

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Séances du mercredi 27 mars 2019

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1^{re} séance 3151

2^e séance 3199

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

197^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du mercredi 27 mars 2019

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. RICHARD FERRAND

1. Questions au Gouvernement (p. 3154)

RÉFORME DE LA FONCTION PUBLIQUE (p. 3154)

M. Alain Bruneel

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE (p. 3155)

Mme Émilie Chalas

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics

POUVOIR D'ACHAT (p. 3156)

Mme Marie-Christine Dalloz

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics

SITUATION DES AIDANTS (p. 3156)

Mme Élodie Jacquier-Laforge

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

POLITIQUE FISCALE (p. 3157)

M. Joachim Son-Forget

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances

AVENIR DE LA DÉCLARATION D'IMPÔT (p. 3158)

M. Benjamin Dirx

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics

CONSÉQUENCES DE LA PRÉCARITÉ EN MATIÈRE D'HYGIÈNE (p. 3159)

Mme Muriel Ressiguier

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé

PERSPECTIVES AU LEVANT (p. 3160)

M. Philippe Chalumeau

Mme Florence Parly, ministre des armées

PÔLE EMPLOI (p. 3160)

M. Stéphane Viry

Mme Muriel Pénicaud, ministre du travail

LUTTE CONTRE LA PROSTITUTION DES MINEURS (p. 3161)

M. Mustapha Laabid

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice

DEVOIR DE VIGILANCE DES ENTREPRISES (p. 3162)

M. Dominique Potier

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire

EMPLOIS FRANCS (p. 3162)

M. Jean-François Cesarini

Mme Muriel Pénicaud, ministre du travail

AVENIR DE L'HÔPITAL DE ROQUEFRAÏCHE (p. 3163)

M. Jean-Claude Bouchet

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

HOMMAGE À MICHEL CRÉPEAU (p. 3164)

M. Olivier Falorni

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire

IMPRIMERIE LOIRE OFFSET TITOULET (p. 3164)

M. Régis Juanico

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances

Suspension et reprise de la séance (p. 3165)

PRÉSIDENTE DE MME CAROLE BUREAU-BONNARD

2. Droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé (p. 3165)

PRÉSENTATION (p. 3166)

M. Dominique Da Silva, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

MOTION DE REJET PRÉALABLE (p. 3168)

M. Pierre Dharréville

Mme Agnès Buzyn, ministre

M. Jean-Paul Dufrègne

Mme Jeanine Dubié

M. Julien Borowczyk

M. Gilles Lurton

Mme Nathalie Elimas
 M. Boris Vallaud
 Mme Agnès Firmin Le Bodo

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 3174)

M. Jean-Paul Dufrègne
 Mme Jeanine Dubié
 M. Olivier Véran
 Mme Josiane Corneloup
 Mme Nathalie Elimas
 M. Boris Vallaud

PRÉSIDENTE DE MME ANNIE GENEVARD

Mme Agnès Firmin Le Bodo
 M. Ludovic Mendes
 M. Jean Lassalle
 M. Julien Borowczyk

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 3184)

Article 1^{er} (p. 3184)

M. Guillaume Chiche
 Mme Valéria Faure-Muntian
 Mme Martine Wonner
 Amendements n^{os} 1, 9, 16, 28
 M. Dominique Da Silva, rapporteur
 Amendement n^o 95
 Amendement n^o 20 rectifié
 Amendements n^{os} 49, 91
 Amendement n^o 77

Amendement n^o 78
 Amendement n^o 60
 Amendement n^o 84
 Amendements n^{os} 85, 56

Article 2 (p. 3190)

M. Guillaume Chiche
 Mme Albane Gaillot
 Mme Delphine Bagarry
 Amendements n^{os} 2, 10, 29

Rappel au règlement (p. 3192)

M. Guillaume Chiche

Article 2 (*suite*) (p. 3193)

Amendements n^{os} 21, 51, 62, 92, 96
 Amendement n^o 68

Article 3 (p. 3194)

