhaité qu'elles soient sollicitées.

Je ne suis pas sûr de comprendre votre logique politique, à moins que vous n'ayez évolué depuis, ce qui est tout à fait votre droit.

M. Jean-Pierre Barbier. Il n'y a que les imbéciles qui ne changent pas d'avis!

M. Olivier Véran., rapporteur. En l'occurrence, l'avis conforme n'étant pas requis pour le contrat principal, il ne saurait l'être pour une annexe du rapport. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Avis défavorable.

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

M. Bernard Accoyer. Sans prolonger nos interventions, je voudrais vous faire part de la suite d'une information que je vous livre au conditionnel: le directeur de cette école, un certain M. Laurent Chambaud, serait un ancien conseiller de Mme Marisol Touraine.

Mme Claude Greff. C'est incroyable!

M. Bernard Accoyer. J'espère, madame la ministre, que vous allez pouvoir démentir ces informations qui font le buzz.

M. Dominique Tian. Si ce n'est pas du conflit d'intérêts!

Mme Claude Greff. Faites ce que je dis, mais pas ce que je fais!

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cela suffit!

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

M. Jean-Pierre Door. Selon M. Véran, les CME auraient été malmenées dans la loi HPST. Non! À l'époque, il s'agissait de donner du pouvoir au directeur dans la gestion et l'organisation de l'hôpital...

M. Olivier Véran., rapporteur. Tout à fait!

M. Jean-Pierre Door. ...alors que les amendements que nous venons de défendre répondent à une préoccupation médicale. La qualité et la sécurité des soins relèvent de médecins ou de praticiens, et c'est le rôle de la CME. C'est pourquoi je vous demande de la rendre co-signataire des contrats d'amélioration.

(Les amendements identiques n° 71, 80, 98, 266 et 398 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 247, 274, 399 et 932.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 247.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 274.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 399.

M. Dominique Tian. Également défendu.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 932.

Mme Bérengère Poletti. Défendu.

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

M. Olivier Véran., rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine., ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n° 247, 274, 399 et 932 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les deux amendements de précision, n° 563 et 564, de M. Olivier Véran, rapporteur, sont défendus.

(Les amendements n° 563 et 564, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 164 rectifié de la commission.

M. Olivier Véran., rapporteur. Il s'agit d'inciter les établissements, dans le cadre d'une annexe au CPOM, à signer un contrat de qualité des soins en prévoyant des incitations financières à hauteur de 35 millions d'euros pour la première année et de 50 à 60 millions pour les suivantes. En retour, des pénalités à hauteur de 10 millions d'euros sont prévues pour les établissements qui refuseraient de s'inscrire dans cette démarche de qualité prévue par le contrat qui les lie à l'ARS.

Nous nous sommes interrogés en commission sur la possibilité de flécher les pénalités vers le fonds d'intervention régional, ce qui permettrait d'abonder la dotation financière destinée au contrat de qualité.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement, je ne vous le cache pas, me pose problème.

Mme Claude Greff. Il n'y a pas que cet amendement qui doit vous poser problème, il y a aussi l'affaire du financement de votre conseiller !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demande au rapporteur de bien vouloir le retirer, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable, pour deux raisons.

La première est que nous avons prévu d'affecter le montant des pénalités, que nous espérons le plus faible possible, à la généralisation du volet incitatif de la mesure afin de soutenir la démarche qualité.

La deuxième raison est qu'il y a là comme un parfum de conflit d'intérêts. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Bernard Accoyer. C'est sûr !

M. Jean-Pierre Barbier. Vous le reconnaissez !

Mme Marisol Touraine, ministre. Car si les pénalités abondent les ressources des agences régionales de santé, il sera difficile, sachant qu'elles pilotent le FIR, de leur demander d'encourager la signature de contrats car ce sera contraire à leur intérêt financier.

Ce n'est naturellement pas l'objectif du rapporteur, et les agences régionales de santé ne se positionnent pas dans une telle démarche, mais on voit bien que cela pourrait donner lieu à des interrogations, qui se posent ici même.

