

Assemblée nationale
XIII^e législature
Session ordinaire de 2008-2009

Compte rendu
intégral

Première séance du lundi 2 mars 2009

SOMMAIRE

Présidence de M. Rudy Salles

1. Nomination de plusieurs députés en mission temporaire

2. Réforme de l'hôpital

Discussion des articles (suite)

Rappels au règlement

Mme Martine Billard

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports

M. Christian Paul

M. Marc Dolez

M. Jean-Pierre Brard

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé

Avant l'article 14

Amendements nos 1389 , 1397, 1398, 1395

Rappel au règlement

M. Jean-Marie Le Guen

Reprise de la discussion

Amendement no 1425

Article 14

M. Jean-Luc Prével

M. Marc Bernier

M. Guy Lefrand

M. Christian Paul

M. Jean-Pierre Door

M. Gérard Bapt

Mme Marisol Touraine

M. Jean-Marie Le Guen

Mme Catherine Lemorton

M. Yves Bur

M. Marc Dolez

M. Marc Le Fur

M. Jean-Pierre Brard

Mme Bérengère Poletti

M. Pierre Morel-A-L'Huissier

Amendements nos 12 rectifié, 1183 rectifié, 390, 614, 1238, 1238, 615, 1 239

Reprise de la discussion

Amendements nos 616, 1241, 507, 804, 847, 391, 1259 , 1317

Rappel au règlement

M. Christian Paul

Reprise de la discussion

Amendements nos 1330, 1237, 392, 214 rectifié, 1332, 617, 393, 1334, 1333, 1293, 1269, 1331

3. Ordre du jour de la prochaine séance

Présidence de M. Rudy Salles, vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à seize heures.)

1 - Nomination de plusieurs députés en mission temporaire

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le Premier ministre des lettres l'informant de ses décisions de charger plusieurs députés de missions temporaires auprès de membres du Gouvernement.

2 - Réforme de l'hôpital

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

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n^{os} 1210 rectifié, 1441, 1435).

Discussion des articles *(suite)*

M. le président. Lors de la troisième séance du jeudi 19 février, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n° 1389 portant article additionnel avant l'article 14.

Mme Catherine Lemorton. Monsieur le président, je demande la parole pour un rappel au règlement.

Rappels au règlement

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

Mme Catherine Lemorton. Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 58, alinéa 1, du règlement.

Alors que nous allons aborder la discussion du titre II du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, je voudrais rappeler Mme la ministre de la santé et des sports à la raison. En effet, ce titre II, dont l'intitulé est l'« accès de tous à des soins de qualité », ne fait nulle part référence aux franchises médicales – pas pour les augmenter mais peut-être envisager de les supprimer.

M. Guy Malherbe. Ah ! On a eu peur !

Mme Catherine Lemorton. Nous venons de recevoir, avec nos collègues du groupe GDR, les représentants d'un collectif qui nous a remis 260 000 pétitions, accompagnées de témoignages de personnes qui se sont privées de soins à cause des franchises, mais on parle de 700 000 et ce nombre va augmenter parce que beaucoup de gens qui n'avaient pas très bien compris le principe des franchises, votre explication ayant sans doute été un peu floue, reçoivent aujourd'hui la note de la sécurité sociale qui leur demande un chèque de 100 ou de 150 euros au titre des franchises. Je veux évoquer la situation de ces assurés sociaux atteints d'affections de longue durée, de ces retraités qui touchent de petites retraites, de ces handicapés, et la liste n'est pas exhaustive – nous n'aurons de cesse de vous la rappeler tout au long du débat.

Madame la ministre, vous avez publié un rapport en juin 2008, c'est-à-dire au bout de six mois d'application de ces franchises médicales. Certes, le rapport constate qu'il n'y a pas eu d'augmentation sur les trois postes visés, c'est-à-dire les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux. Mais ce rapport s'est bien gardé de compter le nombre de personnes qui se sont privées de soins, qui ont retardé leur recours aux soins, ou qui ont interrompu des soins parce qu'elles n'avaient pas les moyens de payer les franchises.

Toutes ces personnes que nous avons vues tout à l'heure dans les murs de cette assemblée, vous avez refusé de les recevoir, madame la ministre : elles ont été reçues par quelqu'un de votre cabinet alors que c'était vous qu'elles voulaient voir.

M. Marc Dolez. C'est un scandale !

M. Christian Paul. Une fois de plus !

Mme Catherine Lemorton. Il faudra bien, madame la ministre, que vous vous posiez la question de la pertinence de ces franchises alors que vous osez intituler le titre « accès de tous à des soins de qualité ». (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

Mme Martine Billard. Comme vient de le dire Catherine Lemorton, le titre II est intitulé l'« accès de tous à des soins de qualité ». Cela commence à ne plus être très drôle de voir, loi après loi, de tels titres apparaître quand on constate la réalité.

Madame la ministre, un certain nombre de députés ont reçu une délégation qui nous a fait part de témoignages de personnes retraitées, de personnes handicapées, de personnes atteintes d'une affection longue durée, qui ont les plus grandes difficultés à s'acquitter du montant de ces franchises qui s'ajoutent aux forfaits et aux dépassements d'honoraires, même si vous aviez expliqué, à l'époque de l'institution de ces franchises, que 50 euros, c'était rien.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports.* Je n'ai jamais dit cela !

Mme Martine Billard. Des personnes en ALD nous ont expliqué comment elles avaient reçu, à la fin de l'année, le bilan de leurs franchises, qui se traduisait par un commandement à payer de 100 euros par exemple, à payer immédiatement. Pour une personne qui perçoit 800 euros de revenus mensuels, devoir payer 100 euros, c'est dramatique. D'autant que ces 100 euros ne valent que pour l'année qui vient de se terminer, 2008, et que les franchises continuent à courir.

Toutes ces personnes retraitées, en ALD, handicapées, ou ces familles monoparentales ont de plus en plus de difficultés à accéder aux soins. Une personne seule avec trois enfants nous a expliqué ce qu'elle a dû faire lorsque sa fille s'est cassé le poignet. L'hôpital où elle s'est rendue n'assurant plus les actes de chirurgie de la main et du poignet, elle a dû aller à la clinique privée, qui applique des dépassements d'honoraires. Elle n'a pas eu le choix et les 150 euros qui lui restaient le 20 du mois pour finir son mois sont partis dans les soins pour sa fille.

Lors du débat du projet de loi qui a créé ces franchises, nous avons énoncé toutes les difficultés que cette mesure allait soulever, et nous avons demandé à votre prédécesseur de ne pas appliquer ces franchises pour les personnes en ALD. Évidemment, le gouvernement de l'époque n'avait rien voulu entendre et aujourd'hui de très nombreuses personnes habitant dans ce pays ne peuvent plus avoir un accès aux soins régulier parce que leurs moyens ne leur permettent pas.

Ces franchises sont inadmissibles pour toutes ces personnes à petits revenus mais aussi plus globalement. Aujourd'hui, ce qui est remis en cause avec ce système de franchise, c'est la solidarité, ce sont les fondements mêmes de l'assurance maladie créée en 1945, période où pourtant notre pays ne connaissait pas une croissance fantastique. C'était la fin de la guerre, il fallait reconstruire, il y avait beaucoup de pauvreté, mais la création de l'assurance maladie a permis un accès à la santé pour tous. Aujourd'hui, cet accès est remis en cause. C'est pour cela que l'intitulé de ce titre II est inadmissible, c'est presque une injure, une insulte à l'adresse de toutes ces personnes qui, au quotidien, n'arrivent plus à se soigner.

M. le président. La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports.* Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, ces deux rappels au règlement me permettent de rappeler certaines vérités.

D'abord, le fait que notre pays garde le taux le plus élevé de prise en charge solidaire des dépenses de santé.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est inexact.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Dois-je rappeler que le taux de couverture des dépenses de santé assuré par l'assurance maladie est de 77 % et que le taux de la prise en charge solidaire, grâce aux versements mutualisés, solidarisés, grandement aidés par l'État par différents mécanismes, soit directement à la personne, soit par l'intermédiaire d'organismes complémentaires, atteint 92 % ?

Ensuite, je m'étonne d'entendre évoquer le pacte de 1945. J'y suis, comme vous, profondément attachée.

M. Christian Paul. Dans les mots, pas dans les actes !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Puis-je rappeler quel était le taux de remboursement dans le cadre du pacte de 1945 ? Il était de 50 % et à cette époque, l'assurance maladie ne couvrait évidemment que les personnes salariées, excluant de fait une grande

partie de la population française, en particulier les agriculteurs. Sur une partie de la population beaucoup plus réduite, le taux de couverture de l'assurance maladie était de 50 %. Je m'étonne de voir ces modalités prises pour modèles...

Mme Marisol Touraine. Ce ne sont pas les modalités qui doivent être prises comme modèles, c'est la philosophie !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...alors qu'actuellement l'assurance maladie couvre la totalité de la population et à un taux de remboursement infiniment supérieur.

M. Jean-Marie Le Guen. Grâce à qui ?

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. À nous !

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

M. Christian Paul. Je voudrais à mon tour intervenir, tout particulièrement après avoir entendu Mme la ministre.

M. le président. Pour un rappel au règlement ?

M. Christian Paul. Tout à fait, monsieur le président, sur la manière dont le débat va se dérouler.

Vous le savez, nous allons évoquer pendant plusieurs jours la question du désert médical et des obstacles qui se dressent pour des millions de Français pour accéder aux soins.

Le premier de ces obstacles, madame la ministre, et votre réponse ne nous rassure en aucune façon, c'est l'obstacle financier et la situation sociale de millions de Français. Nous avons voulu cet après-midi être en quelque sorte le porte-voix de ces centaines de milliers de pétitionnaires au sein de l'Assemblée nationale puisque vous-même, vous n'avez pas souhaité les recevoir.

En vous écoutant énoncer des principes très généraux et évoquer – de manière d'ailleurs très inexacte – le taux global de couverture des dépenses de santé, j'avais envie de vous demander si vous connaissiez la réalité de la situation que vivent les millions Français dont nous parlons. Dès lors qu'ils sont frappés par le chômage ou la précarité, ou perçoivent des retraites très faibles, ils accordent peu d'importance au taux de couverture.

J'ai reçu ce matin dans mon département des retraités ne touchent que 250 à 300 euros par mois.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Dans ce cas, ils ne paient pas la franchise !

M. Christian Paul. Ils regrettent le système que vous avez mis en place. Que faut-il faire pour leur répondre : invoquer la macroéconomie de la sécurité sociale ou essayer de trouver des solutions ? Répétons-le : vous n'étiez pas obligée de faire le choix des franchises. Si les

Français n'aiment pas l'impôt, ils aiment encore moins l'injustice. Or, en instaurant ce système, vous en avez créé, sans parvenir, ce qui était pourtant votre but, à réduire le déficit de l'assurance maladie.

Puisque notre débat nous permet d'évoquer les très nombreux obstacles à l'accès aux soins, je souhaite que vous ayez un jour le courage de récuser le choix des franchises, qui est certainement la décision la plus noire qui ait été prise dans le domaine de la santé depuis le début de la législature.

M. le président. Je donne la parole à M. Marc Dolez, en souhaitant que ce soit pour un véritable rappel au règlement.

M. Marc Dolez. Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 58, alinéa 1.

Madame la ministre, nous poursuivons notre débat après une semaine d'interruption pendant laquelle a été rendu public un document de l'ARH du Nord-Pas-de-Calais préconisant de regrouper les urgences pendant la nuit, les week-ends et les jours fériés. Aux termes de cette recommandation, un patient qui habiterait près de Fourmies, dans l'Avesnois, devrait parcourir au moins soixante-dix kilomètres avant de parvenir à un service d'urgences. Serait-ce que certaines ARH appliquent déjà le texte que nous n'avons pas encore voté ?

J'aimerais savoir si vous avez eu connaissance de ce document, que certaines organisations syndicales ont rendu public. Pour la sérénité de notre débat, je souhaiterais que vous condamnerez la démarche de cette ARH.

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

M. Jean-Pierre Brard. Mon rappel au règlement, fondé sur l'article 58, alinéa 1, concerne le déroulement de la séance.

Madame la ministre, nous devons prendre en compte, outre le texte, le contexte dans lequel intervient notre débat. Loin de moi l'idée de contester les chiffres que vous avez cités sur le taux de couverture des dépenses de santé. Mais les statistiques n'appréhendent pas toute la réalité. En effet, les principes ne valent que s'ils sont appliqués de manière universelle ; or, dans notre pays, le droit à la santé est mité.

Je ne citerai que deux exemples.

Dans ma bonne ville de Montreuil, résident depuis des lustres près de 800 personnes qui appartiennent à des familles tsiganes, dont certaines ont fait le coup de feu contre les nazis. Leur espérance de vie est inférieure de dix ans à celle du reste de la population, car leur situation matérielle est si difficile qu'ils ne consultent jamais de médecin.

D'autre part, dans les cinq centres de santé municipaux de Montreuil, qui effectuent 135 000 consultations ambulatoires annuelles, on a constaté que, sur cent personnes éligibles à la CMU, seulement soixante sont effectivement titulaires de leurs droits. Les quarante autres, brisés par la vie, n'ont pas effectué les démarches permettant d'en bénéficier. Elles ne viennent consulter que lorsque leur pathologie a considérablement progressé.

Que deviendraient-ils en l'absence de structures publiques, garantissant à ceux qui ne bénéficient pas de la CMU que le service public leur sera rendu, au nom d'une certaine humanité ? Or, sous la pression du gouvernement actuel et de ceux qui l'ont précédé, de plus en plus d'établissement, du fait des franchises ou du remboursement à l'acte, écartent déjà certains patients et les adressent à d'autres structures.

Vous le voyez, madame la ministre : si vos statistiques sont exactes, elles ne rendent pas compte de toute la réalité ni de toutes les détreuses qui apparaissent lorsque l'État ne protège plus ceux qui ont besoin de se soigner.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. À la question très précise de M. Dolez, je ne veux pas répondre sans m'être fait communiquer au préalable certains éléments d'information, qui me parviendront probablement en cours de soirée. Je ne veux pas, en effet, me contenter d'une réponse de principe.

La question de M. Brard porte sur les populations très démunies, dont la situation doit être abordée de manière globale. Je précise que, titulaires de la CMU ou de l'AME, elles ne sont pas soumises à la franchise, et bénéficient d'une prise en charge globale. Mais M. Brard a raison de souligner que le problème n'est pas seulement lié à l'argent : il relève d'une prise en charge plus complète. Ainsi, les populations qu'il a citées sont parmi les moins nombreuses à effectuer un dépistage du cancer du sein, opération qui est cependant totalement gratuite.

Mme Bérengère Poletti. C'est exact !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est pourquoi la volonté de mettre en place un accompagnement social et culturel des populations en difficulté est un fil rouge de ma politique. Pour éviter qu'elles ne renoncent par avance à des dépistages ou des soins pourtant gratuits, je veux mettre en place des dépistages forains, des prises en charge spécifiques des populations, des interprètes et des publications en langues étrangères. La prise en charge financière ne suffit déjà plus ; il faut prévoir une prise en charge sociale et sociétale.

Mme Bérengère Poletti. Très juste !

M. le président. Chacun s'étant exprimé, nous en venons aux amendements.

Avant l'article 14

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n° 1389.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Si l'on veut éviter le débat sur la franchise, il est toujours possible d'invoquer d'autres obstacles à l'accès aux soins. Je conviens, madame la ministre, que les défauts de prévention ou d'organisation de la médecine ambulatoire sont réels, mais la franchise ne fait qu'accélérer les réticences des populations les plus défavorisées.

Contrairement à ce qu'a déclaré le Président de la République, l'hôpital public ne représente pas 60 % des dépenses de santé, et, contrairement à ce que vous avez prétendu, la France n'a pas le taux de couverture des dépenses de santé le plus élevé dans le monde. Autant de contrevérités ou d'approximations, dont la principale est sans doute de faire croire que l'hôpital est le principal problème de notre système de santé. Or nous savons tous, pour l'avoir constaté dans notre circonscription, que la première urgence sanitaire porte sur l'accès aux soins primaires et à la médecine ambulatoire.

Depuis quelques semaines, madame la ministre, vous avez multiplié les déclarations d'intention, mais l'amendement n° 1389 nous place au cœur du sujet. Il nous permettra de juger de la volonté du Gouvernement d'avancer réellement. Nous proposons qu'une proportion – modeste – de 70 % des actes effectués dans des équipements qui, comme ceux de radiologie, bénéficient d'une autorisation publique, soient effectués dans le cadre du secteur opposable de la sécurité sociale.

Cette mesure, qui aurait valeur de signal en matière d'accès aux soins, semble d'autant plus juste qu'elle concerne des équipements obtenus grâce à l'accord des pouvoirs publics et en grande partie solvabilisés par le biais de fonds publics. Il est sans doute inutile de rappeler que ces équipements sont aujourd'hui utilisés par des professionnels de santé qui, percevant des revenus les plus importants de ce secteur, ont manifestement les moyens économiques d'assurer un minimum social, d'autant que, détenteurs d'une autorisation délivrée au titre de la carte sanitaire, ils sont très souvent en situation de monopole dans leur territoire de santé. Il serait donc inacceptable qu'ils refusent de s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1.

L'avis que le Gouvernement émettra sur cet amendement nous renseignera sur son désir de garantir ou non l'existence d'un filet de sécurité pour l'accès aux soins.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour donner l'avis de la commission sur cet amendement.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. La commission a repoussé l'amendement. S'il paraît judicieux de garantir une offre de soins à tarif opposable, y compris dans les cliniques, il faut prendre en compte deux éléments : des négociations sont en cours sur le secteur optionnel ; mais surtout, l'article 1^{er}, alinéas 36 et 37, impose clairement aux cliniques de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'elles exercent une mission de service public ou en cas d'urgence.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. L'amendement est intéressant, mais il est en grande partie satisfait par les dispositions qu'a rappelées le rapporteur. L'obligation de pratiquer le tarif opposable s'imposera aux établissements privés lorsqu'ils remplissent une mission de service public. Elle sera précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui sera passé avec l'agence régionale de santé.

Une concertation se déroule en ce moment entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats de médecins libéraux sur le secteur optionnel. Le chiffre de 70% a d'ailleurs été cité dans ce cadre, mais je souhaite laisser à la négociation le temps d'aboutir.

Avis défavorable.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Je précise que les équipements visés ne concernent pas seulement les cliniques, mais aussi les cabinets de radiologie, dont les écarts et les gains ont été soulignés dans des rapports qui vous ont été remis récemment, madame la ministre.

Puisque cette mesure ne concerne pas seulement les cliniques, l'argumentation fondée sur l'article 1 est sans objet. Nous posons la question suivante : dans une région où il n'existerait qu'un seul équipement de scanner, autorisé par la puissance publique et financé pour l'essentiel par l'argent public, peut-on, dans une telle situation de monopole, laisser exiger la perception de dépassements d'honoraires de façon abusive et sans aucun filet de sécurité ?

Il va de soi que la réponse à cette question simple ne relève pas de la négociation conventionnelle. Vous y renvoyez systématiquement dès que nous débattons des conditions légales d'accès aux soins de nos concitoyens. Or, la négociation conventionnelle ne met pas les professionnels de santé face aux usagers, mais bien face à l'administration, représentée en l'occurrence par le directeur de l'UNCAM. Chacun sait, en outre, que la convention médicale que vous avez approuvée a organisé la désertification médicale, la généralisation des dépassements d'honoraires et la dégradation des conditions de la permanence des soins.

Avec cet amendement, vous avez un outil précis qui ne pose aucun problème d'ordre théorique. Je le répète : ces équipements ne sont pas attribués selon une logique libérale, mais en vertu d'une carte sanitaire et avec l'autorisation de votre administration. Or, certains professionnels de santé, qui utilisent un équipement attribué par l'administration, pratiquent des dépassements d'honoraires systématiques qui rendent les soins inabordable pour nos concitoyens : c'est incroyable !

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. En effet, la question des dépassements d'honoraires est directement liée à celle de l'égalité d'accès à des soins de qualité – ou même à des soins tout court. Or, ce grand principe que le Gouvernement ne cesse de réaffirmer s'effiloche aujourd'hui. Et pour cause : les dépassements d'honoraires deviennent prohibitifs dans un nombre croissant de territoires – et non plus seulement dans les grandes villes – au point qu'une part importante de la population renonce à se soigner, et ce uniquement en raison des tarifs pratiqués.

Vous récusez vous-même ce phénomène, madame la ministre, et souhaitez l'encadrer de sorte que les professionnels pratiquent des tarifs abordables. Pourtant, à ce jour, vous avez pour seule réponse proposé l'affichage des tarifs dans les cabinets médicaux, le respect « du tact et de la mesure » – on sait combien ces notions très subjectives peuvent fluctuer au gré des situations – et la rédaction d'un devis au-delà d'un certain seuil. Au fond, ces mesures n'ont pas d'autre objet que de se donner bonne conscience en garantissant la transparence des pratiques sans inciter les professionnels à revoir leurs tarifs.