M. Guillaume Chiche
 M. Michel Castellani
 Mme Delphine Bagarry
 Mme Michèle de Vaucouleurs
 M. Julien Dive
 M. Cyrille Isaac-Sibille
 M. Pierre Dharréville
 Mme Agnès Buzyn, ministre
 Amendement n^o 3
 Amendements n^{os} 11, 30

3. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 3197)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. RICHARD FERRAND

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

QUESTIONS AU GOUVERNEMENT

M. le président. L'ordre du jour appelle les questions au Gouvernement.

RÉFORME DE LA FONCTION PUBLIQUE

M. le président. La parole est à M. Alain Bruneel.

M. Alain Bruneel. Monsieur le ministre de l'action et des comptes publics, hier, nous apprenions par voie de presse l'existence d'un rapport de l'inspection générale des finances au contenu pour le moins explosif. Aujourd'hui, vous présentez la réforme de la fonction publique, laquelle ne vise pas autre chose que la démolition du statut des fonctionnaires et la suppression de milliers de postes. *(Applaudissements sur les bancs du groupe GDR. – M. Ugo Bernalicis et Mme Caroline Fiat applaudissent également.)*

Au-delà du caractère grossier de la manœuvre, nous déplorons que les fonctionnaires soient encore la cible de vos diatribes, alors même que, chacun le sait, les agents de la fonction publique, qu'ils soient infirmiers, policiers, ou encore professionnels de justice, ont effectué des millions d'heures supplémentaires non rémunérées. *(Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI.)*

Au moment où le défenseur des droits nous alerte sur le recul des services publics, perceptible partout sur le territoire, vous préférez faire le choix du dépérissement de l'État-providence.

Pourtant, à l'heure où votre grand débat s'achève, une conclusion s'impose : les Français sont profondément attachés à leurs services publics et à leur fonction publique. Trois quarts d'entre eux ont soutenu la mobilisation du 19 mars dernier et 60 % ont une bonne opinion des agents du service public, malgré les tentatives répétées de nuire à leur image et à leurs fonctions.

Contre votre ligne de conduite budgétaire, nos concitoyens réclament à grands cris le retour de services publics de proximité humanisés, qui puissent recréer le lien social qui fait tant défaut. *(Applaudissements sur les bancs du groupe GDR, et sur plusieurs bancs des groupes FI et SOC.)* Contre votre dogmatisme, nos concitoyens souhaitent défendre notre héritage social. Ils refusent un nouveau recul de la puissance publique, à tous points de vue inacceptables.

Alors, monsieur le ministre, en dépit des évidences et de l'expression citoyenne, entendez-vous poursuivre vos vellétés de destruction du statut de la fonction publique ? *(Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.)*

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics.

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics. Monsieur Bruneel, vous terminez votre intervention par une question : allez-vous continuer ? La réponse est « oui ». Nous allons continuer à moderniser la fonction publique pour la bonne raison que nous sommes attachés au statut de la fonction publique. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.)*

Nous y sommes attachés, et nous sommes persuadés que la modernisation du statut de la fonction publique permettra de répondre aux défis auxquels il doit faire face. Nous sommes persuadés qu'il faut apporter de la souplesse pour permettre aux administrations d'être plus efficaces. Nous sommes aussi persuadés qu'il faut donner de nouveaux droits aux agents publics, de nouvelles perspectives professionnelles.

M. Fabien Di Filippo. J'ai hâte de voir cela !

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. Il faut leur permettre d'envisager une deuxième ou une troisième carrière parce que, vous le savez comme moi, il est fini le temps où les agents intégraient la fonction publique pour exercer le même métier et la même tâche pendant trente-cinq, quarante ou quarante-deux ans. Nous devons leur donner ces perspectives...

M. Stéphane Peu. La perspective, c'est 120 000 postes en moins !

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. ...et nous devons les former.

Nous devons travailler avec les agents publics pour moderniser leur statut parce que, derrière cette modernisation, il y a l'offre de services sur le territoire. Vous avez évoqué la question de la proximité : je suis convaincu que, d'ici à quelques semaines, vous serez heureux et ravi de travailler aux côtés de M. Gérald Darmanin sur la question de la géographie revisitée en matière de finances publiques...

