



# ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

politique de la santé

Question au Gouvernement n° 3058

Texte de la question

## ACCES AUX SOINS

M. le président. La parole est à M. Jean-Christophe Lagarde, pour le groupe Union pour la démocratie française.

M. Jean-Christophe Lagarde. Monsieur le ministre de la santé et des solidarités, en 1997, l'assurance maladie et le syndicat MG France, alors majoritaire, avaient mis en place le dispositif du médecin référent. Celui-ci prévoyait, pour les praticiens, qu'ils s'engagent à faire de la prévention et à prescrire des médicaments génériques, et, pour les patients, qu'ils signent avec leur médecin de famille un contrat annuel les engageant à lui être fidèles, en contrepartie de quoi ils bénéficiaient automatiquement du tiers payant. Plus de 6 000 généralistes et 2 millions d'assurés s'étaient engagés dans ce dispositif. Or depuis l'avènement, fin 2004, du médecin traitant, la dispense d'avance des frais de sécurité sociale n'est plus automatique. Cela n'est pas anormal en soi puisque c'est davantage la situation sociale et économique du patient qu'il faut prendre en compte que sa fidélité au médecin.

Mis en place avec l'accord du syndicat à présent majoritaire, la CSMF, le nouveau dispositif instaure le parcours de soins coordonné. Toutefois, cette réforme ne dit rien sur l'avenir réservé aux médecins référents et à leurs patients cocontractants. Un avenant devait être signé avant novembre 2005 sur cette question, mais il n'a jamais vu le jour. Depuis, sur les 2 millions de patients concernés, au moins 1,5 million, ceux qui n'ont pas droit à la CMU, perdent peu à peu le bénéfice du tiers payant lorsque leur contrat annuel arrive à échéance.

Du fait de ce vide juridique, le sort des assurés dépend désormais de la décision des caisses primaires d'assurance maladie, si bien que les malades ne sont plus égaux devant la maladie selon qu'ils habitent, par exemple, Paris ou l'Essonne. Cette situation est d'autant plus inadmissible que des dizaines de milliers de familles n'ont plus d'argent pour se nourrir dès le 20 du mois : elles préfèrent ne pas consulter plutôt que d'avancer les frais médicaux, au risque de connaître une aggravation des pathologies.

Mme Chantal Robin-Rodrigo. Eh oui !

M. Jean-Christophe Lagarde. Ce n'est qu'aujourd'hui, avec plus d'un an de retard, que la CNAM et les organisations syndicales représentant les médecins libéraux se réunissent pour traiter de ce dossier.

Monsieur le ministre, vous avez fixé le 31 janvier 2007 comme date limite à un accord. Quelles sont les raisons d'un tel retard dans les négociations visant à régler la transition entre l'ancien dispositif du médecin référent et celui du médecin traitant ? Pouvez-vous garantir que tous les malades ayant des difficultés financières seront traités également sur l'ensemble du territoire national et que les critères financiers et sociaux des familles seront les principaux éléments pris en compte pour accorder le tiers payant ? *(Applaudissements sur les bancs du groupe Union pour la démocratie française et sur quelques bancs du groupe socialiste et du groupe des députés communistes et républicains.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé et des solidarités.

M. Xavier Bertrand, *ministre de la santé et des solidarités*. Ce n'est pas, vous le savez, au ministre de la santé que vous devriez poser la question du retard, mais au directeur général de l'assurance maladie et aux syndicats conventionnels, qui, contrairement à leurs engagements, n'ont pas trouvé, depuis 2004, le temps de régler le problème du médecin référent.

M. Jean-Marie Rolland. Très bien !

M. Maxime Gremetz. Qui l'a nommé ?

M. le ministre de la santé et des solidarités. Considérant que le problème n'avait que trop longtemps traîné, j'ai proposé au Parlement un amendement chargeant le Gouvernement de régler le problème des médecins référents et de leurs patients, si aucun accord n'était trouvé avant le 31 janvier 2007. Une réunion a lieu aujourd'hui. Tant mieux ! L'amendement qui a été adopté n'y est sans doute pas étranger.

S'agissant de l'accès aux soins, la carte Vitale permet d'être remboursé sous cinq jours. Toutefois il est exact que les patients excédant de très peu le seuil d'éligibilité à la CMU, même s'ils ont droit à la complémentaire santé, doivent bénéficier d'une prise en charge intégrale de façon à n'avoir jamais à se demander s'ils ont assez pour aller chez le médecin. Certaines caisses primaires d'assurance maladie ont déjà réglé la question de leur propre initiative.

Cependant, dans notre République, toutes les caisses sur tout le territoire doivent traiter de la même manière toutes les personnes concernées. Aussi, si aucun accord n'est trouvé cet après-midi entre le directeur général de l'assurance maladie et les syndicats de médecins concernés, le Gouvernement prendra ses responsabilités pour que ce dossier, resté trop longtemps en suspens, soit enfin réglé en début d'année prochaine.

*(Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire et sur les bancs du groupe Union pour la démocratie française.)*

## Données clés

**Auteur :** [M. Jean-Christophe Lagarde](#)

**Circonscription :** Seine-Saint-Denis (5<sup>e</sup> circonscription) - Union pour la Démocratie Française

**Type de question :** Question au Gouvernement

**Numéro de la question :** 3058

**Rubrique :** Santé

**Ministère interrogé :** santé et solidarités

**Ministère attributaire :** santé et solidarités

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 30 novembre 2006

La question a été posée au Gouvernement en séance, parue dans le journal officiel le 30 novembre 2006