L'amendement que nous vous proposons est précis. Son adoption témoignerait de la volonté de l'Assemblée nationale et, souhaitons-le, du Gouvernement de mettre un frein à la pratique des dépassements d'honoraires dans un secteur concerné au premier chef, actif dans un nombre croissant de thérapies et de protocoles de soins. Cet amendement ne devrait d'ailleurs vous poser aucune difficulté, puisqu'il prévoit de cibler des actes précis pour lesquels les dépassements sont systématiques dans les cliniques et les cabinets privés, mais aussi dans les cabinets libéraux. Nous avons là la possibilité de leur envoyer un signe concret, plutôt que de s'en tenir aux discours ou de n'agir que sur le seul terrain de la transparence. Nous permettrions ainsi à l'opposabilité des tarifs de redevenir une réalité partout où elle n'est plus qu'un souvenir vague.

Pourquoi ne pas faire ce geste, à l'endroit d'un secteur qui, convenez-en, est loin d'être sinistré, et dans lequel le principe de l'opposabilité des tarifs est loin d'être spontanément respectée ?

(L'amendement n° 1389 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1397.

La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Cet amendement pose le problème de la désorganisation du système d'accueil des patients en urgence. Lourde est la responsabilité de l'un de vos prédécesseurs, madame la ministre : le professeur Mattéi, en effet, avait exonéré de toute approche déontologique l'obligation pour un praticien de participer à l'accueil en urgence.

En la matière, le rapport de MM. Bernier et Paul a bien montré que la situation actuelle est très insatisfaisante, et qu'il faut adopter des normes limitant les procédures afin que tous les départements – et non seulement celui de M. Bernier, n'est-ce pas, monsieur Paul ? – soient dotés d'un système d'urgence adapté aux besoins locaux.

Pourquoi ne pas confier la réglementation des procédures d'accueil et de permanence des soins à la Haute autorité de santé, à laquelle nous voulons tous ici confier les moyens et l'autorité nécessaires à son bon fonctionnement ? Voilà qui pourrait fournir l'occasion de fixer des objectifs à atteindre pour chaque territoire et d'instituer un certain nombre d'indicateurs de suivi, afin que les rapports de performance puissent évaluer avec précision la situation de l'accueil en urgence qui, en l'état, est scandaleuse – M. Dolez vient de l'illustrer par un exemple d'actualité.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable. D'une part, cette proposition ne relève pas de la loi ; d'autre part, je ne comprends pas bien s'il s'agit de la régulation ou de la réalisation de la permanence des soins.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis : votre amendement est satisfait, monsieur Bapt, car j'ai demandé à la Haute autorité de santé un rapport sur ces sujets. Les conclusions devraient m'en être rendues pour cette année.

Mme Marisol Touraine et M. Christian Paul. L'amendement peut donc être adopté !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* J'y suis défavorable, puisqu'il est déjà satisfait.

Je profite de l'occasion, puisque nous parlons de permanence des soins, pour préciser à M. Dolez que le document qu'il évoque est un document de concertation envoyé par l'agence régionale de l'hospitalisation pour la mise en place d'un « réseau des urgences », c'est-à-dire une structure de conventionnement rassemblant des services d'urgence tels que le SAMU ou le SMUR et les services hospitaliers de médecine et chirurgie obstétrique – MCO – et de soins de suite ou de réadaptation – SSR – ainsi que les hôpitaux locaux qui interviennent en aval.

Aucune structure d'urgence ne sera donc fermée, ni le week-end, ni la nuit. Le travail en commun de certaines équipes permettra de clarifier les circuits de prise en charge dans le cadre de l'aide médicale d'urgence, et d'identifier les ressources disponibles afin de les utiliser au mieux. Cet état des lieux permettra d'optimiser la prise en charge. Les événements de la fin de l'année dernière ont montré combien il était indispensable que le tissu hospitalier dans son ensemble, et particulièrement les services d'urgence, travaillent de façon concertée. Soyez donc rassurés : aucune structure d'urgence ne sera fermée.

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Je m'étonne d'entendre M. le rapporteur nous expliquer que cet amendement est sans objet et même sans intérêt, puisque l'on ignore où il mène, tandis que Mme la ministre, au contraire, le juge si intéressant qu'elle y a pensé elle-même en demandant un rapport dont elle attend les conclusions prochaines.

Un rapport est une bien belle chose, mais même un très beau rapport peut n'avoir que des conséquences insignifiantes, voire nulles.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* C'est pourtant bien un rapport que vous demandez !

Mme Marisol Touraine. Ce n'est donc pas parce que vous avez commandé un rapport – dont vous faites l'hypothèse qu'il contiendra des recommandations allant dans le sens de nos propositions – que notre amendement est satisfait, madame la ministre ! S'il suffisait de commander un rapport pour satisfaire nos amendements, l'appétit déjà insatiable du Gouvernement pour la commande de rapports grandirait encore davantage ! Songez-y : il suffirait de commander des rapports pour satisfaire l'opposition !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Mais c'est vous qui l'avez demandé !

Mme Marisol Touraine. Puisque, semble-t-il, vous estimez que cet amendement va dans le bon sens, au point que, par anticipation, vous nous annoncez que le rapport commandé devrait préconiser les mêmes mesures que nous, pourquoi, dès lors, ne pas faire sur-le-champ ce que vous proposez de faire demain en adoptant cet amendement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Le rapport est déjà demandé !

(L'amendement n° 1397 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1398.

La parole est à M. Christian Paul.

M. Christian Paul. À ce stade du débat, j'ai souhaité, avec M. Nayrou et mes collègues du groupe SRC, déposer un amendement de principe. Son adoption permettrait d'ordonner la suite de notre discussion face au désert médical, ce drame qui frappe notre pays. Cette situation gravissime est due à la mauvaise répartition de la médecine de ville et de campagne et, plus généralement, de l'ensemble des professionnels de santé. C'est ainsi que nous entendons l'expression « désert médical » : elle concerne la médecine ambulatoire, mais aussi un certain nombre de spécialités très mal réparties et auxquelles un nombre croissant de Français ont accès dans des conditions désastreuses, ainsi que des soins hospitaliers.

Madame la ministre, cet amendement est un peu l'épreuve de vérité, au moment où nous entamons la discussion du titre II.

En effet, si l'on veut réellement lutter contre les déserts médicaux, il faut tenir compte, dans la répartition de l'offre de santé, des spécificités géographiques des territoires. Ce ne fut pas le cas ces dernières années, comme nous avons pu le constater lors des restructurations hospitalières – puisque l'allocation des moyens dépendait du nombre d'actes réalisés dans un établissement – et à propos de la liberté d'installation des praticiens, qui n'a jamais été véritablement corrigée pour combler le manque de médecins dans divers territoires, y compris lorsque leurs caractéristiques géographiques le réclamaient.

Henri Nayrou a souhaité insister sur les territoires de montagne, car c'est son combat. Mais, en votant cet amendement, nous ferions preuve de courage en affirmant, dès le début du titre II, notre volonté d'adapter les structures de soins à la réalité géographique des territoires afin de lutter contre les déserts médicaux.

Je précise que d'autres amendements viendront en discussion ultérieurement, qui visent notamment à fixer des normes pour les délais d'accès aux médecins, aux services d'urgence et aux maternités.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission considère également que les outils de planification de l'offre de soins doivent permettre de rendre ces derniers accessibles dans toutes les parties du territoire. Aussi, je rassure notre collègue Christian Paul : sa préoccupation est satisfaite par l'amendement n° 729, qui sera examiné à l'article 26, relatif aux schémas régionaux de l'offre de soins, où une telle disposition a davantage sa place.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La territorialisation est au cœur du projet de loi. L'organisation de notre système de santé doit en effet prendre en compte les données territoriales au sens large, notamment le changement climatique, monsieur Paul. J'ai ainsi reçu à deux reprises, dans le cadre de la préparation du projet de loi, les élus de la montagne, réunis sous la présidence de M. Nayrou, afin d'évoquer ces sujets avec eux.

Le projet régional de santé et les schémas régionaux qui le composeront devront tenir compte des spécificités géographiques et climatiques locales, en particulier dans les zones de montagne telles qu'elles sont définies par la loi montagne de 1985.

Encore une fois, la préoccupation que vous exprimez est prise en compte dans le projet de loi. C'est la raison pour laquelle j'émetts un avis défavorable à votre amendement.

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

M. Christian Paul. Monsieur le rapporteur, je rappelle que le titre II du projet de loi porte sur l'organisation et l'offre de soins. Si vous considérez que toutes les mesures relatives à ces questions doivent être renvoyées à l'article 26 et aux dispositions concernant la création des ARS, nous pouvons clore immédiatement l'examen du titre II. En effet, celui-ci n'a plus d'intérêt : les Agences régionales de santé et le volet ambulatoire des SROS régleront tous ces problèmes. Point n'est donc besoin de fixer des orientations ou de définir leurs modalités d'action. On pourrait ainsi faire l'économie du titre II et abréger nos débats de quelques heures. Je ne pense pas que ce soit votre souhait, monsieur le rapporteur, mais votre réponse pourrait le laisser penser.

Madame la ministre, nous avons un désaccord de fond. On peut, comme vous le faites dans votre texte, créer des agences – même si les ARH existent depuis longtemps – et améliorer les schémas, et nous pourrions sans doute, sur ce sujet, faire un bout de chemin avec vous. Mais il serait extrêmement fâcheux que vous refusiez de définir des orientations concernant la carte sanitaire et la suppression des déserts médicaux, qui sont à l'origine de pénuries dramatiques. Si vous ne le faites pas, de quels leviers disposeront les agences régionales de santé ? Ce seront des bateaux sans pilote ! Nous devons, au contraire, leur adresser l'injonction de prendre en compte, dans leurs décisions et les schémas qu'elles mettront en place, la géographie des territoires, urbains ou ruraux, où l'offre de soins se dégrade et où la pénurie est dramatique.

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

M. Gérard Bapt. Madame la ministre, on ne peut nous opposer des amendements qui ont été déjà adoptés, en prétendant qu'ils satisfont nos demandes, alors que la proposition de M. Le Guen, par exemple, ne concernait pas seulement les établissements de santé, mais aussi les cabinets libéraux en situation de monopole dans certains territoires. De même, s'agissant de nos amendements portant sur l'organisation des soins, on ne peut nous renvoyer systématiquement aux dispositions relatives à la création des ARS, qui auraient ainsi tout pouvoir de décider, alors que l'on sait que les offres de recrutement de leurs responsables ont été publiées dans de grands hebdomadaires et s'adressent à des personnes du privé n'ayant aucune expérience du service public.

Qu'il s'agisse de l'accès aux soins et des équipements, soumis à votre autorisation, ou des objectifs qui pourraient être fixés aux futurs directeurs des ARS, ce titre II est très important, et nous l'abordons avec beaucoup de sérieux. Quant à celles de nos propositions qui visent à lutter contre les inégalités face à la santé ou à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux ou dans les territoires où les équipements et les services d'urgence sont insuffisants, nous ne souhaitons pas qu'elles soient renvoyées systématiquement au titre IV ou refusées au prétexte qu'elles sont satisfaites par le titre I^{er}.

(L'amendement n° 1398 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1395.

La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement a trait au problème des franchises médicales, que nous avons déjà abordé au début de ce débat.

Madame la ministre, vous comprenez bien que, lorsque nous invoquons le pacte de 1945, ce n'est pas parce que nous souhaitons revenir à la situation qui prévalait à cette date, mais parce que nous demandons que son esprit soit respecté et ses principes, notamment l'égalité et l'universalité de la sécurité sociale, confirmés. Faut-il en effet rappeler que l'ensemble de la couverture assurantielle ne fut pas mise en œuvre en quelques mois seulement ? Il aura ainsi fallu attendre 1998 et le vote de la loi sur la CMU pour que, d'une certaine façon, le pacte de 1945 soit pleinement appliqué, puisque c'est grâce à cette loi que plus aucune personne n'est aujourd'hui exclue de la couverture d'assurance maladie.

Par ailleurs, j'ai constaté que le dispositif des franchises suscitait des interrogations jusque dans les rangs de la majorité, puisque les députés UMP ont déposé une proposition de loi – dont les dispositions sont similaires à certaines de nos amendements au projet de financement de la sécurité sociale – visant à exonérer des franchises les personnes victimes d'accidents du travail ou atteintes de maladies professionnelles. On considère donc, au sein même de la majorité, que les franchises médicales entravent l'accès aux soins des populations fragiles, qui sont en situation précaire ou qui connaissent des difficultés financières.

Il est tout de même navrant qu'un texte qui se veut fondateur en matière de santé et d'égalité d'accès aux soins ne comporte aucune disposition sur les freins financiers à l'accès aux soins que sont les dépassements d'honoraires, que nous avons déjà évoqués et sur lesquels nous reviendrons ultérieurement, ou les franchises médicales. À cause de ce dispositif, en effet, non seulement des personnes en difficulté – celles qui n'avancent pas les frais au moment où elles se font soigner – se trouvent dans l'obligation de devoir payer, en fin d'année, plusieurs dizaines ou centaines d'euros, mais des victimes du cancer ou de la maladie d'Alzheimer financent des programmes de recherche sur les maladies dont elles sont atteintes.

Une avancée dans ce domaine nous paraît donc absolument nécessaire. Naturellement, notre amendement ne propose pas la suppression des franchises, car il serait tombé sous le coup de l'article 40. Mais c'est bien l'esprit de notre démarche.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement est satisfait, non par le titre I^{er} ou le titre IV du texte, mais par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, qui prévoit déjà la remise d'un rapport sur les montants correspondant aux franchises et sur les conditions dans lesquelles ils ont été utilisés. Un rapport de plus...

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je me suis déjà exprimée sur l'esprit des arguments utilisés par Mme Touraine. S'agissant du contenu de l'amendement, ainsi que

vient de le rappeler le rapporteur, un premier rapport a été remis lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale. Un deuxième rapport sera remis au moment de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, comme cela est prévu par la loi. L'amendement de Mme Touraine est donc satisfait.

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

Mme Catherine Lemorton. M. le rapporteur nous indique qu'un rapport sur l'utilisation du montant des franchises nous sera prochainement présenté, mais la question que nous nous posons porte sur un autre point : quel renoncement aux soins a-t-il fallu consentir pour obtenir ces 800 ou 850 millions d'euros ? Lorsque les franchises ont été mises en place, Mme Bachelot a habilement insisté sur le fait que le plafond de 50 euros par an équivalait à quatre euros par mois. Mais pour certaines personnes, ces quatre euros ne sont pas rien ! Par ailleurs, cette façon de présenter les choses ne correspond pas à la réalité : personne ne peut programmer ses soins en fonction d'une franchise de quatre euros par mois. Vous qui êtes pharmacienne, madame Bachelot, vous devez bien savoir qu'une famille monoparentale comprenant deux ou trois enfants peut être touchée par une épidémie de gastro-entérite. Que se passe-t-il dans ce cas ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les enfants ne sont pas soumis à la franchise, madame Lemorton !

Mme Catherine Lemorton. Dans la conjoncture actuelle, un grand nombre de jeunes de plus de seize ans restent ayants droit de leurs parents et, dans ce cas, les parents sont bel et bien soumis à la franchise. Même si, au sein de la majorité, certains voudraient emprisonner les enfants de douze ans, ceux-ci n'en restent pas moins des enfants ! (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Jean-Pierre Brard. Eh oui, il faut assumer !

Mme Catherine Lemorton. Aujourd'hui, il n'est pas rare que des familles monoparentales en difficulté se trouvent obligées de refuser des soins à leurs enfants.

Comme le disait Marisol Touraine, tout le monde ne s'est pas forcément rendu compte des répercussions des franchises depuis 2008, mais ceux qui étaient exonérés de l'avance des frais se sont vu réclamer jusqu'à 100 euros – car le plafond de 50 euros ne s'applique qu'aux franchises dont il était question dans le PLFSS 2008, mais un deuxième plafond du même montant s'applique à d'autres actes – je pense notamment à la franchise de 18 euros par acte médical supérieur à 91 euros. Peut-être que cela ne vous dit pas grand-chose, madame la ministre, mais pour les gens qui tentent de survivre avec 600 ou 650 euros par mois, ces sommes ont une signification.

Dans la mesure où vous aviez refusé, au motif d'un agenda trop chargé, de recevoir les personnes qui souhaitaient vous remettre les pétitions contre les franchises, nous n'avons pas osé vous inviter à la réception de ces pétitions. C'est dommage, car auriez pu entendre des témoignages intéressants, notamment celui d'une personne handicapée obligée d'espacer les séances de kinésithérapie qui lui ont été prescrites, se trouvant dans l'incapacité d'assumer le montant total de 250 euros auquel aboutissent les cinq euros par séance restant à sa charge.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Il y a un plafond !

Mme Catherine Lemorton. C'est pour cela que nous avons déposé notre amendement : parce qu'il est important de déterminer l'étendue des renoncements aux soins qu'entraîne l'application des franchises. J'ai peine à croire que nos collègues de l'UMP ne sont jamais interpellés sur ce point par les électeurs de leurs circonscriptions ! J'en appelle à M. Prével, qui doit se souvenir qu'une proposition de loi visant à l'exonération des franchises pour les patients atteints d'affections de longue durée a été déposée par le groupe Nouveau centre en mai 2008.

M. Jean-Luc Prével. J'ai effectivement demandé cette exonération !

M. Jean-Pierre Brard. Mais comme d'habitude, vous n'avez pas été entendu !

Mme Catherine Lemorton. J'espère que mes arguments auront convaincu les membres de notre assemblée et que ceux-ci accepteront l'amendement proposé.

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

M. Gérard Bapt. Certains de nos collègues disent que ce n'est pas grave, du moment qu'il y a un plafond. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Claude Greff. On n'a jamais dit ça !

M. Gérard Bapt. Le sous-entendu était si évident qu'il est parvenu à nos oreilles ! De deux choses l'une : ou vous trouvez que c'est grave – et vous voterez donc notre amendement –, ou vous trouvez que ça ne l'est pas – et là, c'est nous qui sommes choqués ! Le Nouveau centre a exprimé sa position sur cette question, et il me semble que notre assemblée doit en tenir compte.

Mme Bérengère Poletti. Quelle mauvaise foi ! Vous ne nous manipulez pas comme ça !

M. Gérard Bapt. Une très bonne initiative a été prise en Haute-Garonne afin d'aider les patients à s'y retrouver parmi toutes ces franchises, tickets modérateurs et autres mesures. La CPAM a en effet diffusé un fascicule intitulé « Remboursements : ce qui reste à votre charge ». Les franchises – qui s'appliquent même aux accidents du travail – constituent une pierre supplémentaire à l'édifice de l'injustice. Certes, nous pouvons admettre que vous n'avez fait que mettre en œuvre, en bon soldat, ce que le Président de la République avait promis durant la campagne de l'élection présidentielle. Mais en l'état actuel, le système est d'une incroyable complexité ! Le livret d'information auquel je faisais référence il y a un instant indique ainsi que « le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie » et « s'applique à tous les soins et frais médicaux remboursables » ; il détaille ensuite le fonctionnement de la participation forfaitaire, des franchises, du forfait de 18 euros, du ticket modérateur – qui s'applique sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, dans un hôpital ou une clinique dans le cadre de consultations externes, ou au cours d'une hospitalisation ; il termine par le forfait hospitalier, avant de tout reprendre dans un récapitulatif, afin de donner une chance aux assurés de s'y retrouver. Mais qu'elle ait ou non fait l'objet d'une explication, l'addition finit toujours par tomber à la fin du mois, ce qui oblige certains patients à différer des soins ! Cela constitue à nos yeux un facteur d'inégalité devant l'accès aux soins, sur lequel nous avons souhaité attirer l'attention de notre assemblée au moyen de cet amendement.

(L'amendement n° 1395 n'est pas adopté.)

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

Rappel au règlement

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

M. Jean-Marie Le Guen. Je voudrais attirer l'attention de Mme la ministre sur un amendement qui, alors qu'il avait été adopté en commission, a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40.

M. Jean-Luc Prével. Eh oui, cela arrive !

M. Jean-Marie Le Guen. Certes, mais cela n'en est pas moins regrettable, et il me semble que le Gouvernement pourrait faire un geste en consentant à reprendre cet amendement. Celui-ci vise un objectif à la fois précis et modéré, à savoir le remboursement à 100 % des soins pour les enfants qui vivent en deçà du seuil de pauvreté, mais au-dessus des conditions d'attribution de la CMUC. J'ai d'ailleurs écrit à Martin Hirsch il y a quelques semaines afin de le sensibiliser à cette question.

Vous avez dit tout à l'heure, madame la ministre, que la franchise n'était pas applicable aux enfants. Puisque vous semblez admettre qu'il est justifié de faire bénéficier les enfants d'une protection spécifique, pourquoi ne pas envisager d'assurer une couverture sociale aux enfants pauvres – il y en a, je le rappelle, plus d'un million en France – dont les parents ne bénéficient pas de la CMUC ? Je précise par ailleurs qu'en accédant à cette demande, vous ne feriez que concrétiser la promesse faite par le Premier ministre Jean-Pierre Raffarin en 2004, lors de l'adoption de la loi Bertrand-Douste-Blazy.

M. Gérard Bapt. Eh oui !

M. Jean-Pierre Brard. *De profundis !*

M. Jean-Marie Le Guen. Avec l'amendement n° 1396, voté à l'unanimité par notre commission, vous pourriez, madame la ministre, accomplir un geste de solidarité particulièrement bienvenu en cette période de crise, au moyen d'une mesure ciblée et ponctuelle. Aujourd'hui, en France, l'accès aux soins n'est pas remboursé pour des enfants vivant sous le seuil de pauvreté. Si, comme nous, vous estimez cette situation anormale, vous pouvez y remédier. Afin de vous permettre d'y réfléchir, je vous fais passer l'amendement en question, madame la ministre.