M. Stéphane Peu. Moi, je ne crois pas !

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. ...parce que nous avons la conviction qu'il faut effectivement réimplanter des agents dans les territoires ruraux et périurbains en difficulté. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)* Nous avons la conviction que, lorsque l'on rassemble les services de back-office, il est possible de faire des économies d'échelle et d'avoir plus de points de contact sur le territoire, pour rapprocher le service public des usagers.

Enfin, monsieur le député, je reviens au premier point de votre question. Améliorer le statut, mieux défendre les agents, c'est aussi garantir l'équité. Nous avons demandé et nous demandons dans le projet de loi de transformation de la

fonction publique que toutes les collectivités territoriales veillent à ce que le temps de travail annuel de leurs agents soit bien de 1 607 heures.

L'État doit aussi balayer devant sa porte. C'est le sens du rapport de l'IGF dont vous avez parlé. Nous aurons l'occasion d'en rediscuter pour voir ce qu'il en est, ministère par ministère, corps par corps, et faire que l'équité et l'efficacité soient au rendez-vous. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE

M. le président. La parole est à Mme Émilie Chalas.

Mme Émilie Chalas. Ma question s'adresse à M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics.

Ce matin, vous avez présenté en Conseil des ministres le projet de loi relatif à la transformation de la fonction publique. Ce texte est attendu de longue date par les employeurs publics mais aussi par les agents et par les usagers du service public. Il n'y a pas une semaine où je ne reçois de témoignages de difficultés de recrutement dans les services de l'État, de la fonction publique hospitalière ou de la fonction publique territoriale. Et combien d'exemples de fonctionnaires bloqués dans leur carrière ou ne disposant pas de la formation nécessaire pour s'adapter à l'évolution rapide des métiers ?

Rappelons la finalité du projet de loi : ...

M. Fabien Roussel. 120 000 suppressions de postes !

Mme Émilie Chalas. ...il s'agit de rendre le service public dans de bonnes conditions pour les agents et avec efficacité pour les usagers.

M. Fabien Roussel. Et les territoires ruraux !

Mme Émilie Chalas. Il était grand temps que l'on s'attelle à offrir à la fonction publique des outils de management à la hauteur de l'excellence que l'on attend de ses agents et des services publics. Car c'est aussi de cela qu'il s'agit : donner de la perspective professionnelle aux agents et responsabiliser les employeurs publics.

Oui, il est nécessaire de promouvoir un dialogue social de proximité dans la fonction publique.

Oui, il faut favoriser la mobilité et l'évolution professionnelle.

Oui, il doit être possible pour un fonctionnaire de vivre une expérience dans le privé, pour un temps ou pour toujours.

Oui, il faut faciliter le recrutement de contractuels sur certains postes en tension.

M. Ugo Bernalicis. Mais non !

Mme Émilie Chalas. La simplification des procédures administratives ne peut pas être un gros mot dans la fonction publique. Je tiens ainsi à saluer la volonté du Gouvernement de concrétiser cet engagement du Président de la République ainsi que la qualité du travail engagé depuis dix-huit mois, avec l'ensemble des acteurs, pour permettre de donner plus de souplesse et plus d'agilité à la fonction publique, tout en préservant pleinement le statut des fonctionnaires.

Néanmoins, en tant que rapporteure, je serai particulièrement vigilante à la rédaction des ordonnances prévues pour certaines mesures. (*Exclamations sur les bancs du groupe FI.*) Je suis, vous le savez, monsieur le secrétaire d'État, particulièrement sensible aux questions de management, d'égalité professionnelle et de lutte contre la pauvreté des travailleurs. Pouvez-vous préciser à la représentation nationale comment le Gouvernement entend répondre à ces enjeux au travers de la future loi ? (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics.

Plusieurs députés du groupe GDR. On recommence !

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics. Madame la députée, ...