Mme Claude Greff. Nos interrogations sont nombreuses en effet !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demande donc au rapporteur de retirer son amendement.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis très sensible à cet argument de bon sens, auquel nous n'avions pas réellement réfléchi en commission. Je retire donc cet amendement et j'annonce dès à présent que je retirerai le même amendement déposé sur l'article 42 qui porte sur la promotion de la pertinence des prescriptions et des actes.

(L'amendement n° 164 rectifié est retiré.)

M. le président. Les trois amendements de précision n°s 565, 607 et 606 deuxième rectification de M. Olivier Véran, rapporteur, sont défendus.

(Les amendements n°s 565, 607 et 606 deuxième rectification, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 36, amendé, est adopté.)

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Pierre Door. Mon rappel au règlement s'appuie sur l'article 58-3 de notre règlement.

Notre collègue Accoyer a posé une question importante à Mme la ministre sur un point dont nous ignorons les raisons et nous attendons sa réponse. À défaut de réponse, nous demandons une suspension de séance. Mais pour que les débats soient clairs, la question de notre collègue appelle une réponse ou un démenti.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne vois pas en quoi cette affaire manque de transparence. Vous voulez savoir qui est le directeur de l'École des hautes études en santé publique de Rennes. S'agit-il de M. Laurent Chambaud ? Oui, depuis un an et demi. M. Chambaud a-t-il fait partie de mon cabinet ? Oui, mais plus depuis un an et demi. Il n'y a donc pas de *buzz*, pas de surprise.

Quant à la création de l'Institut des patients, cette proposition émane de M. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France.

M. Jean-Pierre Barbier. Et alors ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette proposition m'a paru intéressante. Sur la suggestion de M. Valletoux lui-même, il a été proposé que cet institut soit hébergé par l'EHESP de Rennes, qui travaille à un programme de formation sur la démocratie sanitaire. Ce n'est pas vraiment un scoop et il n'y a pas de *buzz*.

Mme Claude Greff. Ah ?

Mme Martine Pinville. Très bien !

Mme Claude Greff. Quel est le montant des crédits que vous avez fait voter pour cet institut ?

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cela suffit !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne vois donc aucune obscurité dans cette affaire, qui est d'une clarté absolument limpide.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour un rappel au règlement.

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre, vous conviendrez qu'il est exceptionnel, dans un texte législatif, de flécher une subvention destinée à un établissement d'enseignement.

Mme Claude Greff. C'est vrai !

M. Bernard Accoyer. Pourquoi avez-vous inscrit une telle disposition dans ce texte ?

Ma seconde question concerne l'Institut des patients, dont vous nous expliquez qu'il sera hébergé par l'École des hautes études en santé publique. Pouvez-vous affirmer que son futur directeur ne sera pas M. Laurent Chambaud ? Nous attendons un démenti de votre part.

Mme Valérie Boyer. Et pourquoi avons-nous besoin de lui consacrer autant d'argent ?

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

M. Dominique Tian. J'en reviens à l'article 36. Vous avez indiqué, monsieur Véran, que la notion de transparence des subventions accordées figurait dans le texte. Pardonnez-moi, mais je ne vois pas à quel endroit. Pouvez-vous nous le préciser? Je sais très bien que vous n'êtes pas l'auteur de cet article, mais peut-être qu'en le lisant vous constaterez que mon amendement n'est nullement satisfait. C'est grave!

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. J'ai une autre question, monsieur le rapporteur, et vous pourrez peut-être nous éclairer. Puisque cet Institut des patients est hébergé par l'EHESP de Rennes, pourquoi est-il nécessaire de lui accorder une subvention? Ne pourrait-il être hébergé au sein de l'école sans que cela nécessite des crédits supplémentaires et un autre directeur? Quel est, sur le fond, l'intérêt de cette création?

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

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

Suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

La séance est levée.

(La séance est levée à treize heures.)

*La Directrice du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

CATHERINE JOLY