Reprise de la discussion

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1425.

La parole est à M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Avant de présenter l'amendement n° 1425, je veux d'abord dire qu'il me paraît surprenant que Mme la ministre n'ait pas souhaité répondre à la question de notre collègue Le Guen.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Permettez-moi de prendre connaissance de votre amendement, tout de même !

M. le président. Il ne me paraît effectivement pas opportun de faire un procès d'intention à Mme la ministre...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. D'ailleurs, je prends la parole quand je veux, et je n'aime pas les menaces !

M. Christian Paul. Il n'est pas question de vous faire un procès d'intention ni de vous menacer, madame la ministre. Nous abordons ce débat avec sérénité et détermination, mais il me semble que lorsqu'un amendement a été adopté à l'unanimité par la commission...

M. le président. Cet amendement ne figure pas dans la liasse, ayant été déclaré irrecevable.

M. Christian Paul. Je veux simplement attirer l'attention de notre assemblée sur une question qui nous tient à cœur. Si vous y tenez vraiment, je peux faire un rappel au règlement, monsieur le président...

M. le président. Ce n'est certainement pas nécessaire, je voulais juste vous rappeler qu'un amendement déclaré irrecevable n'a pas vocation à être présenté en séance, monsieur Paul.

M. Christian Paul. Quand un amendement a été adopté à l'unanimité par la commission des affaires sociales de notre assemblée, cela n'est pas pour solde de tout compte : il me paraîtrait normal – je le dis sereinement mais fermement – que nos collègues de la majorité puissent eux aussi en appeler à la bonne volonté du Gouvernement pour qu'en dépit de l'obstacle constitué par l'article 40, un tel amendement trouve sa place dans notre débat.

Pour ce qui est de l'amendement n° 1425, il vise à étendre à la CMU complémentaire le raisonnement que nous avons exposé tout à l'heure au sujet de la CMU de base. Comme l'a dit Jean-Marie Le Guen, certaines familles ne bénéficient pas de la CMU alors même qu'elles se trouvent situées, de par leur niveau de revenu, sous le seuil de pauvreté. On peut, certes, choisir de jeter un voile pudique sur ce type d'injustice, mais on peut également préférer agir. Tel est le but de notre amendement qui, en demandant au Gouvernement de produire un rapport sur les conditions d'attributions de la CMU complémentaire, renverse la charge de la preuve, ce qui doit permettre d'éclairer la représentation nationale. En effet, si nous croulons sous les rapports d'ordre général, les études d'impact portant sur certaines situations très précises – notamment sur la CMU complémentaire, puisque tel est l'objet de notre amendement – nous font en revanche souvent défaut.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. En tant que rapporteur, mais aussi en tant que président du conseil de surveillance du fonds CMU, j'ai le plaisir d'informer M. Paul que nous faisons paraître chaque année des rapports extrêmement complets où il pourrait trouver les éléments d'information qu'il recherche. La commission a donc rejeté cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Premièrement, je veux rappeler à M. Le Guen et à M. Paul que l'Assemblée est censée débattre en séance publique des amendements qui n'ont pas été déclarés irrecevables au titre de l'article 40. Il n'est pas d'usage d'évoquer un amendement écarté de la discussion en vertu de l'application de cet article. Cela étant, je m'efforce toujours de répondre à l'ensemble des parlementaires de façon aussi complète et précise que possible. La disposition dont il est question en l'occurrence aurait un impact certain sur les comptes de l'assurance maladie et aurait donc vocation à être examinée dans le cadre d'une loi de financement de la sécurité sociale plutôt que dans celui d'une loi d'organisation. C'est la raison pour laquelle cette question nécessitant un chiffrage précis pourra être utilement reprise lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Jean-Marie Rolland a rappelé qu'il était président du conseil de surveillance de la CMU et qu'à ce titre il éditait un rapport annuel, lequel est d'ailleurs complété par d'autres travaux, comme le programme de qualité et d'efficacité, dont le Parlement est destinataire chaque année et qui contient beaucoup d'informations et d'indicateurs chiffrés sur le taux d'accès à une couverture complémentaire, ou encore le rapport, plus ciblé, sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide à la complémentaire santé.

J'ajoute que l'information du Parlement se trouve encore améliorée par la dernière loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui prévoit que lui soit remis un rapport sur les comptes de organismes complémentaires, l'évolution des cotisations, le montant des prestations, le montant des contributions qu'ils acquittent et leur solvabilité.

Enfin, nous allons examiner dans quelque instants une proposition de Pierre Méhaignerie, Jean-Marie Rolland, Yves Bur et Jean-Pierre Door, qui suggèrent d'améliorer l'accès à la complémentaire santé par un effort ciblé, ce qui me paraît beaucoup plus efficace qu'un énième rapport. L'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 425 est donc défavorable.

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

Mme Catherine Lemorton. Vous parlez du conseil de surveillance de la CMU et de son rapport, mais nous parlons, nous, de cette frange de la population qui n'a pas accès à la CMU et n'a pas les moyens d'avoir une complémentaire. C'est pour ces gens que nous vous demandons de remonter le plafond de revenus donnant droit à la CMU.

Permettez-moi ici un petit retour en arrière. Il y a un an, lors d'un débat sur les médicaments non utilisés. Vous aviez souhaité donner aux centres gérés par Médecins du monde, censés au départ accueillir les plus précaires de notre société, le statut d'établissements pharmaceutiques, afin qu'ils puissent délivrer des médicaments aux personnes en très grande précarité n'ayant pas accès, malgré les dispositifs mis en place, à notre système de soins.

Je vous avais à l'époque mis en garde contre le risque de voir se développer, avec cette mesure, un véritable système de soins parallèle. C'est bien le cas aujourd'hui, cela ne vous aura pas échappé. Le personnel travaillant dans ces centres est affolé par l'afflux aux consultations de gens qui, bien qu'ils travaillent et paient leurs cotisations, ne peuvent plus néanmoins accéder au système de soins. Ayant déjà payé un euro de consultation, ils ne vont plus dans les pharmacies car ils craignent la prescription de médicaments non remboursés et refusent de se soumettre à des investigations supplémentaires par peur du coût des soins qui pourraient en découler.

Avec la crise économique et financière qui nous frappe, ces gens qui avaient déserté les centres de Médecins du monde lors de la mise en place de la CMU y déferlent de nouveau, bien qu'ils soient par ailleurs intégrés dans notre société. C'est pour eux, madame la ministre, que nous vous demandons un rapport sur l'impact d'une augmentation du plafond de ressources ouvrant droit à la CMU.

(L'amendement n° 1425 n'est pas adopté.)

Article 14

M. le président. Nous en venons aux orateurs inscrits sur l'article 14. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Nous abordons, avec cet article 14, le titre II du projet de loi, intitulé « Accès de tous à des soins de qualité ». C'est, je crois, notre ambition commune sur tous les bancs de cette assemblée. Il conviendrait cependant de préciser que cet accès s'entend sur l'ensemble du territoire et à des tarifs opposables, c'est-à-dire remboursables, sans dépassements d'honoraires. Nous avons eu l'occasion, à mon initiative, de voter sur le sujet un amendement concernant les établissements de santé, mais il ne résout pas tous les problèmes liés à ces dépassements.

La qualité des soins est, bien entendu, essentielle, et nous avons sur ce point d'importants progrès à faire. En matière de formation initiale d'abord, en repensant un mode de sélection des étudiants qui devrait privilégier les qualités humaines, la capacité d'écoute, d'analyse et de synthèse, essentielles chez un médecin.

En matière de formation continue et d'évaluation des pratiques ensuite, domaines où, malgré de multiples textes, nos résultats ne sont toujours pas satisfaisants. L'un des articles de ce projet de loi s'efforce de remédier à cette situation, car la formation continue est indispensable. Elle devrait être obligatoire, financée et évaluée. Elle doit s'appuyer sur la définition et la mise en œuvre de bonnes pratiques, répondant aux critères élaborés par la Haute autorité de santé, sur la base des travaux réalisés par les sociétés savantes.

Il convient ensuite de veiller à la mise en œuvre de ces bonnes pratiques, qui permettront de garantir des soins de qualité à nos concitoyens. Peut-être faudrait-il même – et je n'y suis pas opposé – envisager une recertification, que ne peuvent redouter les bons professionnels.

Enfin, nous devons également garantir l'accessibilité à ces soins de qualité sur l'ensemble du territoire à des tarifs remboursables, ce qui pose la question – sensible mais essentielle – de la démographie médicale et de la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Les solutions ne sont pas simples et elles réclameront du temps. Le projet de loi n'avance que peu de propositions concrètes ; quant aux discussions conventionnelles, elles semblent quelque peu bloquées. Dans ces conditions, madame la ministre, avez-vous l'intention de nous soumettre ici de véritables propositions ou comptez-vous laisser encore du temps aux négociations conventionnelles et attendre le passage du texte au Sénat ?

Les mesures incitatives sont récentes et n'ont pas encore été évaluées. Certains sont tentés par des mesures coercitives, mais elles pourraient être contre-productives, notamment pour les jeunes, qu'elles détourneraient de la médecine générale.

Nous aurons l'occasion d'y revenir à l'occasion des amendements : l'important, selon moi, est de libérer du temps médical, par exemple par le transfert de certaines tâches à des infirmières cliniciennes. Je vois là une piste à ne pas négliger.

Pour ma part, je souhaite la mise en place de mesures incitatives et cumulatives : bourses d'études et contrats d'installation, aides à l'investissement, création de maisons de santé dans les cantons, développement de la filière universitaire de médecine générale et stage obligatoire en zone rurale et en ville.

Je regrette que l'amendement qui portait sur ce dernier point ait été rejeté au titre de l'article 40. J'espère, madame la ministre, que vous le reprendrez, car le maître de stage, lorsqu'il est motivé, peut transmettre sa passion et inciter les jeunes qui ont fait leurs études en ville et ne connaissent pas la campagne à exercer en zone rurale.

L'accès de tous à des soins de qualité à tarif opposable sur l'ensemble du territoire est donc une grande ambition. Je souhaite que ce texte contribue à sa réalisation.

M. le président. La parole est à M. Marc Bernier.

M. Marc Bernier. Je tiens tout d'abord à vous dire toute ma satisfaction de voir enfin aborder le titre II de ce texte, à l'intitulé si noble : « Accès de tous à des soins de qualité ». J'espère en effet que ce projet permettra d'améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens.

L'article 14 répond à une attente et à une nécessité : définir les soins de premier recours et les missions du médecin généraliste de premier recours. Cette définition reconnaît le rôle pivot et essentiel du médecin généraliste dans l'offre de soins ; elle participe ainsi à la nécessaire revalorisation de ce métier.

Nous devons en effet faire face à une désaffection de la médecine générale par les étudiants et à une lassitude de ceux qui l'exercent. Il nous faut réagir, et vite. Sur nos territoires ruraux, 40 % des généralistes ont plus de cinquante-cinq ans. Après une carrière fatigante impliquant d'importantes responsabilités et des horaires très lourds, ils n'aspirent qu'à prendre leur retraite, mais auront du mal à trouver un successeur, car nos jeunes étudiants n'ont plus guère envie de s'engager dans cette voie.

Il est très inquiétant de constater que même ceux qui ont suivi cette spécialité font tout, à l'issue de leurs études, pour ne pas l'exercer. 40 % des médecins généralistes libéraux n'exercent pas la médecine générale de premier recours mais choisissent des MEP – modes d'exercices particuliers – comme l'acuponcture ou l'homéopathie. Certains ont des compétences particulières, comme l'allergologie ou la gynéco médicale, et, de ce fait, ne participent pas à la permanence des soins.

Pour lutter contre cette fâcheuse tendance, j'ai déposé un amendement suggérant qu'à l'issue de leurs études les jeunes médecins soient tenus d'exercer la médecine générale de premier recours pendant au moins cinq ans avant de prendre une autre orientation. C'est l'une des propositions de la mission d'information sur l'offre de soins qui a été adoptée à l'unanimité par la commission des affaires sociales.

Il faut donc rendre cette discipline plus attractive et lui permettre de s'adapter aux attentes des jeunes générations en favorisant moins leur installation que leurs conditions d'exercice. Le

projet de loi esquisse plusieurs pistes allant dans le bon sens : la coopération avec les paramédicaux, le décloisonnement des barrières entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les structures collectives. Je suis d'ailleurs heureux que la commission ait accepté mes amendements renforçant le rôle et la place des centres de santé, lesquels pallient utilement le déficit de l'offre libérale dans bien des territoires, notamment dans certains quartiers des zones urbaines sensibles.

Le texte favorise également la collaboration entre les médecins libéraux et les hôpitaux locaux, et cela va aussi dans le bon sens.

Mais il faut aller plus loin dans l'offre de statuts alternatifs, développer le salariat, l'exercice en cabinet satellite et le statut de collaborateur. Toutes ces mesures sont contenues dans ce que j'appelle « les pôles de santé », qui doivent être favorisés lorsqu'ils sont porteurs d'un véritable projet médical pour le territoire dans lequel ils s'inscrivent. Ces pôles doivent structurer le maillage de l'offre de soins de premier recours à l'échelle du bassin de vie, réalité géographique en l'occurrence plus pertinente que le canton dont parlait à l'instant M. Prével.

Les pôles de santé doivent regrouper autour des hôpitaux locaux, des maisons de santé pluridisciplinaires, des structures médico-sociales et des cabinets satellites capables de répondre aux besoins de santé des patients éloignés du centre de territoire. Ils doivent assumer des missions de santé publique, notamment en matière de prévention ou de suivi des maladies chroniques, tout comme ils doivent jouer le rôle d'une instance médico-sociale en matière par exemple de protection maternelle infantile ou dans la gestion des troubles liés aux addictions.

Si tout notre territoire était organisé ainsi, nous ferions un grand pas vers l'égal accès de tous aux soins de premier recours, lequel n'est à l'heure actuelle pas garanti sur notre territoire.

L'article L. 1411-11 créé par ce texte évoque « le respect des exigences de proximité ». Pour que cela ne reste pas un vœu pieux, il faut définir des critères et des normes, ce que ne fait pas suffisamment le projet de loi. Ne laissons pas échapper la chance qui nous est offerte ! Si nous ne prenons pas des dispositions plus contraignantes, nous allons vers une aggravation de la situation. Les déserts médicaux vont se multiplier et s'étendre. Je compte sur vous, madame la ministre, et sur vous, mes chers collègues, pour que ne rations pas ce rendez-vous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Cet article 14, en la définissant, reconnaît enfin l'importance de la médecine de premier recours. Mais, au-delà de la consécration par la loi des droits et devoirs de ce médecin, c'est à une véritable revalorisation de son métier que nous devons travailler.

À la suite de l'expérience déjà acquise par les uns et les autres, il apparaît tout d'abord que les élus doivent impérativement participer à la définition de ces zones déficitaires, voire à leur redécoupage, à l'aune de la réalité locale.

Vous avez privilégié, madame la ministre, l'incitation à l'installation plutôt que la contrainte. Je vous propose, dans ce cadre, de favoriser avant tout les incitations de type « organisationnel », sous forme de rémunération indirecte, en facilitant le travail et la qualité de vie des praticiens.

Ces incitations doivent favoriser les installations au bon endroit, grâce au schéma régional d'organisation sanitaire et sociale ambulatoire prévu par ce projet de loi. Elles devront également favoriser les bons outils : le travail des ARS sera important ; il faudra prendre en charge des plateaux techniques locaux, mettre en place des protocoles de soin, faciliter le travail en réseau, étendre la formation médicale continue à distance, mutualiser les moyens d'accueil et de secrétariat.

A contrario, je ne suis pas favorable à la multiplication des incitations financières, dont beaucoup ont déjà été essayées. Elles n'amèneront pas, aujourd'hui, des médecins aux endroits où nous avons besoin d'eux.

M. Christian Paul. Très juste !

M. Guy Lefrand. Au contraire, des effets indésirables se sont parfois faits sentir : certains médecins ont peur de perdre des aides financières – je ne parle pas ici de ma circonscription, mais c'est du vécu.

Et pour que ces professionnels de santé soient tentés par ce mode d'exercice, il faut les sensibiliser par des stages obligatoires en zones déficitaires en fin de cursus, mais aussi, peut-être, par une installation temporaire obligatoire.

Dans notre monde de mobilité et de flexibilité, cela n'aurait rien d'aberrant. L'âge moyen d'installation définitive des médecins est aujourd'hui d'environ trente-neuf ans. Est-il si difficile d'imaginer remplacer deux années de remplacement par deux années d'installation en zone déficitaire ?

Enfin, l'amélioration de la qualité de vie, si indispensable à l'installation des médecins, doit passer par une coopération accrue, et bien organisée, entre les différents professionnels de santé, afin que chacun puisse se concentrer sur ce qui apporte le plus de valeur ajoutée.

L'article 14, tel qu'il nous est proposé, est un grand pas vers l'amélioration de la médecine de premier recours. Il apporte des solutions intéressantes. Pour autant, il ne faut pas craindre d'aller un peu plus loin, faute de quoi nous risquerions de revenir rapidement dans cet hémicycle, et d'imposer alors des solutions beaucoup plus coercitives et donc plus douloureuses pour les professionnels de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

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

M. Christian Paul. Nous affrontons maintenant l'épreuve de vérité : le Gouvernement et le Parlement sont au pied du mur.

Nous sommes nombreux – sur tous les bancs de cet hémicycle – à considérer que le texte est terriblement insuffisant face à l'extension du désert médical. Nous sommes nombreux à souhaiter amender ce texte pour que les politiques publiques soient à la hauteur de l'enjeu.

La majorité et l'opposition parlent avec gravité, car les prévisions sont alarmantes – j'ignore quel était l'état d'esprit il y a vingt-cinq ans lors de l'instauration du *numerus clausus*, mais aujourd'hui en tout cas, nul ne pourra dire qu'il ignorait les risques de désertification médicale. Les statistiques de la DREES du ministère de la santé rappellent à point nommé

qu'il y aura 10 % de médecins en moins sur le territoire français en 2020, et qu'un départ sur quatre ne sera pas remplacé en 2030 dans les zones rurales.

C'est une prévision ; mais j'ai envie de dire que la réalité est déjà dramatique ! Dans certaines régions, ce sont déjà la moitié des départements qui ne sont pas remplacés – je peux donner des exemples si c'est nécessaire. Nous évoquons tout à l'heure les cantons – qui sont encore souvent une échelle pertinente en zone rurale. Eh bien, certains cantons n'ont plus de médecin, et parfois depuis plusieurs années déjà ! Les délais d'attente pour les consultations de spécialistes atteignent parfois six mois ou un an. Monsieur Debré, je ne parle pas seulement de la Nièvre : la désertification médicale ne concerne pas seulement les territoires ruraux.

Votre projet de loi traite donc, à partir de l'article 14, des déserts médicaux. Cet article n'est d'ailleurs pas sans intérêt, mais il est – comme les autres dispositions, très peu nombreuses, sur le même sujet – extrêmement insuffisant. Il révèle une sorte d'impuissance publique dont vous ne semblez pas véritablement vouloir sortir.

Je mets au crédit de tous ceux qui sont présents aujourd'hui dans cet hémicycle un diagnostic lucide, et cruel. Mais nous avons le sentiment que vos propositions, madame la ministre, se situent très en dessous des exigences de la situation.

Ne tournons pas autour du pot : nous ne demandons pas que l'on renonce à la liberté d'installation ; nous disons que lorsque les circonstances l'exigent, lorsque l'intérêt général le réclame, il faut lui apporter un certain nombre de limites.

Pour notre part, nous voudrions sortir du laisser-faire ; et j'espère que d'autres se joindront à nous. La version initiale du texte ne le permet pas. Il comporte certes quelques mesures intéressantes – ainsi, nous sommes favorables aux *numerus clausus* régionaux instaurés par l'article 15. Mais elles restent beaucoup trop limitées !

Nous voulons donc sortir du laisser-faire – pas pour aller vers la coercition brutale, comme certaines caricatures le laissent croire. Entre la coercition et le laisser-faire, il y a un espace pour la régulation de l'implantation des médecins dans notre pays. C'est sur ce terrain-là que nous voulons placer cette loi. Nous proposerons donc de plafonner, voire de geler lorsque c'est nécessaire, les installations dans les zones médicalement trop denses. De cette façon, nous pourrions amorcer, non pas dans dix ans, mais dans quelques mois, le redéploiement des installations médicales.

En effet, un certain nombre de réponses que vous proposez auront un effet dans dix ans. Or c'est maintenant que le problème du désert médical se pose ! Avec Marc Bernier et la mission d'information, nous avons dressé une liste précise des remèdes de fond : je n'y reviens pas. La commission des affaires sociales a adopté trente propositions, dont une dizaine sont d'ordre législatif : elles viendront en débat par voie d'amendement, de la majorité comme de l'opposition. Nous sommes donc tout à fait conscients qu'il y a des remèdes de fond, dont les conséquences se feront sentir à long terme : cela concerne notamment les études médicales et les stages.

M. le président. Merci de conclure.

M. Christian Paul. Je conclus d'une phrase : l'article 14 pourrait apporter un certain nombre de réponses pour la médecine de premier recours, à condition que des moyens lui soient clairement alloués.