M. Alain Bruneel. C'est une très bonne question ?

M. Olivier Dussopt, secrétaire d'État. ...vous avez raison de souligner que cette réforme est attendue, que ce soit par les agents, qui souhaitent qu'on leur donne une seconde perspective dans leur carrière, par les employeurs publics – chefs de service administratif de l'État, élus, directeurs d'établissement hospitalier –, qui souhaitent qu'on leur fasse confiance en leur donnant plus d'autonomie, et aussi par les usagers, qui souhaitent, grâce à une modernisation des ressources humaines de la fonction publique, une administration plus efficace, plus réactive et capable de s'adapter à des besoins nouveaux ainsi qu'aux nouvelles évolutions. Nous allons, je le disais à votre prédécesseur, travailler à donner plus de souplesse à la fonction publique, mais aussi à donner plus de droits aux agents.

Il s'agira donc de donner plus de souplesse mais aussi plus d'efficacité, recentrant le dialogue social sur l'essentiel en permettant de déconcentrer ou de décentraliser afin d'autoriser la conclusion d'accords majoritaires à un niveau local et ainsi de revaloriser la démocratie sociale de proximité. Ce texte va permettre aux employeurs publics de recruter plus facilement des contractuels, non par obligation mais en leur ouvrant cette faculté là où ils en ont besoin. Il s'agit de s'adjoindre les compétences dont l'administration a besoin le temps de la réalisation d'un projet ou bien de diversifier les recrutements sur les postes d'encadrement. Ce texte va aussi donner aux managers et aux chefs de service de nouveaux outils de management et d'évaluation des carrières, donc de mobilité et de souplesse.

Mais, je l'ai rappelé, cette volonté de modernisation doit s'accompagner de nouveaux droits pour les agents : un droit à la formation mais aussi un droit à l'accompagnement. Je sais que vous êtes particulièrement attentive, madame la députée, à la formation des agents les plus fragiles, celles et ceux dont la formation initiale est la moins importante, ou qui souffrent d'un handicap ou encore qui occupent un poste à risque de pénibilité ou d'usure professionnelles particulières. Nous serons attentifs à ce que les agents aient les mêmes droits que dans le secteur privé en matière de portabilité des droits à la formation et du compte épargne temps, en matière de développement de la protection sociale complémentaire ou de réforme de la prévention et de la médecine. Enfin, j'indique que le texte porte une attention particulière à celles et ceux dont le métier change. L'État doit être exemplaire dans l'accompagnement de ses agents qui vivent ces restructurations. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM et sur quelques bancs du groupe MODEM.*)

POUVOIR D'ACHAT

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

Mme Marie-Christine Dalloz. Ma question s'adressait à M. le Premier ministre.

Le Gouvernement est confronté à une crise sociale sans précédent à laquelle le Premier ministre semble incapable de trouver une issue digne.

Une députée du groupe LR. Eh oui !

Mme Marie-Christine Dalloz. Nous attendons maintenant sans espoirs les conclusions du grand débat national. Nous avons pourtant maintes fois alerté sur le matraquage fiscal injuste que vous faites peser sur les ménages, y compris sur les retraités, et qui fut le catalyseur de la mobilisation des Gilets jaunes. Le Premier ministre est en effet le détenteur d'un bien triste record : une hausse massive de la CSG et des taxes sur le carburant, outre la désindexation des pensions de retraite et des aides au logement.

Pendant ce temps, la dette publique française passe certainement le cap des 100 % du PIB à l'heure où je m'exprime. Je déplore le manque d'humilité de ce gouvernement qui se vante des chiffres de 2018 alors qu'au sein de la zone euro, la France reste le pire élève en matière de déficit, d'impôts et de dette.

En 2018, les prélèvements obligatoires ont augmenté de 4,5 milliards d'euros selon l'INSEE : nous sommes les champions d'Europe des taxes et impôts avec un taux de prélèvement obligatoire de 45 % du PIB contre 39,6 % en Allemagne. Comment le Premier ministre pourrait-il le justifier ?

Alors que la cohésion nationale se fracture de tous côtés, ce matin, votre majorité a rejeté en première lecture, en commission des finances, la proposition de loi visant à rétablir le pouvoir d'achat des Français, déposée à l'initiative de notre président Christian Jacob.

M. Ugo Bernalicis. C'est tout dire !

Mme Marie-Christine Dalloz. Ce texte portait des mesures fortes, courageuses, emblématiques et de nature à améliorer significativement le pouvoir d'achat des ménages : la réindexation des pensions de retraite, des allocations familiales et des aides au logement avec effet rétroactif ; la suppression de la hausse de la CSG pour tous les retraités ; la baisse de 10 % de l'impôt sur le revenu pour les deux premières tranches.

M. Fabien Roussel. Et l'ISF ?

Mme Marie-Christine Dalloz. Il est urgent de faire redescendre la pression fiscale par la baisse drastique de la dépense publique. En l'absence du Premier ministre, je vous pose la question, monsieur le ministre de l'action et des comptes publics : aurez-vous la volonté et le courage de suivre nos propositions de bon sens ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'action et des comptes publics.

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. Je me demande, madame la députée, si un jour vous allez vous réjouir des bonnes nouvelles pour votre pays, même si vous n'êtes pas aux responsabilités. (*Applaudissements sur de nombreux bancs des groupes LaREM et MODEM. – Exclamations sur les bancs du groupe LR.*)

M. Jean-Marie Sermier. Vous êtes le ministre des mauvaises nouvelles !

M. Gérard Darmanin, ministre. Peut-être auriez-vous pu souligner – tout en disant bien sûr qu'il faut continuer les efforts... – que, pour la première fois depuis plus de vingt ans, le déficit a baissé d'un point en deux ans et qu'il est de 2,5 % aujourd'hui, grâce au travail de cette majorité. (*Mêmes mouvements.*) Peut-être auriez-vous pu souligner le fait que, pour la première fois depuis dix ans, les impôts baissent dans notre pays, vous qui n'avez voté ni la suppression de la taxe d'habitation, ni la défiscalisation des heures supplémentaires. (*Mêmes mouvements.*) Peut-être auriez-vous pu aussi souligner que, pour la première fois depuis vingt ans, la dépense publique baisse en volume...

Mme Marie-Christine Dalloz. C'est faux !

M. Gérard Darmanin, ministre... vous qui avec votre groupe avez proposé ce matin l'équivalent du programme du parti communiste, avec 20 milliards de dépenses publiques supplémentaires ! (*Mêmes mouvements.*)

Je sais, madame Dalloz, que votre parti a vendu le siège de l'UMP, mais ne vous retrouvez tout de même pas place du Colonel-Fabien... (*Rires sur de nombreux bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. Stéphane Peu. La porte est ouverte, rejoignez-nous !

M. Gérard Darmanin, ministre. Vous proposez 20 milliards de dépenses supplémentaires... alors que la politique économique courageuse de la majorité parlementaire doit continuer parce que le Président de la République met le pays sur les bons rails. Et vous devriez applaudir parce que la France va mieux, et non pas déplorer que la France réussisse ! (*Vifs applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM. – Exclamations sur les bancs du groupe LR.*)

M. Fabien Di Filippo. menteur !

SITUATION DES AIDANTS

M. le président. La parole est à Mme Élodie Jacquier-Laforge.

Mme Élodie Jacquier-Laforge. Madame la ministre des solidarités et de la santé, ma question porte sur le secteur d'activité dit de l'aide à la personne, qui recrute, certes, mais qui peine de plus en plus à trouver des candidats.

Je tiens d'abord à remercier ces personnels pour le travail colossal et essentiel qu'ils accomplissent chaque jour auprès des personnes les plus fragiles. Leur travail est parfois mal reconnu, souvent pénible physiquement et moralement, et il demeure mal rémunéré. (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM.*)

De nombreux postes ne sont pas pourvus dans ce secteur, notamment pour aider les personnes âgées ou dépendantes tant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – qu'à domicile. Les auxiliaires de vie sociale et les aides-soignantes se font rares, tandis que les besoins vont croissant en raison du vieillissement de la population. Dans les dix années à venir, 300 000 postes seront à pourvoir.

L'enquête de Pôle emploi de 2018 sur les besoins en main-d'œuvre indique que « les métiers de soins et d'accompagnement font partie des métiers les plus recherchés, avec les aides à domicile, les aides ménagères et les aides-soignants ». Ils figurent en effet dans le top 10 des métiers les plus recherchés par les employeurs.