M. le président. Vous avez dépassé votre temps de parole !

M. Christian Paul. Je termine : parce que vous maintenez une séparation artificielle entre les principes et les moyens, j'ai peur qu'il ne soit difficile de vous suivre.

M. le président. Les inscrits sur l'article sont très nombreux. Je demanderai donc à chacun de bien vouloir respecter strictement son temps de parole.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'article 14 ouvre donc enfin le débat : comment organiser les soins ? Comment mieux prendre en charge les patients et assurer à chacun des soins de qualité, quel que soit son lieu d'habitation ?

Les problèmes de démographie médicale sont connus. Je passerai rapidement sur le constat. Les responsabilités, monsieur Paul, en incombent à tous les gouvernements qui ont, depuis de nombreuses années, bloqué le *numerus clausus*. La question est claire : faut-il mieux répartir les professionnels de santé, et comment ? Faut-il user de la contrainte ?

Pour ma part, je pense que l'on n'obligera jamais personne à aller là où il ne veut pas aller.

M. Christian Paul. Ce n'est pas ce que j'ai dit !

M. Jean-Pierre Door. Ceux-là se détourneront, et se dirigeront vers le salariat ou vers les médecines à exercice particulier.

Les élus – maires ou conseillers généraux notamment – se mobilisent souvent pour dénicher la perle rare : le jeune médecin qui aime la ruralité, prêt à s'installer dans nos campagnes, répondant ainsi à l'appel au secours des élus. Preuves à l'appui, il faut bien reconnaître que cette recherche est rarement fructueuse : j'en ai eu quelques exemples dans ma propre région.

Certains de ces médecins viennent d'horizons très lointains, voire d'autres pays. Ils imaginent des conditions de travail idylliques, mais la déception est souvent telle qu'ils repartent au bout de quelques semaines ou au bout de quelques mois. Leurs espoirs, ainsi que ceux des élus, ont disparu.

Faut-il alors user de la contrainte ? Mais qui peut sérieusement croire que toutes nos communes trouveront un médecin ? Il y a un an encore, 470 médecins se sont installés en médecine libérale. Le reste des cinq mille autres est allé vers le salariat, les remplacements ou vers d'autres systèmes.

L'Allemagne et le Canada ont tenté de prendre des mesures contraignantes, comme le non-conventionnement de ceux qui s'installaient dans des zones trop denses : ce fut un échec, et ces mesures, mises en place en 2000, ont été abandonnées.

Mme Bérengère Poletti. Eh oui !

M. Jean-Pierre Door. Je voudrais, pour ma part, retenir les propositions des plus jeunes, ceux qui seront demain les professionnels de santé. Que disent-ils ? Je souligne qu'ils ont l'aval du professeur Ambroise Thomas, de l'Académie nationale de médecine, ainsi que du professeur Yvon Berland, qui a été chargé de l'organisation des états généraux de l'organisation de la santé.

M. Christian Paul. C'est rassurant ! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Door. Ils proposent d'améliorer et de renforcer encore les mesures incitatives. C'est ce que propose le texte : valoriser le métier de médecin généraliste et organiser sa promotion en faisant très tôt connaître ses atouts ; organiser la filière de troisième cycle – sur ce point, je crois que nous sommes tous d'accord ; aménager les conditions d'exercice ; étudier le *numerus clausus* régional, comme vous l'avez rappelé, monsieur Paul ; se pencher sur le problème tout aussi inquiétant de certaines spécialités médicales déficitaires, comme la chirurgie, la gynécologie et l'ophtalmologie, comme l'a rappelé Marc Bernier.

Madame la ministre, je souscris donc pleinement à votre politique. Je crois à votre texte, même s'il est encore possible de l'améliorer. Nous ne devons pas nous tromper de stratégie ; allons vers ce que nous demandent les plus jeunes : aidons-les à s'installer là où c'est souhaitable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Philippe Boënnec. Très bien !

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

M. Gérard Bapt. Nous sommes là au cœur du débat. Contrairement à ce que certains laissaient entendre, nous sommes loin de tout sectarisme et de tout esprit d'opposition systématique sur ce sujet.

Cet article 14 comporte des aspects positifs : je pense au principe d'une organisation de l'offre de soins par niveau et à la définition de la médecine générale de premier recours. On connaît aujourd'hui les maux : cloisonnement de l'offre, difficultés d'une prise en charge coordonnée, difficultés du continuum entre l'hôpital et la prise en charge médico-sociale en ville. La prise en charge continue est souvent plus facile à partir de l'hôpital qu'à partir des établissements de soins privés, où l'on se préoccupe moins de ce continuum : voilà pourquoi les missions de services publics seront si importantes lorsqu'il y aura délégation.

Il est donc positif de définir, et d'enrichir, la médecine générale, notamment en y introduisant un souci de santé publique. C'est un facteur d'attractivité de l'exercice de la médecine de premier recours que de permettre qu'il y ait plus de recherche en santé publique au niveau de la médecine générale.

L'article 14 prend aussi en compte l'éducation pour la santé, la prévention, l'orientation des patients selon leur état et leurs pathologie : tout cela est important.

Le titre II, de manière générale, en dépit des bons principes affirmés à l'article 14, nous paraît, aujourd'hui encore, insuffisant à organiser la prise en charge du premier recours. Peut-être nos amendements pourront-ils l'enrichir.

Certes la régionalisation des postes d'internes pour répondre aux besoins, ainsi que les mesures incitatives, que peuvent notamment développer les collectivités locales, dont c'est, parfois, la priorité, bien qu'elles soient aujourd'hui étranglées financièrement, représentent des avancées. Toutefois, madame la ministre, il ne suffit de renvoyer aux futures ARS, sans que celles-ci puissent disposer d'instruments supplémentaires, l'organisation de la médecine de premier recours dans le cadre d'un SROS ambulatoire non opposable, d'autant que, parfois, on n'en finit pas d'attendre les résultats des discussions conventionnelles !

C'est la raison pour laquelle nous regrettons que vous ayez refusé l'amendement de M. Le Guen visant à assurer l'accès aux soins à un tarif opposable, y compris dans les centres de santé et les cabinets libéraux lorsqu'ils sont en situation de monopole. Il est également important de mieux prendre en considération les problèmes liés à la démographie médicale – vaste débat !

Madame la ministre, vos propos, à l'assemblée générale d'un syndicat de médecins libéraux, visant à assurer qu'il n'était pas question de remettre en cause la liberté d'installation, ne laissent pas de nous inquiéter. Nous pensons en effet que, s'il ne s'agit pas de remettre en cause une telle liberté, il convient en revanche de la réguler en fonction de l'intérêt public, des besoins qui remontent des territoires et des préoccupations exprimées par des élus de tous les bancs de cette assemblée.

C'est pourquoi, autant personne ne saurait obliger un médecin à s'installer dans un lieu qui lui serait fixé d'avance – il faut l'y inciter –, autant il est possible de prendre des mesures dissuasives, visant notamment à éviter de nouvelles installations, fondées sur des conventionnements intempestifs, dans des territoires déjà surdotés, alors même que, comme l'a rappelé M. Christian Paul, les départs à la retraite de nombreux médecins sont sur le point d'aggraver l'érosion démographique et d'amplifier les déserts médicaux.

Voilà pourquoi, madame la ministre, si nous vous accompagnons en ce qui concerne les objectifs, nous attendons en revanche des instruments supplémentaires pour les ARS ainsi que des moyens supplémentaires pour l'assurance maladie, notamment en cas d'insuffisance de la médecine libérale dans l'organisation de la médecine de premier recours. En vue de répondre aux besoins, les pouvoirs publics devront permettre la mise en place de centres de santé, y compris grâce à de nouvelles formes de rémunération ou à des rémunérations salariées.

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. L'accès aux soins, madame la ministre, est certainement une des questions qui, aujourd'hui, préoccupent le plus nos concitoyens. Ils souhaitent en effet non seulement pouvoir se payer, au sens strict, des soins lorsque c'est nécessaire – nous avons évoqué la question des dépassements d'honoraires –, mais également trouver un établissement médical – hôpital ou clinique – dans un délai raisonnable – tel est le sens de certains de nos amendements que vous avez repoussés –, ainsi qu'un médecin généraliste ou spécialiste, à proximité de chez eux, afin d'éviter que ne se creusent les inégalités entre les territoires qui proposent une offre médicale très dense et ceux qui, progressivement, se voient retirer tous leurs moyens en raison des départs à la retraite des professionnels de santé.

Ce sujet préoccupe chacun dans cet hémicycle, quel que soit le banc sur lequel il siège. C'est la raison pour laquelle nous espérons que le débat sur le titre II nous permettra de construire ensemble une réponse appropriée aux attentes des Français, ce que nous n'avons pas pu faire

à l'occasion du titre I^{er}. À cette fin, nous attendons, d'une part, du Gouvernement qu'il se montre plus constructif et plus à l'écoute des amendements que nous proposerons et, d'autre part, de nos collègues de la majorité, qui expriment régulièrement leurs préoccupations devant l'extension des déserts médicaux, qu'ils ne retirent pas leurs amendements au fur et à mesure que le débat avancera, comme ils l'ont fait, malheureusement, au cours de la discussion du titre I^{er}.

Alors qu'à nos yeux le temps des petits pas est derrière nous, nous continuons d'entendre ceux qui craignent de brutaliser le système et demandent de laisser leurs chances aux négociations conventionnelles afin de permettre au dialogue d'avancer. Or cela fait des années que le dialogue conventionnel n'aboutit pas et que les déserts médicaux augmentent sans que rien ne soit fait pour s'y opposer. Je le répète : le temps des petits pas est derrière nous ! Le domaine de la santé a besoin d'un véritable big bang, qui permette de répondre véritablement aux attentes des Français, lesquels, selon des sondages récents, seraient plus de 54 % à considérer que le système actuel ne permet pas à l'ensemble des habitants du pays de bénéficier de la même qualité de soins, notamment en fonction du lieu d'habitation – ils sont alors 56 % ! Par ailleurs, 96 % des personnes interrogées se disent favorables à une augmentation du *numerus clausus* et plus de 70 % à des mesures coercitives en direction des professionnels médicaux.

Nous ne préconisons pas de telles mesures, mais nous demandons à ce que soit prise en considération, enfin, la révolution complète qui s'est opérée dans le milieu médical, notamment au sein de la médecine libérale. Les jeunes médecins ne veulent plus pratiquer la médecine comme leurs collègues il y a vingt ans. Les Français, quant à eux, souhaitent pouvoir trouver à proximité, je le répète, une réponse à leurs besoins. Si nous voulons que l'offre réponde à la demande, il nous faut adopter, de façon volontariste, voire avec vigueur, différentes solutions. Nous l'avons dit et répété : la mesure miracle permettant, d'un coup de baguette magique, d'amener les médecins à s'installer là où c'est nécessaire pour combler les départs, n'existe pas ! Le Gouvernement doit conduire une politique globale. Comment espérer en effet que des professionnels de santé libéraux s'installent dans des territoires d'où l'État retire l'offre de service public ?

M. le président. Il vous faut conclure, madame Touraine.

Mme Marisol Touraine. Il s'agit de mieux répondre aux besoins des Français : or le texte, dans son état actuel, est vide en la matière. Un débat sans doute difficile, mais que nous espérons constructif, devra lui permettre de relever un des défis majeurs que notre pays a à affronter aujourd'hui.

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

M. Jean-Marie Le Guen. L'article 14 nous place au cœur du problème que connaît aujourd'hui le système de santé français, si nous mettons de côté les déséquilibres persistants entre la prévention et le soin, encore que les soins primaires aient évidemment un rôle majeur à jouer en matière de prévention.

Contrairement à ce qu'on a voulu nous faire croire, le grand malade de notre système de santé, ce n'est pas l'hôpital, c'est la médecine de ville, ou plus exactement la médecine dite libérale telle qu'elle existe depuis une quarantaine d'années.

Mes chers collègues, vous relayez tous cette inquiétude, aussi bien sur les bancs de la gauche que sur ceux de la droite et voilà, sinon plusieurs années, du moins plusieurs mois que vous cherchez des solutions. Certains d'entre vous ont longtemps cru qu'il suffisait de prendre des mesures dites incitatives et positives. Vous savez bien qu'elles n'ont pas l'effet escompté, et ce pour une simple raison : ce que nous demandent notamment les jeunes médecins, ce n'est pas de gagner plus d'argent mais de disposer de conditions de travail qui correspondent à ce à quoi ils croient, à ce à quoi ils ont été formés et aux besoins de leurs malades.

Cela peut surprendre certains de nos collègues ici présents, qui pensent qu'avec l'argent, on peut faire monter le monde ! Eh bien non ! En l'occurrence, des générations de médecins, y compris de jeunes médecins, considèrent que l'argent n'est pas l'alpha et l'oméga de leur engagement professionnel.

En ce qui concerne la coercition, je comprends ceux de nos collègues qui, dans cet hémicycle, sur tous les bancs, pensent qu'il suffit de demander aux médecins un « engagement citoyen » afin qu'ils aillent là où on a besoin d'eux, non par intérêt – puisque tel n'est pas le cas –, mais par reconnaissance du fait que l'État a investi dans leur formation. Nous pouvons, je pense, tous convenir qu'un tel engagement modifie profondément l'exercice prétendument libéral de la médecine puisque c'est le début d'une forme de fonctionnarisation. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. Marc Le Fur. Non !

M. Jean-Marie Le Guen. Que les députés qui sont porteurs de cette idée ne voient pas dans mes propos un reproche. Une telle idée n'est pas répréhensible en soi, mais c'est un fait : à partir du moment où vous appliquez aux médecins certains des critères qui sont appliqués, dans le cadre de la fonction publique, aux élèves de l'ÉNA ou de Polytechnique, alors même que la médecine n'est pas la fonction publique, vous vous heurtez à un paradigme idéologique et, de ce fait, au refus de la très grande majorité de vos collègues.

Je tiens du reste à ajouter, pour des raisons non pas idéologiques mais pratiques – vous y avez réfléchi –, que cela n'ira pas sans un phénomène d'évaporation considérable et que ce sont précisément ceux qui seraient le moins susceptibles d'être pénalisés qui devraient être pénalisés, ce qui aboutit à une contradiction absolue dans l'application de ces mesures.

Or nous allons vers l'urgence sanitaire, voire un véritable chaos. Ne croyez pas les technocrates, aux yeux desquels la démographie médicale serait satisfaisante.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Ils disent le contraire.

M. Jean-Marie Le Guen. Vous savez tous, pour le vivre dans vos circonscriptions, que les médecins, dont la moyenne d'âge est très avancée, sont fatigués et en ont assez de travailler, y compris les plus anciens, dans les conditions qui sont les leurs. La crise est proche : elle éclatera avant 2012 – j'ignore pourquoi j'évoque cette date, qui m'est venue comme par magie.

M. le président. Il vous faut conclure, mon cher collègue.

M. Jean-Marie Le Guen. La seule solution,...

M. le président. Est de conclure.

M. Jean-Marie Le Guen. Je serai bref, monsieur le président.

La seule solution est de sortir de la logique instaurée par la convention médicale pour mettre en place une nouvelle donne permettant de favoriser les formes d'exercice collectif rassemblant des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux, en vue de créer des môles autour desquels s'exercerait la médecine. Il convient de créer un nouveau contrat avec les professions de santé et les médecins de médecine primaire. Cette politique, je le répète, vous obligera à abandonner la convention médicale telle qu'elle existe aujourd'hui.

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

Mme Catherine Lemorton. Les chiffres font peur : 10 % de médecins en moins en 2020 sur le territoire français, un départ sur quatre non remplacé dans les zones rurales en 2030. Il est vraiment temps de se pencher sur le problème !

Faut-il prendre des mesures incitatives, dissuasives, voire coercitives ? Selon M. Door, les mesures coercitives n'ayant aucun effet, il conviendrait d'accentuer les mesures incitatives, dont un grand nombre, du reste, ont déjà été proposées. Or elles ne fonctionnent pas non plus toujours très bien, raison pour laquelle, sans doute, les futurs médecins demandent un guichet unique d'information.

Je tiens à rappeler, mes collègues, à vous comme aux futurs médecins et à ceux qui exercent déjà, en tant que salariés ou remplaçants, que les médecins sont soumis au serment d'Hippocrate. Les représentants de l'Académie nationale de médecine, que nous avons auditionnés ensemble, ont rappelé que le serment d'Hippocrate conduit à soigner les gens là où ils en ont besoin.

Un député du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Le serment d'Hippocrate, ce n'est pas le service public !

Mme Catherine Lemorton. Le projet de loi prévoit la régionalisation du *numerus clausus*, afin de l'adapter aux besoins. Nous y sommes favorables, à condition de prendre les mesures nécessaires – incitatives, dissuasives, coercitives ? Je ne saurais en décider maintenant. En tout cas, il ne suffira pas d'augmenter les *numeri clausi* pour que toutes les régions soient convenablement pourvues, puisque 80 % des étudiants sortant d'une promotion s'installent aujourd'hui dans la grande agglomération de leur ville universitaire.

Dans les huit départements de la région Midi-Pyrénées, région où je suis élue, il ne suffira pas d'augmenter le *numerus clausus* pour voir le fin fond de l'Aveyron ou de l'Ariège doté d'un nombre suffisant de médecins.

Mme Marisol Touraine. Ce serait trop facile !

Mme Catherine Lemorton. La volonté d'améliorer la répartition du corps médical ne doit pas nous conduire à négliger la nécessité d'une réelle délégation de tâches, d'un réel partenariat avec les autres professionnels de santé. Nous allons avoir besoin de tous les acteurs de santé, qu'il s'agisse des infirmières, dont nous reparlerons au cours de la discussion

des articles, ou des pharmaciens – M. Méhaignerie n'est pas là, qu'on sache néanmoins que je ne fais pas montre ici de corporatisme.

M. Jean-Pierre Brard. M. Méhaignerie n'est pas pharmacien, il est démo-chrétien !

Mme Catherine Lemorton. Mme Bachelot avait promis aux pharmaciens qu'on augmenterait le *numerus clausus* des étudiants pour pallier le déficit des effectifs qui coïncide avec l'évolution de la courbe démographique. Vous aviez en effet promis, madame la ministre, que le nombre des étudiants en pharmacie admis en deuxième année passerait de 3 090 à 3 300. Apparemment, Mme Péresse,...

M. Christian Paul. Encore elle ! (*Murmures sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Catherine Lemorton. ...ministre on ne sait pour encore combien de temps,...

M. Jean-Pierre Brard. Elle doit être très malade !

Mme Catherine Lemorton. ...ne vous a pas suivie dans cette voie, ce que je ne peux que regretter.

Aussi, je ne souhaite pas qu'on ne pense qu'aux médecins pour oublier les autres professionnels de santé qui peuvent également assumer le rôle de premier recours dans le cadre de la permanence des soins.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Nous abordons, avec cet article, l'un des temps forts de ce texte. Après avoir longtemps pensé que les seuls problèmes de notre système de santé étaient d'ordre financier, nous avons pris conscience que nos concitoyens pouvaient être confrontés à des difficultés d'accès aux soins et en particulier à des soins de qualité.

Certes, nous avons des excuses pour entretenir l'illusion que le *statu quo* suffirait. L'OMS n'avait-elle pas considéré, dans les années 2000, que notre système de santé était le meilleur au monde ? Puisque nous étions champion du monde, pourquoi donc nous attaquer au chantier de la modernisation de notre système de soins, exercice toujours périlleux ?

La réalité nous rattrape et nous impose ses vérités qui dérangent, notamment celle que nos concitoyens rencontrent de plus en plus de difficultés pour se faire soigner. Qui peut encore affirmer que les Français sont égaux devant la maladie et égaux devant les soins auxquels ils pourraient légitimement aspirer au regard de tous les milliards d'euros qui y sont consacrés ?

M. Gérard Bapt. Bonne question !

M. Yves Bur. Selon que l'on est riche ou démuné, selon qu'on habite à la ville, qui monopolise les sommités médicales, ou dans des territoires éloignés, suivant, aussi, sa situation sociale et donc son carnet d'adresses,...

M. Christian Paul. Eh oui !

M. Yves Bur. ...ses chances ne seront pas les mêmes d'être bien soigné, tant les problèmes d'organisation de notre système de soins sont devenus un handicap dans la recherche de soins de qualité accessibles à tous sur l'ensemble du territoire.

M. Gérard Bapt. Le docteur Bur a un excellent diagnostic !

M. Yves Bur. Il était temps d'agir et, madame la ministre, vous assumez avec courage et ténacité le choix de mieux organiser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

À travers les ARS, une nouvelle gouvernance territoriale sera opérationnelle dès 2010. Encore faut-il lui donner les outils pour répondre aux difficultés que rencontrent certains territoires confrontés à la rareté de la présence médicale. Les questions posées par l'évolution démographique autant que par les nouvelles attentes professionnelles et personnelles des praticiens de santé imposent la mise en place d'un nouveau cadre d'exercice.

Les mesures proposées vont dans le sens d'une formation plus proche des réalités de l'exercice ambulatoire afin de faire découvrir aux jeunes étudiants toutes les facettes d'un métier passionnant autant qu'exigeant. Elles entendent améliorer les conditions d'exercice en favorisant toutes les formes de coopération. Elles se fondent toutes sur le mode incitatif, sur l'efficacité duquel nous sommes pourtant nombreux à nous interroger.