Alors que notre population vieillit et que la demande est de plus en plus forte, ce travail doit plus que jamais être revalorisé, non seulement humainement et financièrement, mais aussi en termes d'évolution de carrière dans certaines professions paramédicales, pour les personnes qui le souhaitent.

Ces emplois demeurent en effet peu attractifs et les conditions de travail sont telles que les professionnels, comme les personnes dépendantes, sont souvent en situation de détresse.

M. Guillaume Garot. Absolument !

Mme Élodie Jacquier-Laforge. Comment s'occuper humainement de quelqu'un quand il faut, en trente minutes, lui faire sa toilette, l'habiller, lui donner des soins et faire un peu de ménage ? (*M. Guillaume Garot applaudit.*)

En janvier 2018, un mouvement d'ampleur nationale avait eu lieu dans les EHPAD pour dénoncer cette situation. Le Gouvernement avait alors annoncé un déblocage progressif de 360 millions d'euros pour ces structures et de 100 millions pour les aides à domicile. Il avait également annoncé qu'un projet de loi serait présenté en 2019.

Madame la ministre, afin de répondre aux inquiétudes des professionnels, des malades et de leurs familles, pouvez-vous donner les grandes lignes des actions à venir du Gouvernement en la matière ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame la députée, je vous remercie de porter la lumière sur ces professionnels qui jouent, en effet, un rôle majeur auprès de nos aînés. Votre question rejoint parfaitement la réflexion que le Gouvernement mène actuellement sur le grand âge et la perte d'autonomie. Des réponses vont être données notamment avec la remise, demain, du rapport de Dominique Libault, qui a fait l'objet d'une large concertation.

Nous avons, en effet, pris des mesures d'urgence : 100 millions d'euros ont été débloqués entre 2018 et 2019 pour l'aide à domicile. À partir de demain, nous lancerons des concertations afin de rédiger un projet de loi qui devrait aboutir avant la fin de l'année 2019.

Comme vous l'avez indiqué, les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont appelés à voir leur rôle renforcé dans les années à venir, parce que le maintien à domicile est aujourd'hui la forme de vieillissement privilégiée par nos aînés, qui souhaitent pouvoir rester le plus longtemps possible chez eux.

Le Gouvernement a d'ores et déjà lancé des travaux portant sur l'évolution du modèle de financement des services du secteur à la personne. Nous les poursuivrons dans le cadre de la réforme du grand âge.

Nous avons plusieurs objectifs : d'abord, assurer l'accessibilité financière et géographique à ces services ; ensuite, permettre aux usagers de bénéficier d'une plus grande équité de traitement et d'une offre plus lisible, assurer une meilleure transparence tarifaire et mieux maîtriser les restes à charge pour les familles ; enfin, améliorer drastiquement la qualité de vie au travail des personnels, ainsi que l'attractivité d'une filière qui, vous l'avez souligné, est une filière d'avenir, non délocalisable, sur laquelle nous misons énormément.

Ces impératifs sont la condition de la réussite de la réforme qui sera annoncée dans les prochains mois.

Madame la députée, je vous remercie de nouveau pour votre question qui concerne un secteur majeur pour l'avenir de notre pays. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

POLITIQUE FISCALE

M. le président. La parole est à M. Joachim Son-Forget.

M. Joachim Son-Forget. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'économie et des finances.

M. Stéphane Peu. Il est où, Doc Gynéco ?

M. Joachim Son-Forget. L'ISF – impôt de solidarité sur la fortune – a récemment été supprimé afin de poser un garrot sur une hémorragie fiscale, alors que le sang avait déjà beaucoup coulé. Cependant, un an après sa suppression, nous devons admettre que nous n'avons pas ressuscité les morts, aucun retour massif d'exode des enfants prodiges n'ayant été constaté. Pis encore, j'ai appris par des indiscrétions des milieux de la gestion de fortune que, depuis le début de la crise des gilets jaunes, des Français prospères s'informent sur les placements étrangers.