Face à ce scepticisme, ne faut-il pas aller plus loin que votre projet, afin, grâce aux bourses, d'encourager à exercer là où les Français ont besoin de soignants ? Ne faut-il pas oser mettre fin au volontariat et rétablir l'obligation en matière de permanence des soins, ce que de nombreux responsables ordinaires appellent de leurs vœux ?

M. Christian Paul. Chiche ?

M. Yves Bur. Ne faut-il pas donner plus de force aux orientations des SROS ambulatoires si les incitations proposées restent sans effets,...

M. Guy Lefrand. Très bien !

M. Yves Bur. ...même si personne n'a envie de faire porter le fardeau aux seuls nouveaux professionnels de santé ?

M. Guy Lefrand. Absolument !

M. Yves Bur. Certains collègues et moi-même, conscients de la délicatesse du sujet, partageons ces préoccupations. Les risques induits par les déserts médicaux seraient, en matière de santé publique, bien difficiles à assumer pour les responsables politiques que nous sommes. En effet, parce qu'il s'agit de la santé et parce qu'entre 2006 et 2030 la population croîtra d'environ 10 %, nous avons presque une obligation de résultat pour être sûrs que les Français pourront être bien soignés malgré la baisse inéluctable du nombre de médecins et de soignants, l'étiage devant être atteint en 2020 selon la DRESS, la France pouvant alors compter sur une densité de 276 médecins pour 100 000 habitants contre 327 actuellement.

Je souhaite que nos débats nous permettent d'avancer sur ce sujet ô combien sensible.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Marc Dolez.

M. Marc Dolez. Le titre II que nous entamons avec cet article 14 concerne l'accès de tous à des soins de qualité. Comment ne pas être d'accord avec un tel postulat ? Reste qu'on note un décalage criant entre l'objectif affiché et les réponses apportées, réponses que nous jugeons tout à fait inopérantes.

J'insiste en outre sur le fait que, pour notre groupe, qui n'a cessé de le répéter depuis le début du débat et qui le répétera jusqu'à son terme, l'ensemble de ce texte, madame la ministre, livre l'accès aux soins à une culture de la rentabilité que nous considérons comme une grave menace pour notre système de santé et de protection sociale.

C'est d'ailleurs le point de vue de nombreuses organisations syndicales, des personnels, des médecins, de nombreux collectifs d'usagers qui manifesteront jeudi 5 mars prochain dans la rue et qui exigeront avec force – et nous les soutenons dans leur souhait – que ce texte soit retiré.

Je souhaite insister sur le rôle d'acteur pivot que le texte confère au médecin généraliste. En la matière, les dispositions prévues à l'article 14 ne sont pas suffisantes. Je rappelle qu'il y a juste un an, nous avons voté à l'unanimité une proposition de loi relative à la mise en place de la filière universitaire de médecine générale qui pouvait constituer une étape importante pour la revalorisation de la médecine générale.

Or le bilan est aujourd'hui particulièrement préoccupant. Il n'y a toujours aucun titulaire universitaire de médecine générale. À défaut, ce sont 130 enseignants associés à mi-temps qui les remplacent, rémunérés à hauteur de 40 % d'un salaire de titulaire. Au total, on compte dix fois moins d'étudiants en médecine générale que dans les autres spécialités. Par conséquent, le stage en médecine générale, obligatoire en deuxième cycle depuis dix ans et à l'issue duquel les étudiants choisissent leur spécialité, n'existe quasiment pas et celui prévu en troisième cycle se déroule, reconnaissons-le, dans des conditions déplorables.

La reconnaissance de la médecine générale, que prétend promouvoir l'article 14, dépendra donc des moyens consacrés à son enseignement.

M. le président. La parole est à M. Marc Le Fur.

M. Marc Le Fur. « Accès de tous à des soins de qualité » : c'est là notre ambition. Dans ce cadre, l'enjeu majeur, selon moi, est celui de la démographie médicale. Il s'agit aussi d'un enjeu masqué parce qu'on raisonne souvent en termes de moyenne ; ainsi, on peut considérer une moyenne nationale, ou même régionale, comme satisfaisante. Reste que si l'on prend l'exemple de la région où je suis élu, si la moyenne demeure convenable, on peut déplorer des inégalités considérables.

M. Christian Paul. Très juste !

M. Marc Le Fur. Je suis ici entouré de spécialistes, d'éminents professeurs, qui maîtrisent parfaitement toutes ces questions. (*Murmures.*) Je n'ai pas cette prétention, ce pourquoi je vais me montrer très concret et vous poser des questions très précises, madame la ministre.

Dans le canton de Merdrignac, à l'est du département des Côtes-d'Armor, on compte quatre médecins dont trois ont plus de cinquante-huit ans. Que fait-on ?

M. Jean-Pierre Brard. Ils sont expérimentés !

M. Marc Le Fur. Autre exemple : parmi les trente-six médecins que compte le canton de Loudéac, six ont plus de soixante ans et vingt-deux – soit les deux tiers – plus de cinquante-cinq ans. Que fait-on ? Ma question, loin d'être abstraite, mais au contraire très concrète, vaut aussi pour les spécialistes.

On a déjà proposé des réponses comme les maisons médicales. Or dans ma région elles existent déjà et les médecins en sont très satisfaits. Ils travaillent en particulier avec leurs homologues des autres professions de santé, ce qui est très bien. Il n'empêche que ces maisons médicales n'ont pas attiré de jeunes médecins.

Par ailleurs, les incitations fiscales existent déjà. Mais, comme d'autres, je pense que, chez les jeunes médecins, l'arbitrage temps-travail n'est plus celui de naguère. Dans ma circonscription, les médecins font des actes, gagnent correctement leur vie. Il n'empêche que nous n'attirons pas de jeunes. Que peut-on donc faire ?

Je ne me fais pas piéger par les mots du type « coercitif », et je leur préfère celui de « volontariste ».

M. Christian Paul. Très bien !

M. Marc Le Fur. Quelques collègues et moi-même défendrons un amendement dessinant une carte de France où, dans les régions dont le nombre de médecins est considéré comme satisfaisant, l'on maintiendrait le principe de liberté d'installation sous réserve de ne pouvoir s'installer que pour remplacer un confrère.

M. Christian Paul. Nous sommes d'accord !

M. Marc Le Fur. Le rapport sera donc de un pour un et le nombre de médecins ainsi maintenu. En revanche, dans les autres zones, la liberté totale d'installation sera assurée.

L'idée est simple : il s'agit de tarir l'installation dans les secteurs où elle n'est pas nécessaire, puisque la démographie médicale y est satisfaisante, pour la stimuler là où elle ne l'est pas. Or, à cette idée qui relève du bon sens, on oppose les grands principes. Mais les principes sont d'abord définis dans l'intérêt des malades et de l'ensemble de nos concitoyens ! Et mon idée respecte les principes puisque la liberté d'installation est garantie, y compris dans les zones les plus densément peuplées de médecins.

On objecte ensuite que les médecins sont contre une telle idée. Il se trouve que les médecins de mon secteur, que j'ai réunis, m'ont approuvé. Le président du conseil l'ordre du département des Côtes-d'Armor lui-même, madame la ministre, m'approuve.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Évidemment, puisque les médecins dont vous parlez sont déjà installés !

M. Marc Le Fur. Tout à fait, mais n'affirmons pas que les médecins s'opposent au dispositif que je défends.

Je ne propose aucune mesure révolutionnaire mais simplement d'appliquer ce qui existe dans le secteur pharmaceutique et qui donne satisfaction. Je suggère d'appliquer les mesures prises volontairement par les infirmiers et les infirmières, initiative saluée en son temps par le Président de la République.

M. Christian Paul. Très bon exemple !

M. Marc Le Fur. Nous devons être convaincus qu'au cours de notre mandat, ce débat est pour nous l'occasion d'aller plus avant sur le sujet.

M. Christian Paul. C'est la dernière station avant le désert !

M. Marc Le Fur. Je ne prétends pas détenir la solution, madame la ministre. Je considère en tout cas que les mesures que l'on nous propose en l'état ne sont pas satisfaisantes. Les mesures que nous devons prendre sont urgentes.

M. le président. Merci de bien vouloir conclure, mon cher collègue.

M. Marc Le Fur. Je conclurai par un élément de méthode. Les préoccupations du Gouvernement, logiquement, sont diverses. L'une d'elles est l'aménagement du territoire, c'est-à-dire la proximité. Je souhaite que le ministre qui en est chargé, Jean-Louis Borloo ou, à défaut, son secrétaire d'État Hubert Falco, participe à nos débats...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Ce sera bientôt le cas.

M. Marc Le Fur. ...dans la mesure où le sujet le concerne et nous concerne tous.

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

M. Jean-Pierre Brard. Madame la ministre, votre texte est bien intéressant ! L'agence régionale va être chargée d'organiser les soins de premier recours, lesquels comprennent « la prévention, le dépistage, le diagnostic, la dispensation et l'administration des médicaments... » Autant dire que le corps humain est composé de deux bras, de deux jambes, d'un tronc et d'une tête !

Autrement dit, il n'y a rien, du moins dans cet article, car je ne parle pas de ceux que nous avons examinés, et dans lesquels vous avez en particulier éliminé les élus des conseils d'administration des hôpitaux... Ne me regardez pas de cet œil noir, c'est vous qui l'avez fait, ce n'est pas moi ! Vous savez bien que vous êtes coupable de cet acte qui vous suivra, comme l'œil de Caïn.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Ce n'est pas l'œil de Caïn. C'est l'œil de Dieu qui regarde Caïn.

M. Jean-Pierre Brard. L'œil de Dieu ? J'espère que vous ne pensez pas à Nicolas Sarkozy, ce serait blasphématoire !

Mais revenons à notre sujet. Avec votre système, avec vos directeurs d'agence régionale, nous continuerons à avoir, dans certaines régions du pays, une armée mexicaine : nous aurons certes un général, mais pas de médecins.

Moi, quand j'étais élève instituteur, on m'a fait signer un contrat : je devais servir l'État pendant dix ans, en échange de la formation que j'allais recevoir. Je pense que c'est une forme du contrat social. Nos futurs médecins, comme nos anciens, sont formés avec les deniers de la République. Et comme l'a dit l'une de nos collègues tout à l'heure, le serment d'Hippocrate n'implique pas seulement le respect des obligations qui ont été formulées dans l'Antiquité, mais aussi le devoir d'être à proximité des patients, justement pour pouvoir honorer ce serment, ce qui, aujourd'hui, n'est à l'évidence pas le cas.

D'une certaine manière, un médecin libéral exerce une fonction privée pour assurer un service public, celui de la santé, qui est dû à chacune et à chacun de nos concitoyens. Cela ne se discute pas. Le droit à la santé est l'un des éléments du contrat social qui fonde notre État républicain. Et la liberté d'installation ne vient qu'ensuite. La liberté qui ne garantit pas celle, pour le patient, d'accéder au médecin, ce n'est pas la liberté telle que l'entend la Déclaration des droits de l'homme.

Vous avez insisté tout à l'heure, madame la ministre, sur le fait que vous avez reçu les élus de la montagne. Mais il n'y a pas que les élus de la montagne, il y a aussi les élus de la banlieue.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je les ai également reçus.

M. Jean-Pierre Brard. Pensez à Clichy-sous-Bois, par exemple, ou encore au Haut-Montreuil.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. À Mme Voynet ?

M. Jean-Pierre Brard. Oh, il faut se méfier des anesthésistes, madame la ministre. Ils endorment, et oublient parfois de réveiller. (*Sourires.*)

Je reviens au sujet, monsieur le président, mais notez que c'est Mme la ministre qui me pousse à en sortir. Les ratios sont trompeurs : si l'on en croit la moyenne régionale, l'Île-de-France n'est pas si mal servie. Mais je rappelle – et ce n'est pas le professeur Debré, notre éminent collègue, qui me contredira sur ce point – que certains quartiers sont mieux servis que d'autres. Les bourgeois du XVI^e ont un accès plus facile au médecin que ceux qui habitent les quartiers de Montreuil.

M. le président. Il est temps de conclure, monsieur Brard.

M. Jean-Pierre Brard. Je pense, monsieur le président, que le critère numéro un, c'est la nécessité de garantir le service public de la santé, même quand il est assuré par des médecins libéraux. Le reste doit en découler. Et c'est à l'État de proposer des mesures d'encouragement. Notre collègue Marc Le Fur, qui s'exprimait à l'instant avec les accents d'un conventionnel de 1793, a indiqué quelques pistes. Que l'on appelle cela coercition, volontarisme ou autrement, peu importe. Le service doit être rendu.

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

Mme Bérengère Poletti. Nous voici au cœur d'une question de la plus haute importance, à laquelle vous prêtez la plus grande attention, madame la ministre : vous l'avez prouvé lors de la discussion du PLFSS pour 2008. Vous avez eu alors le courage de jeter un pavé dans la mare.

Mme Marisol Touraine. Quel pavé ?

Mme Bérengère Poletti. Vous avez eu raison et je vous ai soutenue alors. Mais je me souviens que vous avez été peu suivie, notamment par nos collègues socialistes, qui crient au loup aujourd'hui, en adoptant une posture d'opposition systématique et démagogique. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Chers collègues socialistes, vous n'avez pas suivi Mme la ministre à l'époque. On ne vous a pas entendus. C'est facile de s'opposer quand on sent que les choses bougent sur le terrain.

Vous avez alors provoqué dans tous les territoires, madame la ministre, une vaste consultation de tous les partenaires, pour trouver des solutions au problème de la démographie médicale. Vaste problème, mais beaucoup plus compliqué qu'il n'y paraît au premier abord.

Grâce à cette réflexion approfondie, mais également grâce aux travaux menés par nos collègues Marc Bernier et Christian Paul, je dois reconnaître que les choses me sont apparues un peu différemment.

Premièrement, ce ne sont pas des territoires qui sont désertés, mais c'est une profession qui l'est. Je pense en particulier aux médecins généralistes et à certains spécialistes. Certes, les difficultés sont sensibles dans certains territoires plus fragiles : dans les campagnes, où se surajoute l'isolement ; dans les quartiers, où la vie collective est difficile ; dans les départements où le conjoint éprouve des difficultés à accéder à un emploi, où les enfants sont éloignés de l'université. Mais fondamentalement, c'est la profession, celle des médecins généralistes notamment, qui est peu attractive et mal connue.

Dans mon département des Ardennes, où le problème est aigu, le sujet suscite une légitime anxiété chez nos concitoyens.

Pourtant, les choses se sont légèrement améliorées, sûrement pas grâce au doublement du *numerus clausus* en Champagne-Ardenne – il faut dix ans pour former un médecin, et une fois formé il peut quitter la région –, mais plutôt grâce à des mesures que j'ai d'ailleurs entendu critiquer aujourd'hui, je veux parler des mesures fiscales qui ont été prises depuis trois ans, lesquelles ont eu un effet positif, comme me l'ont dit des médecins généralistes de mon département. Une meilleure organisation de la permanence des soins y a aussi contribué.

En réalité, le plus grave problème qui nous menace, c'est l'âge des médecins qui assurent actuellement les soins. C'est la raison pour laquelle j'approuve les mesures en faveur d'une meilleure organisation – supervisée par les ARS, autour des pôles de santé – et d'une meilleure formation des médecins, les impliquant beaucoup plus dans la médecine générale.

Par ailleurs, je voudrais vous faire part d'une expérimentation qui vient d'être lancée dans ma circonscription, et qui me semble être une bonne initiative.

M. Gérard Bapt. Ça, c'est vrai.

Mme Bérengère Poletti. En effet, la MSA et Groupama vont financer des postes pour soutenir les pôles médicaux et aider les médecins dans leurs tâches administratives.

M. Gérard Bapt. Très bonne idée !

Mme Bérengère Poletti. J'en profite d'ailleurs, madame la ministre, pour relever que la manière dont les caisses s'adressent parfois aux médecins ne les incite pas toujours à continuer d'exercer dans des territoires difficiles.

La MSA et Groupama vont aussi financer des postes en vue d'aider les médecins pour ce qui est des actes paramédicaux, notamment des prises de sang. On sait que certains médecins généralistes, dans des zones déficitaires, continuent à effectuer ces prises de sang, et ont en effet besoin d'être secondés et aidés.

Madame la ministre, le débat que vous avez lancé en octobre 2007 et qui se poursuit à travers l'examen de ce texte, produit des réflexions et des initiatives intéressantes. Il entraîne une prise de conscience qui nous permettra de corriger les erreurs du passé, notamment s'agissant du *numerus clausus*.

Mais à mon avis, une évaluation doit être prévue dans les années futures afin de mesurer l'efficacité des mesures contenues dans ce texte, qui va être amendé et amélioré durant nos discussions, et il faudra en tirer les conséquences.

Je pense que nous aurons, à l'occasion de l'examen du titre II, des discussions très intéressantes, qui nous permettront d'entrer plus avant dans l'étude de ce sujet. Il y a certaines subtilités qui appellent en effet un approfondissement de la réflexion.

M. le président. La parole est à M. Pierre Morel-A-L'Huissier.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Je voudrais revenir sur le problème de la démographie médicale et appeler votre attention, madame la ministre, sur le cas de la Lozère. Ce département compte 78 000 habitants, soit 14 habitants au kilomètre carré, 2 000 hameaux et 185 communes.

Aujourd'hui, le constat est affligeant.

M. Christian Paul. Il est terrible !

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Quelques exemples : trois pédiatres seulement exercent en centre hospitalier, ce qui se traduit par des délais d'attente de trois à six mois ; nous manquons de certains spécialistes comme des rhumatologues ou des urologues ; pire, dans quatre ans, 40 % des médecins de Lozère auront pris leur retraite.

En définitive, il y a en Lozère plus de vétérinaires efficaces que de médecins, de sorte que je reprendrai à mon compte l'affirmation de mon collègue Marc Le Fur : dans les zones rurales, il vaut mieux, aujourd'hui, être une vache qu'un homme ! (*Exclamations sur divers bancs.*)

M. Christian Paul. C'est ce que les gens nous disent tous les jours !

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Je le dis comme je le pense, et c'est un constat avéré.

Nous sommes en crise, et nous ne tiendrons pas très longtemps face à l'incurie et aux exigences que certains peuvent mettre en avant pour s'installer, demandant un logement gratuit tout en refusant d'assurer une garde le week-end. C'est une surenchère permanente. J'y ai été confronté dans ma commune.

Je sais, madame la ministre, que beaucoup de mesures ont été prises : Xavier Bertrand, votre prédécesseur, m'avait adressé une lettre faisant état de pas moins de quarante mesures fiscales et financières en faveur de l'installation des professionnels de santé en milieu rural. À quoi tout cela a-t-il servi ? À pas grand-chose. Je l'ai dit et répété en vain, et mon statut de parlementaire me permet aujourd'hui de le redire devant la représentation nationale.

Des médecins, des biologistes et d'autres professionnels de santé de mon département ont été nombreux à m'écrire pour souligner notamment des problèmes de surcharge de travail, de baisse de la qualité des soins, de manque de reconnaissance, de carence en spécialistes et en centres de proximité.

Je vous le dis fermement, cessons de multiplier les dispositifs qui ne servent à rien. Il faut une fois pour toutes dire aux jeunes médecins qu'il y a des zones en déprise, des zones rurales en difficulté qui n'ont plus de médecins. Je sais que le triptyque loisir-famille-travail est important, mais il y a derrière l'activité de médecin le serment d'Hippocrate, et il y a aujourd'hui la nécessité de répondre à une obligation de maillage territorial, et ce d'autant plus qu'en définitive, c'est la sécurité sociale qui paie.

Je vous demande, madame la ministre, de procéder rapidement à une évaluation de l'ensemble des mesures existantes pour attirer les professionnels de santé dans les zones rurales.

M. Christian Paul. Cela a été fait par les états généraux de la santé.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. J'ai pour ma part proposé des mesures spécifiques favorisant l'installation de médecins en zone sous-médicalisée, à l'instar de ce qu'ont accepté les infirmiers. Je pense aujourd'hui utile de définir des normes en termes d'équité et d'accessibilité aux soins, ainsi que de fixer des ratios médecins-patients à titre expérimental. Je prône également des stages obligatoires en milieu rural et un gel des installations en zone sur-dotée, ainsi que la valorisation des actes en milieu rural et notamment en zone de revitalisation rurale.

Enfin, en m'appuyant sur une motion votée à l'unanimité du conseil général de la Lozère, droite et gauche réunies, une motion proposée par son président Jean-Paul Pourquier, et élaborée à l'initiative notamment du conseiller général Pierre Aldebert, médecin ORL à Mende, dont je salue le courage et l'honnêteté, je souhaite que soient prises les mesures suivantes : une augmentation substantielle du *numerus clausus* en fin de première année de médecine, avec un effort tout particulier dans toutes les facultés de médecine des régions déficitaires, pour remédier, à terme, à une situation devenue aujourd'hui parfaitement inadmissible ; la création d'un exercice médical obligatoire de plusieurs années pour tout jeune médecin diplômé dans les secteurs géographiques déficitaires ; la création de postes d'interne dans les différents services des hôpitaux, notamment ceux des secteurs déficitaires ; la mise en œuvre de conventions entre les centres hospitaliers universitaires situés en périphérie des départements en déficit médical, afin de garantir aux centres hospitaliers le détachement des praticiens nécessaires au bon fonctionnement de leurs différents services ; la mise en œuvre, enfin, de mesures fiscales spécifiques pour les futures installations.

Oui, il y a la liberté d'installation, le caractère libéral et indépendant des médecins, mais il y a également les droits du malade et le rôle que les pouvoirs publics doivent jouer pour assurer une bonne couverture du territoire, pour la médecine générale comme pour les spécialités et les hôpitaux. Il y a également l'attachement du malade à son médecin. Qu'en faisons-nous aujourd'hui ?

À mon sens, madame la ministre, votre texte est bien loin de toutes ces considérations. Un SROS non opposable me semble une ineptie, un paravent que l'on va encore nous proposer, comme les cartes que l'on a dressées s'agissant des ARH et des URCAM, des cartes qui, dans mon territoire, ne correspondaient à rien. Je pense qu'aujourd'hui, à des circonstances exceptionnelles, il faut répondre par des mesures exceptionnelles.

M. Marc Le Fur. Tout à fait !

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Celles-ci peuvent être limitées dans la durée, par exemple valoir pour cinq à dix ans, soit le temps nécessaire pour que l'augmentation du *numerus clausus* produise effet. Je pense que ce texte doit être amendé, je m'y emploierai avec tous ceux qui partagent mes convictions. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP et du groupe SRC.*)

M. Gérard Bapt. Tout cela fait de plus en plus consensus !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Mesdames, messieurs les députés, les interventions extrêmement riches que vous venez de faire sur cet article 14 laissent bien présager de la suite de notre débat, et je reçois toutes les contributions avec le même intérêt.

Il y a déjà un point de consensus : le diagnostic est partagé par tous. Et je dirai à Jean-Marie Le Guen que même les technocrates le partagent, contrairement à ce qu'il pense, puisqu'il a dit qu'ils essayaient de nous rassurer sur ce sujet.

M. Christian Paul. Qu'ils le partagent ne nous rassure qu'à moitié ! (*Rires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Vous pensez donc que cela va mieux, puisque les technocrates disent le contraire ? Mais vous voyez, pour une fois – vous êtes un technocrate, monsieur Paul, ce que je ne suis pas –, je suis de leur avis.

Le titre II comporte un certain nombre de mesures qui constituent un paquet global. Bien sûr, on peut considérer que, prises individuellement, certaines d'entre elles sont insuffisantes.

M. Christian Paul. C'est l'ensemble qu'il faut prendre en considération.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est effectivement l'ensemble qu'il faut juger, et M. Prél en a fort bien saisi la cohérence, ce dont je le remercie.

Certains ont jugé que les mesures incitatives déployées avaient échoué. Mais ces mesures manquaient de cohérence et n'étaient pas assises sur des outils de programmation et de régulation suffisants. Là, nous changeons de braquet, si je puis dire, puisque ces mesures sont assises sur une évaluation fine des besoins, sur un schéma régional d'organisation des soins.

Tant M. Brard que M. Le Fur ont souligné avec raison qu'il ne suffit pas de constater qu'il y a plus de médecins en région Provence-Alpes-Côte d'Azur que dans le Nord-Pas-de-Calais, mais qu'il faut procéder à cette évaluation fine, qui conduit alors à déceler des zones de sous-densité à côté des zones de sur-densité, y compris en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le SROS va permettre de définir au plus près du terrain le concept des pôles de santé locaux, très bien défendu par Marc Bernier qui y est extrêmement attaché.

Le guichet unique est un deuxième élément structurant. Lorsqu'on interroge les jeunes médecins sur la liste que vient de citer M. Morel-A-L'Huissier de quarante mesures que lui avait donnée Xavier Bertrand, on découvre qu'ils ne la connaissent pas. Les multiples dispositifs déployés, ainsi que les divers intervenants – assurance maladie, État, conseil général, conseil régional, communes, acteurs associatifs – constituent en effet un maquis extrêmement complexe. Sur la base du SROS, le guichet unique apportera une coordination bien nécessaire.

La question doit trouver une réponse sur plusieurs plans. Il faut en premier lieu veiller à l'attractivité de la filière de médecine générale. À M. Dolez qui a rappelé que la création de celle-ci a été votée à l'unanimité, j'indique qu'un très intéressant amendement du rapporteur, que ses implications financières exposaient inévitablement au couperet de l'article 40, sera repris par le Gouvernement afin de mettre en place une véritable programmation de cette filière universitaire pendant quatre années, avec pas moins de vingt PUPH, trente maîtres de conférence, cinquante chefs de clinique. Ainsi, monsieur Dolez, votre très juste observation recevra, grâce au rapporteur et au Gouvernement, une réponse concrète.

M. Marc Bernier. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Ne nous leurrions pas, le débat a tourné autour de l'opportunité de prendre des mesures coercitives en faveur de l'installation.

M. Marc Le Fur. Des mesures volontaristes !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Ne soyons pas hypocrites s'agissant du serment d'Hippocrate ! Il faut être clair sur les mesures à prendre, qu'on les appelle coercitives ou volontaristes.

Jean-Pierre Door a versé une contribution extrêmement intéressante au débat en signalant que les mesures « coercitives » ou « volontaristes » avaient échoué dans les pays qui les avaient mises en place. Il a cité les cas du Canada et de l'Allemagne, qui sont en train de revenir sur ces mesures au moment où nous serions tentés d'y recourir.

Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, j'avais proposé des mesures qui n'étaient guère éloignées de celles que défendent certains. J'aurais aimé recevoir alors un peu plus d'appui venant des bancs où on les défend aujourd'hui, plutôt que la forte opposition justement rappelée par Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Exactement !

M. Christian Paul. Vous ne manquez pas d'air !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Si l'attractivité des conditions d'installation est importante, celle des conditions d'exercice l'est tout autant. Madame Lemorton, vous avez raison, les médecins ne sont pas les seuls à même d'assurer le SROS, les pharmaciens et d'autres professions le peuvent aussi.

Mme Claude Greff. Les infirmières !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Le partage des tâches est tout à fait essentiel et les maisons médicales joueront leur rôle, grâce à un certain nombre d'aides apportées par le texte.

D'autres dispositions viendront compléter celui-ci. Nous avons évoqué, avec M. Dolez et le rapporteur, la filière universitaire de médecine générale. La loi de financement a ouvert, en 2008 et en 2009, la voie à d'autres modes de rémunération, ce qui est extrêmement important, par exemple s'agissant de la question de la prévention abordée par M. Le Guen qui a souligné le peu de place que lui accordait notre système de santé. Il est vrai que le mode de rémunération à l'acte ne le permet pas. Mais nous sommes en train de bâtir des référentiels pour des modes alternatifs de rémunération, qui permettront de mieux prendre en charge cette prévention.

Le débat sera donc nourri. Je ne ferme pas la porte à des améliorations substantielles du texte.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Merci !

M. Jean-Marie Le Guen. Dans quel sens ? (« *Dans le bon sens !* » sur plusieurs bancs du groupe UMP.)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je souhaite simplement voir respecter certains principes dans les avancées que l'on me proposera.

D'abord, la vie conventionnelle doit être respectée.

M. Gérard Bapt et M. Jean-Marie Le Guen. Elle est moribonde !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Ensuite, je souhaite laisser du temps au texte, le laisser « respirer » avec les dispositions qu'il contient.

M. Jean-Marie Le Guen. Autant dire que ça se passera au Sénat !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Enfin, je souhaite que soit respectée la solidarité intergénérationnelle, qui me paraît éthiquement légitime, alors que beaucoup de médecins sont tout à fait en faveur de mesures qui ne s'imposeraient qu'aux jeunes.

À ce point du débat, j'affirme donc un esprit d'ouverture, un esprit constructif, dans le respect des principes que je viens d'énoncer.

Mme Claude Greff. Très bien !

M. le président. Nous passons à la discussion des amendements.

Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 12 rectifié et 1183 rectifié.

La parole est à M. Philippe Boënnec.

M. Philippe Boënnec. L'hospitalisation à domicile est un maillon très important de la chaîne de soins et il importe qu'elle soit reconnue comme telle dans le texte. Il serait donc opportun que la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, déjà présente dans l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, puisse également être représentée dans les conférences régionales de santé. Je connais, madame la ministre, votre attachement à l'hospitalisation à domicile. L'impliquer dans les programmes régionaux témoignerait une forte reconnaissance à son égard.

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

M. Dominique Tian. M. Boënnec a parfaitement défendu cet amendement, je me dispenserai donc d'ajouter à son propos.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a rejeté ces deux amendements. D'une part, la composition de la conférence régionale de santé sera révisée à l'article 26 ; d'autre part, cette composition sera entièrement fixée par décret. Il ne saurait donc être question d'inscrire dans la loi une seule catégorie de participant.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je demande aux auteurs de ces amendements de les retirer. Le rapporteur vient de le dire, la composition de la conférence régionale de santé est de nature réglementaire. Mais je prends l'engagement que l'hospitalisation à domicile, à laquelle je suis moi-même très attachée, sera représentée dans la conférence régionale.

M. Philippe Boënnec. Compte tenu de la reconnaissance affirmée par Mme la ministre, nous retirons les amendements.

(Les amendements identiques, n^{os} 12 rectifié et 1183 rectifié, sont retirés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement rédactionnel de la commission, n^o 390.

(L'amendement n^o 390, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 614 et 1238, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n^o 614.

M. Jean-Luc Prével. L'organisation de l'accès aux soins ne doit pas concerner les seuls soins de premier recours. Mieux vaudrait raisonner en termes de réseaux de soins coordonnés autour du patient, comme le prévoit le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. D'autant que des exceptions existent déjà, en particulier pour les spécialités de gynécologie, de psychiatrie, d'ophtalmologie et pour les enfants de moins seize ans.

Par exemple, en cas de rectorragie, pourquoi passer par le médecin traitant avant d'aller consulter le gastro-entérologue qui fera le diagnostic ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Corporatisme !

M. Jean-Luc Prél. C'est une vraie question, monsieur le rapporteur. En cas de douleurs thoraciques constrictives, pourquoi ne pas aller consulter directement le cardiologue ? C'est tout le problème des urgences. Bien entendu, les spécialistes doivent tenir le médecin traitant informé de leurs constatations.

S'il convient de reconnaître le rôle pivot du médecin généraliste – médecin traitant ou médecin de famille –, les soins doivent être organisés autour du patient.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1238.

M. Dominique Tian. Les vacances parlementaires m'ont permis de réfléchir à cet amendement, qui m'est apparu inutile. Je le retire.

M. Jean-Marie Le Guen. Avec plus de vacances, on gagnerait du temps ! (*Sourires.*)

(*L'amendement n° 1238 est retiré.*)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 614 ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement qui supprime la notion de premier recours. Or les états généraux de l'offre de soins ont reconnu l'importance et la spécificité du premier recours, qui répond à une attente forte.

En outre, la distinction entre premier et second recours servira à organiser l'offre de soins en fonction des besoins des patients et non en fonction des cloisonnements entre médecine de ville et hôpital, ou autres : nous le verrons à l'article 26, dans le cadre des schémas régionaux de l'offre de soins.

Pour rassurer les uns et les autres, en vue aussi des discussions que nous allons avoir dans un instant, je souligne qu'il n'est pas question de remettre en cause l'accès direct à certains spécialistes. Le parcours de soins est une chose, le SROS ambulatoire en est une autre.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Le Gouvernement souhaite que M. Prél retire son amendement, comme M. Tian l'a déjà fait.

L'accès aux soins de proximité est évidemment une priorité absolue pour nos concitoyens. Vos interventions l'ont amplement démontré et cela a été rappelé, en 2008, lors des états

généraux de l'organisation de la santé. Il faut définir le niveau de premier recours. L'enjeu majeur de cette organisation sera de bien garantir l'accès effectif, tant sur le plan géographique que financier. Il est évidemment très important de garder la rédaction actuelle du projet de loi.

En ce qui concerne le premier recours, je veux rassurer Dominique Tian, comme l'a fait M. le rapporteur. Tous les professionnels de santé sont susceptibles de répondre à des besoins. À aucun moment, l'article ne précise que le premier recours est réservé à telle ou telle catégorie de professionnels. Ce n'est ni sa logique, ni son intention.

Aux termes de l'alinéa 11, les professionnels de santé, sans distinction, peuvent donc participer à cette prise en charge et l'accent est mis sur les nécessaires coopérations, sur lesquelles nous reviendrons plus en détail lors de l'examen de l'article 17.

Dans la pratique, le médecin traitant est à 99,5 % un généraliste. Leur nombre et leurs missions font de ces professionnels les acteurs naturels des soins de proximité. Les spécialistes sont mieux à même de dispenser des soins plus techniques, plus spécialisés. Mais rien n'interdit à un médecin généraliste de participer à ces prises en charge très spécialisées.

L'article 14 précise simplement que, lorsque les acteurs locaux, dont les professionnels, réfléchiront à la meilleure manière d'aménager l'offre de soins sur le territoire, la réflexion sur les besoins de proximité et les 60 000 médecins généralistes sera, par nature, différente de celle qui concernera par exemple les coronarographies et les 4 000 cardiologues.

Je pense que mes propos sont de nature à apaiser vos craintes, ce qui me semblait déjà être acquis pour M. Tian.

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

M. Jean-Luc Prével. Madame la ministre, vos propos m'ont en effet apaisé. (*Sourires.*) Il est bon, en début de semaine, d'être tranquille, apaisé et de pouvoir continuer de manière détendue ces débats importants.

La notion de premier recours pouvait prêter à confusion. Il est important d'avoir précisé, comme vous l'avez fait, que tous les professionnels de santé peuvent être appelés à intervenir en premier recours, qu'il s'agisse des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des pharmaciens ou d'autres encore.

Je retire donc l'amendement.

(L'amendement n° 614 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 615 et 1239.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour défendre l'amendement n° 615.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement est très simple. Il vise à compléter l'alinéa 6 par le mot : « notamment ».

Lorsqu'on procède à une énumération, il est rare qu'elle soit complète, et l'ajout de l'adverbe « notamment » s'impose donc.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 1239.

M. Dominique Tian. L'amendement est défendu.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a considéré que la définition des soins de premier recours était déjà assez complète et qu'elle avait été pesée au trébuchet de pharmacien.

Il ne nous semble donc pas judicieux de troubler cet équilibre négocié entre un certain nombre d'acteurs.

La commission a donc rejeté cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'y suis défavorable pour la même raison.

Lors des états généraux de l'organisation de la santé, nous avons eu un débat très approfondi sur ce sujet. Les acteurs de terrain ont élaboré cette liste en concertation.

Je laisse à M. Jean-Marie Rolland la responsabilité de décider s'il y a eu ou non pesée au trébuchet. Il y a très longtemps que les pharmaciens, à mon grand regret, ne se servent plus de cet instrument.

M. Jean-Pierre Brard. Vous trébuchez simplement !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Monsieur Brard, il est possible qu'ils trébuchent quelquefois. Je vous laisse la responsabilité de cette appréciation-ci !

Un bon travail de concertation a été effectué par le terrain. Respectons-le.

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

M. Jean-Luc Prével. Compte tenu des explications, je retire l'amendement n° 615.

M. Dominique Tian. Je retire également l'amendement n° 1239.

(L'amendement n° 1239 est retiré.)

M. Jean-Pierre Brard. Je reprends l'amendement n° 615 de M. Prével.

M. le président. Vous avez la parole, mon cher collègue.

M. Jean-Pierre Brard. Les amendements alibis pour faire croire au bon peuple que, ... ça suffit. Je reprends donc l'amendement.

M. Prével, qui est un homme charmant, fort civil, ne demande qu'à être séduit, endormi même. (*Sourires.*) Et il retire donc son amendement.

Il faut éclairer nos concitoyens. Comme vous l'avez fort bien expliqué, madame la ministre, en matière de premier recours, n'importe quel professionnel de la santé pourra intervenir. Mais reprenons l'exemple de la Lozère évoqué tout à l'heure. Si vous avez un infarctus et s'il n'y a pas un professionnel de santé dix kilomètres alentour – et il y en aura de moins en moins, car nous voyons bien qu'il n'existe pas de volonté politique de régler ce problème, puisqu'aucune réponse convaincante ne nous a été apportée –, que se passera-t-il ?

Madame la ministre, j'avais envie de vous demander tout à l'heure si vous faisiez figurer dans la liste des professionnels de la santé les rebouteux et radiesthésistes. J'ai, en effet, l'impression que c'est tout ce qui restera aux habitants de nos provinces profondes lorsqu'ils auront un problème de santé.

Notre collègue Prével a proposé un amendement modeste, visant à ajouter un petit adverbe. Et même cela, vous n'en voulez pas !

Je crois que chacun doit être mis devant ses responsabilités au lieu de se tenir dans le faux-semblant, en déposant des amendements pour mieux les retirer ensuite.

La langue française a ses vertus et cela vaut pour les adverbes ! « Notamment » mérite de figurer dans ce texte.

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

M. Christian Paul. Nous sommes favorables à la médecine de premier recours. Le reproche que nous faisons à l'article 14, ce n'est pas qu'il la reconnaisse, qu'il en détaille le contenu, qu'il en précise les missions – il ne s'agit pas d'un catalogue, mais de missions très importantes, qu'il fallait préciser dans la loi. Ce qui nous chagrine, c'est que nous n'avons trouvé nulle part, ni dans la loi de financement, ni dans vos réponses, où sont les moyens de conduire dans de bonnes conditions, sur l'ensemble du territoire français, l'ensemble des missions de la médecine de premier recours, en particulier la prévention.

Nous ne pouvons donc pas vous donner aussi facilement quitus, malgré tout l'intérêt qu'il y a à définir les soins de premier recours, au simple motif que vous énoncez ces missions.

Madame la ministre, si nous approuvons cette définition – et je me permets de faire écho à vos réponses sur l'article 14 –, nous avons, nous aussi, mené des concertations dans le cadre de la mission d'information sur l'offre de soins, comme vous l'avez fait dans le cadre des états généraux et comme beaucoup de nos collègues le font dans leur circonscription.

Nous avons été étonnés de la méthode de gouvernement utilisée à l'automne 2007. Vous avez commencé à prendre un certain nombre de mesures, sans concertation et très éloignées de ce qui nous paraît nécessaire aujourd'hui pour rendre l'exercice de la profession plus attractive pour la jeune génération, c'est-à-dire un contrat global.

Mme Bérengère Poletti. Il y a eu concertation !

M. Christian Paul. Non ! Cela a été fait sans concertation, de manière très brutale.

Des jeunes médecins sont descendus dans la rue et vous avez reculé. Vous réveillez les corporatismes et ensuite vous reculez. C'est ce qui se passe avec cette loi qui ne comporte pas de mesures suffisantes pour mettre fin au désert médical.

(L'amendement n° 615 n'est pas adopté.)

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures cinquante-cinq, est reprise à dix-neuf heures.)

M. le président. La séance est reprise.

Reprise de la discussion

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 616 et 1241.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 616.

M. Jean-Luc Prével. Il est bon de rappeler, et Mme la ministre ne peut être que d'accord, que tout professionnel de soins contribue aux soins, à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des patients « en liaison avec les autres professionnels de santé ». Certes, le médecin généraliste doit être le pivot, mais ne négligeons surtout pas le rôle des spécialistes, des pharmaciens, des masseurs kinésithérapeutes, ainsi que des infirmières – surtout, si demain, est créé un statut d'infirmière clinicienne dans le cadre de transferts de tâches, ce que je souhaite pour ma part vivement.

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

M. Dominique Tian. L'amendement n° 1241 est défendu.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a rejeté les deux amendements. La définition des soins de premier recours ayant une portée pluridisciplinaire, elle ne concerne donc pas les seuls médecins généralistes.

J'ajoute qu'elle est équilibrée et je rappelle qu'il n'est pas question de remettre en cause l'accès direct à certains spécialistes.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis que la commission pour les raisons exposées tout à l'heure.

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

M. Jean-Luc Prével. C'est la raison pour laquelle j'avais retiré mon amendement, madame la ministre, mais, en l'espèce, je considère qu'il est important de faire figurer dans la loi que l'accès aux soins concerne l'ensemble des professionnels de santé. C'est la raison pour laquelle je maintiens mon amendement.

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

M. Dominique Tian. Je retire mon amendement n° 1241.

(L'amendement n° 1241 est retiré.)

(L'amendement n° 616 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements, n°s 507, 804, 847, 391 et 1259, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 507, 804 et 847 sont identiques, de même que les amendements n°s 391 et 1259.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 507.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement propose de faire figurer le conseil pharmaceutique – et là encore Mme la ministre ne peut qu'y être favorable – au début de l'alinéa 8.

Les 23 000 officines que compte notre pays tiennent une place importante dans notre système de santé en raison du maillage de proximité qu'elles assurent et de la disponibilité immédiate des pharmaciens. Le pharmacien d'officine est, en effet, souvent le premier interlocuteur pour les patients et pour toutes les personnes qui cherchent un conseil pour leur santé. Ainsi, le conseil pharmaceutique fait partie intégrante de la fonction officinale.

Le pharmacien souhaite être reconnu en tant qu'acteur à part entière de notre système de santé. À ce titre, il serait légitime qu'il puisse disposer d'un espace de confidentialité au sein des officines – ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui – pour qu'il puisse dispenser des conseils au public. Sa rémunération pourrait être amenée à évoluer. Pour ce qui est du financement du stock, on pourrait conserver la marge lissée, mais prévoir une part forfaitaire pour le pharmacien.

M. Jean-Marie Le Guen. Bolchévique !

M. le président. La parole est à M. Pierre Morel-A-L'Huissier, pour soutenir l'amendement n° 804.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. À mon tour, et au nom de l'ensemble des cosignataires de cet amendement, je souhaite rappeler l'importance du rôle des officines pharmaceutiques dans notre pays, qui sont ouvertes six jours sur sept.

M. le président. La parole est à M. Guy Malherbe, pour soutenir l'amendement n° 847.

M. Guy Malherbe. Le pharmacien d'officine est un acteur de santé à part entière et joue un rôle extrêmement important aussi bien dans les villes qu'en milieu rural. Grâce à la loi de 1949, le maillage de proximité est assuré et les officines couvrent tout le territoire. Je salue, moi aussi, la grande disponibilité des pharmaciens dont le rôle est de dispenser du conseil pharmaceutique. Ce rôle au quotidien est unique en son genre.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 391.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Les 23 000 officines pharmaceutiques de France apportent une contribution importante à l'offre de soins. Le pharmacien est souvent le premier interlocuteur des patients. Son rôle de conseil mérite d'être reconnu pour tout ce qui touche aux soins primaires.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour soutenir l'amendement n° 1259.

Mme Catherine Lemorton. Il me semble important de compléter l'alinéa 8 par les mots : « ainsi que le conseil pharmaceutique ».

Le code de la santé publique n'accorde qu'une place très réduite au rôle du pharmacien eu égard à l'action qu'il mène sur le terrain. La profession s'est adaptée à toutes les missions qui lui ont été confiées de manière informelle. J'en veux pour preuve les déremboursements massifs de médicaments, qui ont conduit les pharmaciens à prodiguer davantage de conseils aux patients. Il est, en effet, plus facile pour certains de pousser la porte d'une officine que d'aller chez le médecin.

En ce qui concerne les interactions médicamenteuses, le dossier pharmaceutique doit jouer un rôle important. J'espère qu'il sera, prochainement, l'un des volets du dossier médical personnel que l'on attend encore.

Par ailleurs, nous veillerons à ce que les médicaments non remboursés, dits de conseil, ne figurent pas dans les rayons des grandes et moyennes surfaces. Mais je sais que Mme Bachelot a pris des engagements en ce sens et je ne doute pas que, ni elle, ni ses successeurs ne transigeront sur ce point.

C'est la raison pour laquelle je demande au Gouvernement de bien vouloir accepter cet amendement.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission reconnaît bien volontiers le rôle joué par les pharmaciens dans les 23 000 officines que compte notre pays. Elle a adopté l'amendement n° 391, identique à l'amendement n° 1259, et repoussé les autres, non pour des raisons de fond, mais de forme, considérant que la rédaction proposée par la commission et par Mme Lemorton était préférable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je suis d'accord, sur le fond, avec l'ensemble des amendements, mais je préfère la rédaction plus élégante proposée par Mme Lemorton et par M. le rapporteur.

M. le président. Les trois premiers amendements identiques sont-ils maintenus ?

M. Dominique Tian. Nous nous étions mis d'accord, en commission, pour cosigner l'ensemble des amendements, monsieur le président !

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

M. Christian Paul. Mme Lemorton a été très sensible aux éloges de Mme la ministre !

Notre amendement, qui vise à reconnaître le rôle de conseil des pharmaciens dans cet article qui définit les soins de premier recours, est important à un moment où ce secteur est soumis à un mouvement de concentration qui se fait au détriment de la géographie sanitaire, donc de l'offre de soins.

Si cette mention à l'article 14 peut offrir un bouclier – fût-ce un frêle bouclier – face au risque de regroupements excessifs ou de vente de médicaments dans les grandes surfaces – et à cet égard, je connais votre position, madame la ministre –, ce sera une bonne chose.

Le maillage des officines est tel qu'il permet à l'offre de soins de se déployer sur l'ensemble du territoire. C'est la raison pour laquelle nous voterons avec la majorité en faveur de ces deux amendements identiques.

M. le président. Je considère, mes chers collègues, que les amendements identiques n^{os} 507, 804 et 847 ont été retirés.

(Les amendements identiques n^{os} 391 et 1259 sont adoptés.)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je suis saisi d'un amendement n^o 1317.

La parole est à M. Pierre Morel-A-L'Huissier.

Pierre Morel-A-L'Huissier. Le titre II est intitulé « Accès de tous à des soins de qualité » et le premier chapitre est consacré à l'organisation des soins. Il m'a semblé nécessaire de définir des exigences de proximité et, en liaison avec l'AdCF, qui regroupe l'ensemble des intercommunalités, j'ai proposé de fixer des normes. La proximité prévue au premier alinéa suppose pour les schémas régionaux d'organisation des soins de tendre au respect de temps d'accès aux soins suivants : médecine générale, maternité et structures d'urgence, tout en prévoyant des dérogations.

Je souhaite connaître l'avis du Gouvernement sur cette disposition.

M. le président. Vous connaîtrez d'abord l'avis de la commission !

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a considéré qu'inscrire dans la loi des normes quantifiées d'accès aux soins comporterait un risque de contentieux dans la mesure où ces normes deviendraient opposables. En outre, le sujet ne se prête guère à la précision car les conditions météorologiques et de circulation peuvent modifier le temps d'accès aux soins. De plus, de telles normes ne sont guère réalistes, certaines situations justifiant des dérogations. Par ailleurs certains schémas régionaux de soins intègrent déjà certains objectifs d'accessibilité : trente minutes pour l'accès au SMUR, par exemple.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Avis défavorable pour les mêmes raisons. Des normes peuvent être fixées dans le cadre des SROS, adaptées aux spécificités de chaque territoire, mais cela relève du domaine réglementaire et non législatif.

M. le président. La parole est à M. Pierre Morel-A-L'Huissier.

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Dans la charte des services publics en milieu rural que nous avons signée, les dispositions législatives relatives à la Poste fixent des temps de trajet et des critères de proximité des services par rapport au domicile.

De même, il me semble nécessaire de préciser certaines données techniques afin d'assurer l'efficacité d'un SROS. Je maintiens donc cet amendement.

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

M. Christian Paul. Mes collègues et moi-même sommes extrêmement surpris de la position du rapporteur et très déçus de l'attitude et des arguments de Mme Bachelot.

Cet amendement – suivi de plusieurs autres qui vont dans le même sens – propose pour la première fois de fixer dans la loi des délais d'accès aux soins de médecine générale, aux structures d'urgence et aux maternités. Nous sommes au cœur du débat sur le désert médical, qu'il s'agisse de la médecine ambulatoire ou des structures hospitalières.

Monsieur le rapporteur, je suis d'autant plus surpris que, en commission des affaires sociales, vous avez voté avec le président Méhaignerie et les membres de la commission, à l'unanimité, le rapport que nous avons présenté avec Marc Bernier et qui posait en principe l'inscription dans la loi de délais d'accès aux structures hospitalières ou aux médecins. Pourtant, dans l'hémicycle, lorsque les législateurs que nous sommes en viennent à son application pratique, vous vous en désintéressez. Voilà un exemple caractéristique de double langage. De deux choses l'une : soit vous ne votiez pas le rapport en commission, et il fallait vous en expliquer ; soit il vous faut maintenant ouvrir les yeux, car cette mesure, comme le disait notre collègue Morel-À-L'Huissier, serait l'une des quelques dispositions de cette loi qui ferait date dans l'histoire de l'organisation de notre système sanitaire.

Madame la ministre, la manière dont vous refusez votre attention aux dispositions proposées constitue à mes yeux une démission et un recul incroyable. En effet, à l'heure de l'application des SROS, à quelque génération qu'ils appartiennent, si des orientations très claires ne sont pas inscrites dans la loi, personne ne s'y conformera pour prendre des décisions concrètes. Cela vaut particulièrement s'agissant des services publics.

Je vous demande donc, mes chers collègues, de réfléchir à ces amendements essentiels, en particulier à celui que nous examinons. Nous ne pouvons laisser échapper l'une des rares occasions de contribuer de manière décisive à l'organisation des soins et à la lutte réelle – et non simplement verbale – contre le désert médical. Voilà pourquoi, pour notre part, nous voterons cet amendement.

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

M. Jean-Marie Le Guen. J'y insiste à mon tour : cet amendement est fondamental. Son esprit est conforme à celui d'un autre amendement que nous avons déposé, même si nos propres propositions ne sont pas quantifiées.

N'oublions pas que la loi garantit l'égalité d'accès à la santé sur le territoire ; c'est donc bien dans la loi qu'il faut inscrire ces éléments. S'y refuser revient très clairement à dire aux agences régionales de santé et à tous ceux qui seront chargés d'établir les SROS de faire ce qu'ils peuvent, compte tenu des difficultés objectives auxquelles ils seront confrontés. En d'autres termes, ces instances ne seront plus soumises à une obligation de résultats, mais à une obligation de moyens ; si les résultats ne sont pas atteints, tant pis !

Il ne s'agit pas de créer partout des centres de santé distants de vingt minutes, mais d'organiser notre système de santé de manière à le rendre véritablement accessible à nos concitoyens, y compris, le cas échéant, en prévoyant des moyens de transport particuliers. Si vous ne fournissez pas cette garantie, mes chers collègues, comment voulez-vous que nous expliquions que certaines restructurations sont utiles et ne nuisent pas à notre politique de santé ?

Voilà ce qui fonde notre capacité à restructurer notre système de santé et à susciter la confiance de nos concitoyens : nous devons leur donner des droits. Les patients français ont droit à un égal accès aux soins sur tout le territoire. C'est pourquoi cet amendement est absolument fondamental ; tous ceux qui ont à cœur d'assurer à nos compatriotes l'égalité territoriale d'accès aux soins doivent le voter.

M. le président. La parole est à M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Ce qui est essentiel, c'est que la loi prévoie la possibilité d'accéder à des structures d'urgence ; mais la fixation des temps d'accès relève du domaine réglementaire. *(Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

M. Jean-Marie Le Guen. Vous avez le droit d'avoir des structures d'urgence ! C'est formidable !

M. Christian Paul. Il va falloir l'expliquer à tous les patients victimes d'accidents cardiovasculaires ou d'infarctus...

M. le président. La parole est à M. Marc Bernier.

M. Marc Bernier. Le rapport de la mission d'information sur l'offre de soins fait état d'auditions intéressantes, dont celles d'Emmanuel Vigneron, professeur de géographie et d'aménagement des territoires, ou de Gérard Larcher, qui a souhaité que tout patient victime

d'un accident vasculaire cérébral ou d'un accident cardiaque puisse être pris en charge en moins de trois heures.

Madame la ministre, lors de votre propre audition devant la mission, vous aviez même précisé que vous souhaitiez porter de 80 à 90 % la part de la population vivant à moins de vingt minutes d'une structure d'urgence.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Tout à fait.

M. Marc Bernier. Il serait bon de tenir compte de ces éléments, qui figurent dans notre rapport. Notre première proposition était du reste la suivante : « édicter des normes quantifiées d'accès aux soins fixant des objectifs clairs aux politiques d'aménagement de l'offre de soins que mèneront les ARS, pour donner à l'ensemble des Français des garanties en matière d'accès aux soins ». C'est bien de l'égalité des citoyens devant l'offre de soins qu'il s'agit.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. Je peux tout à fait comprendre que nous fixions des objectifs, et, en l'espèce, l'objectif est parfaitement louable. Mais, mes chers collègues, mesurez-vous les conséquences d'une multiplication des droits opposables – par exemple au logement ou, comme ici, à l'accès aux soins ? (*Approbaton sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Mme Bérengère Poletti. Bien sûr !

M. Pierre Morel-A-L'Huissier. Il est vrai que c'est à la mode...

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. Toute gestion risque d'en être entravée. Voilà pourquoi je partage entièrement l'avis de la ministre comme celui du rapporteur.

M. Christian Paul. Vous avez changé d'avis, c'est tout !

M. Jean-Marie Le Guen. Sur un aspect central du dispositif !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il peut être intéressant de citer quelques chiffres relatifs aux délais d'accès aux soins. Laissons de côté les grandes agglomérations, qui ne connaissent pas de problèmes...

M. Jean-Marie Le Guen. Ah oui ?

Mme Bérengère Poletti. Si !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. ... en la matière, même si elles en rencontrent d'autres. Ne transformez pas mes propos ! Ne vous comportez pas comme un bolchevique, monsieur Le Guen !

M. Jean-Marie Le Guen. Vous faites peur à toute l'Assemblée !

M. Christian Paul. Ce n'est pas la culture de M. Le Guen : je peux en témoigner !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Mais il a quelquefois de dangereux penchants...

La vie de vingt et un millions de Français s'organise autour de 1745 bassins de vie animés par un bourg ou par une petite ville. Les services de santé de proximité, assurés par les professionnels exerçant en libéral que nous avons évoqués – médecins et pharmaciens, entre autres –, se sont diffusés sur le territoire et rapprochés de la population au cours des vingt dernières années, contrairement à ce que l'on entend dire ici ou là.

Au tournant des années 2000, la population de ces bassins de vie habite en moyenne à cinq minutes des services de santé de proximité, soit plus près qu'ils ne le sont des services publics les plus courants. La disparité entre bassins de vie est faible.

En tenant compte des hôpitaux – de court, de moyen ou de long séjour...

M. Jean-Marie Le Guen. En long séjour, cela peut durer plus longtemps !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ..., des maternités et des services d'urgence, le délai d'accès moyen aux équipements de santé par habitant est de dix-neuf minutes, avec un quartile supérieur à vingt-sept minutes. Je tiens le tableau à votre disposition. Le délai d'accès dépasse quarante-cinq minutes pour les cinquante-deux bassins les plus éloignés – qui rassemblent 283 000 habitants – et une heure pour dix d'entre eux – qui en réunissent 40 000.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est la technocratie dans toute sa splendeur !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je tiens également ces chiffres à votre disposition.

M. Jean-Marie Le Guen. Si cela correspond à la réalité, inscrivez-le dans la loi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je tenais à fournir ces éléments d'information au Parlement, auquel je les dois. Je rejoins par ailleurs entièrement la brillante argumentation de Pierre Méhaignerie.

(L'amendement n° 1317 n'est pas adopté.)

M. Christian Paul. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

Rappel au règlement

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

M. Christian Paul. Monsieur le président, cet amendement était à nos yeux tout à fait essentiel à l'édification d'un système cohérent de riposte aux déserts médicaux.

Je le dis en particulier au président de la commission des affaires sociales : nous sommes pour le moins fort surpris de constater que l'on peut ainsi renier, une fois au pied du mur, les conclusions, pourtant adoptées à l'unanimité – notamment s'agissant des délais d'accès au sens de cet amendement –, d'une mission qui a mobilisé les parlementaires de la commission, les a conduits à auditionner pendant plus de six mois les professionnels et leurs organisations représentatives, et à se rendre sur le terrain pour mesurer la situation des territoires les plus divers.

M. Jean-Marie Le Guen. Ce n'est pas la première fois !

M. Christian Paul. Ce reniement nous semble très grave. Il témoigne de manière flagrante du double langage dont vous faites preuve sur ce point.

Madame Bachelot, il s'agit à nos yeux d'un recul par rapport aux déclarations que vous adressez depuis des mois à tous les médias de la terre – il y en a tout un *press-book* ! – sur votre volonté inébranlable d'apporter des solutions fortes à des situations catastrophiques en matière sanitaire. Et je le dis en termes mesurés.

Demain soir, une fois de plus, alors même que nous sommes convoqués en séance, vous expliquerez devant les caméras comment vous comptez lutter contre le désert médical. Mais nous saurons éclairer les Français sur la nature réelle de cette loi, si vous refusez de l'amender sur des points aussi fondamentaux.

Parce qu'à nos yeux l'heure est grave, je demande une suspension de séance au nom de mon groupe.

M. le président. La suspension de séance est de droit.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures vingt-cinq, est reprise à dix-neuf heures trente-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Reprise de la discussion

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1330 et 1237, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Christian Paul, pour soutenir l'amendement n° 1330.

M. Christian Paul. Afin de mieux structurer l'offre de soins de premier recours, il convient de prendre en compte la contribution spécifique des infirmières et infirmiers.

Nous sommes tout prêts à reconnaître la part importante que prennent les médecins dans l'organisation des soins de premier recours – un chapitre spécifique leur est même consacré –, mais il nous paraît nécessaire que d'autres professionnels de santé, dont les compétences sont

absolument indispensables à l'administration des soins et dont la présence territoriale revêt également un caractère vital, soient mentionnés dans cet article.

Il faut toutefois rappeler que cet article est avant tout un article de principe, auquel il manque une orientation de politique de santé publique claire en termes de moyens. La rémunération des différents acteurs est-elle appelée à augmenter ? La prévention sera-t-elle davantage intégrée ? Ce sont des questions auxquelles nous reviendrons au cours du débat.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 1237.

Mme Claude Greff. Madame la ministre, permettez-moi tout d'abord de rappeler que vous avez clairement indiqué que vous n'établissiez aucune distinction entre les professionnels de santé.

L'organisation des soins de premier recours, en alliant accessibilité de l'offre de soins et continuité de la prise en charge des patients, place sur le même plan la qualité, la sécurité et la proximité, pour laquelle, nous le savons, médecins traitants et infirmières se trouvent en première ligne. Or dans la loi, seuls les médecins traitants sont mentionnés. C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à associer les infirmières.

Cela permettrait tout à la fois d'envisager une forme de partage des tâches dans l'organisation des soins de proximité, d'assurer une cohérence dans l'action et de répondre au problème de la répartition des professionnels de santé, qui nous occupe depuis tout à l'heure.

Les infirmières ne sont pas limitées à un lieu géographique précis dans l'exercice de leur profession. Les soins de premier recours relèvent pleinement de leurs compétences puisqu'ils renvoient à des activités préventives, curatives, palliatives auxquelles elles prennent une part considérable.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Tout d'abord, que les professionnels de santé interviennent « selon leurs compétences » nous a paru aller de soi.

Ensuite, l'ajout des infirmiers et des infirmières parmi les professionnels de santé concourant aux soins de premier recours nous a semblé inutile car la définition de ces soins, telle qu'elle est inscrite à l'article 14, comporte déjà une dimension pluriprofessionnelle.

Enfin, cette définition constituant un point d'équilibre établi avec tous les acteurs du dispositif, il nous semble difficile de le déplacer.

Pour toutes ces raisons, la commission a repoussé ces deux amendements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le texte du projet de loi implique bien évidemment que les infirmiers et les infirmières participent à l'offre de soins de premier recours. Si les médecins traitants sont spécifiquement mentionnés, c'est en raison du rôle de pivot qu'ils jouent dans la prise en charge du patient, dans le parcours de soins tel qu'il est défini dans le code de la sécurité sociale.

Si nous mentionnons les infirmiers et les infirmières, que diront les quatorze autres professions de santé, qui pourraient s'estimer injustement oubliées ?

M. Yves Bur. C'est certain.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Dieu sait pourtant que le masseur-kinésithérapeute joue un rôle important dans la rééducation des patients, tout comme le pédicure-podologue dans la prise en charge du pied diabétique. Je ne prétends bien sûr pas être exhaustive, au risque de m'exposer moi-même au défaut que je veux dénoncer.

Le Gouvernement est donc défavorable à ces amendements, non qu'il refuse de reconnaître le rôle des infirmiers et des infirmières, entendons-nous bien, mais parce qu'il estime qu'il faut faire figurer toutes les professions ou alors aucune.

Mme Bérengère Poletti. Très juste !

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

Mme Catherine Lemorton. Si nous insistons sur le rôle des infirmières et des infirmiers, c'est en raison de la présence quotidienne qu'ils assurent auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, comme les diabétiques.

La définition des soins de premier recours dans le texte renvoie à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des patients et il est évident que les infirmières et les infirmiers couvrent l'ensemble des activités énumérées. Pour ne citer qu'un exemple, ils veillent au bon respect du traitement. Mais nous aurons l'occasion de revenir à l'éducation thérapeutique à l'article 22.

Cet amendement m'apparaît donc important. Et après Claude Greff, j'insisterai sur la présence quotidienne des infirmiers auprès de certains malades.

(L'amendement n° 1330 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 1237 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 392, 214 rectifié et 1332.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 392.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. L'excellent rapport d'information de M. Marc Bernier, au nom de la mission d'information présidée par M. Christian Paul, a montré que, trop souvent, les centres de santé ne sont pas traités de la même façon que les autres acteurs de l'offre de soins de premier recours.

Le présent amendement vise donc à compléter l'article 14 pour y viser expressément les structures indispensables à l'offre de soins de premier recours.

M. le président. La parole est à M. André Flajolet, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire, pour soutenir l'amendement n° 214 rectifié.

M. André Flajolet, *rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire*. La commission des affaires économiques considère les centres de soins comme un outil important pour l'aménagement du territoire. Certaines pratiques méritent d'être regardées attentivement. Voilà pourquoi je proposerai, à l'article 15, un autre amendement permettant aux centres de santé d'accueillir de jeunes stagiaires.

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, pour soutenir l'amendement n° 1332.

M. Christian Paul. Je me réjouis – une fois n'est pas coutume – de notre accord pour traiter les centres de santé de la même façon que les autres formes d'exercice de la médecine. Nous considérons, en effet, que ces centres ont un véritable avenir, en particulier au vu de la désertification médicale actuelle par rapport à laquelle ils peuvent constituer, soit un point de résistance quand ils existent, soit une solution alternative.

Tout à l'heure, M. Le Fur a indiqué que, dans son département, des maisons de santé avaient été créées, mais qu'elles étaient vides. Mais, quand cela n'aura pas suffi pour réinstaller des médecins dans la forme traditionnelle de l'exercice libéral, les centres de santé seront créés par des mutuelles, des associations, voire des collectivités locales. Ce sera bénéfique à beaucoup d'égards, qu'il s'agisse des aspects conventionnels, de la rémunération, de la formation, des droits et des devoirs des médecins qui interviennent dans ce cadre, ou encore de la permanence des soins.

Comme l'a indiqué M. Flajolet, nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur des aspects précis de l'égalité nécessaire des centres de santé avec les autres formes d'exercice de la médecine. Si nous parvenons, au moins sur le principe, à nous mettre d'accord, nous aurons progressé.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Le Gouvernement est favorable à ces trois amendements identiques.

M. le président. La parole est à M. Marc Bernier.

M. Marc Bernier. Nous nous sommes aperçus, lors de nos déplacements, notamment à Clichy-sous-Bois, que ces centres de santé contribuent à l'éducation pour la santé, au dépistage et à l'accompagnement social. Leur activité est rémunérée à l'acte, en secteur 1. Ils participent à la permanence des soins mais n'ont pas de rémunération. Nous y reviendrons tout à l'heure, lors de l'examen des amendements portant articles additionnels après l'article 14.

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

M. Gérard Bapt. J'irai dans le même sens que M. Bernier.

Lorsqu'il était président de la commission des finances sous la précédente législature, M. Méhaignerie m'avait permis de me rendre au Danemark et en Suède, en tant que rapporteur de la mission santé. En Suède, le système de premier recours est organisé autour de centres de santé primaire – il en existe 1 000. Ces centres comprennent des médecins, mais aussi des infirmières, des sages-femmes, des kinésithérapeutes et parfois des travailleurs

sociaux. Les consultations ont lieu avec une infirmière, les prises de sang et visites bénignes avec l'aide-infirmière et le médecin ne voit que les patients dont l'état le justifie. La majorité de ces patients repartent donc de ces centres de santé primaire en n'ayant vu que l'infirmière, ce qui milite en faveur du dispositif prévu dans l'amendement que vous avez repoussé tout à l'heure.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des affaires culturelles.

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires culturelles.* Monsieur Bapt, je suis tellement convaincu de l'intérêt d'aller en ce sens – nous en débattons d'ailleurs bientôt – qu'en tant que président d'une communauté d'agglomération, j'ai financé deux maisons pluridisciplinaires de santé. Bien entendu, il ne faut pas construire les murs avant de recevoir l'accord des professions médicales mais il y a là une formidable dynamique qui permet de bénéficier d'une présence médicale dans nombre de secteurs, y compris ruraux.

Il faut prendre en compte les conditions de vie et de travail demandées aujourd'hui par les professions médicales. Par exemple, certaines femmes peuvent souhaiter ne travailler que quatre jours et au sein d'un groupement. Je suis donc convaincu qu'il faut aller dans cette direction, y compris en s'inspirant du Danemark et de la Suède.

(Les amendements identiques n^{os} 392, 214 rectifié et 1332 sont adoptés.)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je suis saisi d'un amendement n° 617.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Après les explications de Mme la ministre indiquant que tous les professionnels de santé seront inclus dans le premier recours, je retire l'amendement n° 617, ainsi que les amendements n^{os} 652 et 838.

(Les amendements n^{os} 617, 652 et 838 sont retirés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 393.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur.* Cet amendement, qui a été adopté en commission, contre l'avis de son rapporteur, vise à rappeler qu'un petit pourcentage de médecins spécialistes sont aussi des médecins de premier recours. C'est le cas, par exemple, des gynécologues obstétriciens.

À titre personnel, je tiens à rappeler que la définition du médecin généraliste de premier recours qui figure à l'article 14 s'inscrit dans une stratégie de revalorisation de la médecine générale, et c'est important au moment où nous parlons de démographie. Elle répond à une forte demande des professionnels et constitue un point d'équilibre entre les acteurs qu'il ne serait pas avisé de déplacer. Par ailleurs, le rôle du médecin traitant est reconnu à l'alinéa 9. Je répète également que la notion de premier et second recours ne remet en aucun cas en cause

l'accès direct à certains spécialistes. Il est important de faire la différence entre les SROS ambulatoires et les parcours de soins.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je propose aux auteurs de cet amendement de le retirer.

Comme l'indique l'alinéa 11 de l'article 14, les médecins spécialistes à accès direct participent, comme les médecins généralistes, à l'offre de soins de premier recours.

Cependant, la notion de médecin généraliste de premier recours mérite d'être précisée. En définitive, cet amendement risque d'avoir un effet contreproductif : on a bien réaffirmé ce qu'était la médecine de premier recours, mais, ici, nous définissons la notion de généraliste de premier recours car, bien évidemment, les omnipraticiens ne remplissent pas toutes ces missions de premier recours qui sont pourtant essentielles pour la prise en charge des besoins de santé de proximité – ce qui est l'objectif du présent article. C'est la raison pour laquelle je vous suggère de retirer l'amendement.

M. le président. Monsieur le rapporteur, retirez-vous l'amendement n° 393 ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Bien évidemment, j'accepte de le retirer.

(L'amendement n° 393 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1334.

La parole est à M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Madame la ministre, nous avons accepté de reconnaître le principe de la médecine de premier recours, y compris la fonction du généraliste de premier recours, et nous avons pris connaissance, avec intérêt, des missions des soins de premier recours. Mais il nous semble qu'il manque l'évolution, qui doit aller de pair, des conditions de rémunération et d'organisation des médecins pour aider les professionnels à exercer ces missions de premier recours.

En effet, quand on parle de prévention, de dépistage et de suivi des maladies, en particulier des affections de longue durée, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique, réduire la rémunération des médecins au paiement à l'acte est une aberration intellectuelle et un archaïsme en termes de politique de santé.

En commission, nous étions unanimes pour dire qu'il fallait faire évoluer, à l'occasion de l'examen de ce texte, les conditions de rémunération des médecins et aller vers une rémunération mixte, une part de rémunération à l'acte bien sûr, et une part forfaitaire, comme cela se pratique dans de nombreux pays européens et au-delà. Sans doute y a-t-il plusieurs façons d'appréhender la rémunération au forfait, cela peut se faire par capitation ou encore de façon territorialisée. En tout cas, ce serait une façon de préparer une médecine plus moderne, alors que, si l'on reconnaît ici les missions de premier recours, on n'en tire pas les conséquences.

On me répondra que la loi de financement de la sécurité sociale prévoit des expérimentations. Mais, madame la ministre, arrêtons d'expérimenter !

Mme Bérengère Poletti. Vous avez dit le contraire tout à l'heure !

M. Christian Paul. Ayez le courage de mener des politiques publiques de grande ampleur ! On ne peut pas se contenter de quelques expérimentations, ici ou là, et considérer que c'est pour solde de tout compte.

Je crois que l'adoption de cet amendement permettrait d'enrichir et de consolider l'article 14.

M. Arnaud Montebourg. Très bien !

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Si nous sommes d'accord pour impliquer les médecins dans des actions de santé publique, la détermination de ces rémunérations dépend d'abord de la discussion conventionnelle, de la convention médicale. Si de tels forfaits sont créés, il faudra adapter la politique tarifaire en conséquence.

Par ailleurs, je fais à nouveau référence à l'article 26 que je suis pressé d'examiner – cela ne semble pas être le cas de tout le monde – qui permet de rémunérer les professionnels, les établissements, les maisons de santé, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou de contrats d'amélioration des pratiques de santé.

En outre, comme l'a rappelé Christian Paul, la loi de financement de la sécurité sociale a permis, dans le cadre d'expérimentations, de déroger au paiement à l'acte. Il est donc peut-être utile d'attendre les conclusions de ces expérimentations.

M. Arnaud Montebourg. Cela a commencé en 2001 !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je le répète, l'article 26 permettra de donner satisfaction à M. Paul.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai eu l'occasion de rappeler à plusieurs reprises, notamment au cours de ce débat, à quel point la prise en charge des affections de longue durée, des politiques de prévention et de dépistage, impliquait d'autres modes de rémunération. Plusieurs dispositions vous ont d'ailleurs été proposées à l'occasion du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et nous avons lancé six expérimentations dans différentes régions. On ne peut pas balayer ces expérimentations d'un revers de main.

Je vous rends attentif au fait que les maquettes pour déterminer exactement le mode de rémunération alternatif sont compliquées à mettre en place : faut-il prévoir une part de salariat, un forfait, un forfait par capitation ? Tout cela est très délicat à évaluer et demande un minimum de dialogue avec les professionnels concernés. Cela me paraît quand même la moindre de choses, même si vous souhaitez sortir du dialogue conventionnel.

M. Christian Paul. Quand il échoue !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Je pense que celui-ci a vraiment en l'occurrence toute sa légitimité. Il est très difficile de parler d'un exercice professionnel sans convoquer au débat les professionnels concernés

Mme Bérengère Poletti. Bien sûr !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Cela me paraît le b.a.-ba de la démocratie participative.

Bref, je veux vous assurer du volontarisme du Gouvernement sur ce sujet et de la légitimité de la démarche expérimentale. Sinon, nous décréterons mais nous n'agissons pas.

Mme Claude Greff. Très bien !

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

Mme Catherine Lemorton. Je vais prendre un exemple, madame Bachelot, qui vous montrera le bien-fondé de cet amendement. J'ai, dans ma circonscription, un centre de santé communautaire, association loi 1901 à but non lucratif, dans lequel exercent deux médecins généralistes, qui émargent à 1 700 euros par mois, une infirmière, deux promoteurs de santé, une éducatrice spécialisée, une nutritionniste conseil. Ce centre de santé exemplaire, qui a ouvert voici deux ans et demi, connaît de grandes difficultés financières car le groupement régional de santé publique de Midi-Pyrénées a refusé de le subventionner l'année dernière au prétexte que l'activité de soins n'équilibrerait pas, à elle seule, le budget. Pourtant, il est établi que la prévention et les activités qui ne sont pas génératrices d'actes doivent être favorisées car elles diminuent le recours au curatif. Et ce centre de santé assure bien une prévention, du soin, de l'éducation à la santé, de la nutrition, toutes choses qui sont normalement demandées aujourd'hui pour faire évoluer la prise en charge des Français et des Françaises.

En acceptant cet amendement, on aiderait ce type de structure.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Les deux médecins travaillent à temps complet ?

Mme Catherine Lemorton. Oui.

Mme Claude Greff. Il vaudrait mieux prendre des infirmières alors.

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

M. Gérard Bapt. Madame Greff, il ne faut pas se moquer parce que plusieurs centres de santé sont en grande difficulté, comme celui d'Arnaud Bernard, qui, situé dans un quartier très populaire de Toulouse, rend de réels services de proximité. Certains, situés dans des banlieues difficiles, sont même menacés de fermeture. Il ne faut pas plaisanter à propos de structures d'offre de soins qui aujourd'hui rendent de réels services.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Je ne plaisante pas.

M. Gérard Bapt. Le second aspect de cet amendement concerne l'évolution des modes de rémunération de l'activité médicale. Je me souviens qu'en 2004, M. Douste-Blazy et M. Bertrand ne cessaient de nous accuser de nous en prendre aux piliers de la médecine libérale et au paiement à l'acte.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Changement de ministre, changement de philosophie !

M. Gérard Bapt. Aujourd'hui, quelques petites expérimentations sont menées, ce qui prouve que, malgré tout, les esprits évoluent.

J'ai évoqué tout à l'heure la mission que j'ai effectuée, grâce au président Méhaignerie, en Suède et j'ai parlé de la rémunération des médecins suédois dans les centres primaires de santé. L'importance des dépenses de personnels est liée à la rémunération directe des médecins par les comtés et les municipalités dont ils sont les salariés. Le revenu d'un médecin est calculé par le comté sur la base d'un forfait fixe pour moitié environ et en fonction du nombre de patients pour l'autre moitié. Il suffit de regarder du côté de l'Europe du Nord pour voir comment un tel dispositif peut fonctionner. Il faut maintenant passer à la vitesse supérieure, madame la ministre.

M. le président. Je vais mettre aux voix...

M. Arnaud Montebourg. Nous aurions aimé avoir une réponse de Mme la ministre. Cela aurait été intéressant.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai répondu.

M. le président. Mme la ministre répond sans arrêt et sans limite à chaque fois qu'un parlementaire pose une question.

(L'amendement n° 1334 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1333.

La parole est à M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Je regrette, madame la ministre, que sur une question aussi centrale, on passe aussi vite, mais c'est, semble-t-il, le choix que vous faites pour ce débat – en obtenant même un *satisfecit* du président !

L'amendement n° 1333 concerne les protocoles visés à l'alinéa 21 de l'article 14. Il nous semble important non seulement d'appliquer ces protocoles mais de les adapter, cela s'inscrit dans la reconnaissance du rôle du médecin généraliste. Certes, il faut suivre les protocoles mais il faut également tenir compte des particularités de chaque malade. Les pathologies ne sont pas standardisées, chacun en conviendra, mais sont différentes selon les individus.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Se pose ici un problème sémantique extrêmement important : pour moi, un protocole adapté n'est plus un protocole. En outre, l'alinéa 21 parle

d'application « individualisée », ce qui offre une souplesse suffisante pour permettre une bonne application des protocoles de soins. Pour toutes ces raisons, la commission a repoussé l'amendement n° 1333.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je pense que la préoccupation de M. Paul, dont je veux croire qu'elle consiste à tenir le plus grand compte du cas de chaque malade, est largement satisfaite par la rédaction actuelle – sans compter que cet amendement laisse sous-entendre qu'on pourrait s'affranchir de l'application du protocole. Au bénéfice de cette explication et puisque nous poursuivons dans ce domaine le même but, je pense que vous pourriez accepter de retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur Paul, êtes-vous disposé, en cette fin d'examen de l'article 14, à faire un geste vis-à-vis de la ministre, qui vous l'a demandé avec tellement de gentillesse ?

M. Christian Paul. La ministre n'a pas fait beaucoup de gestes, elle.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai accepté des amendements.

M. le président. Très objectivement, je crois que le moment est venu, monsieur Paul.

M. Christian Paul. C'est un peu tôt dans la soirée.

M. le président. Donc vous maintenez l'amendement ?

M. Christian Paul. Oui.

(L'amendement n° 1333 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1293.

La parole est à M. Michel Raison.

M. Michel Raison. L'amendement n° 1293 peut paraître tout simple, mais en réalité il est important et cohérent avec une série d'autres amendements concernant les stages des médecins étudiants.

Quand une profession a du mal à se renouveler, il faut faire connaître le métier et les régions dans lesquelles il est souhaitable que des gens s'installent, d'où l'intérêt des stages que d'autres professions utilisent beaucoup plus que ne le fait la profession médicale. Trop de stagiaires finissent à l'hôpital, où ils sont d'ailleurs mal rémunérés, et peu vont en ambulatoire. Nous sommes donc plusieurs à avoir déposé sur le sujet une série d'amendements à l'article 15.

Pour l'heure, nous vous proposons d'ajouter, à la fin de l'article 14, un 8° pour que figure, dans les missions générales du médecin, sa contribution à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. J'attache beaucoup d'importance à cette mesure qui permettra, avec les autres dispositions que nous proposerons et qui obtiendront, je n'en doute pas, le soutien de Mme la ministre, de faire un pas en avant

pour repeupler les secteurs sous-dotés. Il ne s'agit pas d'ailleurs que de secteurs ruraux, le même phénomène se rencontre également en ville. Merci de soutenir cet amendement, madame la ministre.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a accepté cet amendement. (« Ah ! » sur les bancs du groupe UMP.)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Avis favorable du Gouvernement. (« Ah ! » sur les mêmes bancs.)

M. le président. Vous avez tout lieu d'être satisfait, monsieur Raison.

(L'amendement n° 1293 est adopté.)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1269 et 1331, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 1269.

Mme Claude Greff. Je souhaite compléter l'article 14.

Les états généraux de l'organisation de la santé ont démontré la volonté de développer de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé. Il me semble aujourd'hui important d'asseoir et de valoriser la profession d'infirmière.

Il existe également une volonté d'accélérer le rythme des transferts de tâches pour augmenter l'attractivité des professions paramédicales mais également de recentrer tous les professionnels de santé sur le cœur de métier. Alors que, tout le monde le reconnaît, il existe un problème de démographie médicale, il est important de créer un vrai binôme médecin-infirmier afin de faire exister le socle des soins de premier recours, de faire face au raccourcissement des durées de séjour en hôpital et de permettre un meilleur suivi des pathologies chroniques, une meilleure prise en charge de certains patients, dans le but de garantir sur l'ensemble du territoire l'accessibilité et la continuité des soins de proximité. L'enjeu est bien de définir une offre de soins ambulatoires de premier recours organisée.

Madame la ministre, dans le cadre des coopérations organisées par les agences régionales de santé, l'offre de soins pourra se faire en collaboration étroite avec les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux, réseaux de santé et autres groupements de professionnels de santé. Dans tous ces lieux, les infirmières exercent leur métier. Voilà pourquoi il me semblait important d'ajouter ces éléments à cet article 14 sur lequel nous avons tous beaucoup travaillé. J'espère que j'aurai, comme mon collègue Michel Raison, votre soutien.

M. le président. N'anticipez pas, madame Greff.

La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n° 1331.

M. Gérard Bapt. Je voulais faire remarquer à Mme Greff que nous la soutenons lorsqu'elle prend des initiatives qui vont dans le bon sens, notamment pour valoriser le rôle des infirmières. J'ajouterai juste un mot – Mme Greff, qui est la présidente du groupe d'étude sur le cancer, y sera certainement sensible – : on ne voit pas pourquoi une infirmière expérimentée qui a travaillé notamment en cancérologie ne pourrait pas devenir aussi coordinatrice d'un réseau de soins concernant le cancer.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Bien sûr.

M. Gérard Bapt. Pourquoi manger du temps médical avec un médecin pour faire de la coordination pluridisciplinaire lorsqu'il s'agit d'animer un réseau de soins ? Vous voyez, madame Greff, que nous sommes prêts à vous soutenir, madame Greff, et non pas à faire preuve du sectarisme dont vous nous avez accusés tout à l'heure.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé les deux amendements. Les tâches de chaque profession de santé sont déjà fixées par des décrets. Énumérer les compétences des infirmières irait à l'encontre de ce que souhaite notre collègue Claude Greff.

Nous souhaitons promouvoir les coopérations, assouplir le partage des tâches entre professions de santé et il nous semble que distinguer des praticiens de premier recours se justifie pour les médecins dans la mesure où 40 % d'entre eux n'exercent pas une médecine générale de premier recours et que, par définition, l'omnipraticque peut recouvrir des activités extrêmement diverses.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai indiqué que l'ensemble des professions de santé participaient aux soins de premier recours, chacune à sa place. Si nous définissions, dans un cahier des charges qui servirait de référentiel, les missions de l'infirmier dans ce cadre, nous serions amenés à pratiquer le même exercice pour l'ensemble des professionnels. Cela alourdirait considérablement le texte.

Bien entendu, ces dispositions, qui relèvent d'ailleurs d'une réflexion qui a été organisée par la profession elle-même et que je salue – c'est la raison pour laquelle on retrouve d'ailleurs *in extenso* la même rédaction aussi bien venant du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche que venant de l'Union pour un mouvement populaire – seront reprises dans le cadre du travail réglementaire.

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

M. Christian Paul. Dans un instant, monsieur le président, vous allez mettre au vote l'article 14. Si Mme la ministre a évoqué les convergences qui produisent dans le débat certains moments de grâce, je suis au regret de lui indiquer que nous ne voterons pas cet article.

À nos yeux, il est certes essentiel que la loi reconnaisse l'offre de soins de premier recours. Comme les amendements n^{os} 1269 et 1331, l'article 14 est issu d'une concertation avec des organisations syndicales de médecins, du moins avec celles qui ne font pas preuve d'un corporatisme indécent – et, malgré votre obligation de réserve, vous conviendrez avec moi, madame la ministre, que toutes ne sont pas dans ce cas.

Nous ne voterons donc pas contre l'article, mais nous nous abstiendrons pour deux raisons.

D'abord, vous n'avez pas émis d'avis favorable sur deux amendements défendus par des députés de la majorité et soutenus par ceux de l'opposition, concernant les délais d'accès aux services d'urgence et aux maternités. Ce refus a été insultant pour la représentation nationale. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

D'autre part, vous vous êtes bloquée sur l'évolution des modes de rémunération. Or, si je reconnais que certaines concertations syndicales permettent des avancées, je regrette que vous succombiez à certains corporatismes médicaux indécents.

M. le président. Monsieur Paul, je suis envers vous d'une indulgence bien coupable. (*Sourires sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Yves Bur. M. Paul s'est arrogé des droits !

(*Les amendements identiques n^{os} 1269 et 1331 ne sont pas adoptés.*)

(*L'article 14, amendé, est adopté.*)

3 - Ordre du jour de la prochaine séance

M. le président. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite du projet de loi portant réforme de l'hôpital.

La séance est levée.

(*La séance est levée à vingt heures quinze.*)

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

Claude Azéma