Sans vouloir inciter à l'exil fiscal, je vais me faire l'avocat du diable. En somme, les expatriés pour raison fiscale et les gilets jaunes grognent pour la même raison (*Exclamations sur les bancs du groupe LR*) : ils se perdent dans la jungle des suppressions, des naissances et des réformes fiscales typique de la France, alors qu'il faudrait leur donner des gages de stabilité.

Pour que les exilés fiscaux reviennent, vous songez à employer la méthode coercitive. En effet, l'idée d'instaurer un impôt sur la nationalité a été envisagée dès 2012 – par d'autres avant : MM. Hollande et Dominique Strauss-Kahn y ont pensé, ainsi que les extrêmes de tous bords. Cet impôt consiste à faire payer aux Français résidant à l'étranger la différence de fiscalité entre leur pays de domiciliation et ce qu'ils auraient dû payer en France s'ils y vivaient.

À son tour, le délégué général de La République en marche vient d'évoquer, dans le cadre du grand débat national, la création d'un statut de résident fiscal pour les Français vivant dans un pays avec lequel la France n'a pas conclu d'accord fiscal.

M. Pierre Henriët. On ne comprend rien, c'est comme dans vos tweets !

M. Joachim Son-Forget. N'est-ce pas là l'antichambre d'un impôt sur la nationalité ? Pourtant, lors de l'examen du PLF pour 2018, M. Darmanin, avait affirmé qu'une telle idée était contraire à la philosophie de la majorité.

L'impôt doit être lié à la territorialité, non à la nationalité. Et à vouloir changer les paradis fiscaux en purgatoires, le risque est grand de faire vivre un enfer fiscal à ceux qui ne sont pas des exilés fiscaux mais des Français moyens vivant à l'étranger, pareils à ceux d'ici.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous offrir une vision de long terme de votre politique fiscale, dotée d'une véritable colonne vertébrale ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe UDI-Agir.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances. Monsieur le député, vous avez raison : l'imposition, c'est la règle, dépend du lieu de résidence. Elle est donc indépendante de la nationalité du

contribuable, ce qui est logique, puisque c'est dans le pays de résidence que l'on consomme et que l'on utilise les routes, les écoles et les hôpitaux financés avec l'argent public de ce pays.

De plus, une imposition fondée sur le seul critère de la nationalité rendrait le dispositif impraticable dans la mesure où notre pays a conclu 125 conventions fiscales. Nous appelons d'ailleurs de nos vœux ces conventions, dont dépend la fiscalité réciproque entre les pays : elles sont nécessaires tant pour l'application des règles fiscales que pour contrer les tentatives d'abuser du droit pour échapper à l'impôt.

Si l'impôt sur la nationalité n'est pas une solution praticable, nous poursuivons en revanche l'objectif de faire acquitter, en France, leur impôt ou du moins ce qu'ils doivent en payer, aux contribuables, qui s'exilent uniquement à des fins fiscales tout en gardant un lien fort avec la France.

À cet effet, nous avons lancé plusieurs actions. Depuis dix-huit mois, la France a en effet entrepris de lutter avec force et efficacité contre la fraude et l'optimisation fiscales, tant au niveau national qu'au sein des instances européennes.

Voici quelques exemples : la transposition des critères de la liste noire européenne des États et territoires non coopératifs, que nous sommes le seul pays européen à avoir opérée ; la ratification de la convention multilatérale BEPS – *Base Erosion and Profit Shifting* – et la traduction de ses principes anti-optimisation dans notre droit et dans les conventions fiscales bilatérales qui lient la France et ses partenaires ; la transposition rapide des directives européennes visant à lutter contre tous les schémas d'optimisation fiscale ; le rôle moteur joué par la France dans la lutte contre l'optimisation fiscale des GAFAs – Google, Apple, Facebook, Amazon – dans le cadre des négociations visant à créer une taxe européenne, qui aurait aussi des conséquences pour leurs actionnaires ; enfin, l'imposition minimale sur la relocalisation des bénéficiaires.

Telles sont les actions que nous menons. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

AVENIR DE LA DÉCLARATION D'IMPÔT

M. le président. La parole est à M. Benjamin Dirx.

M. Benjamin Dirx. Monsieur le ministre de l'action et des comptes publics, le prélèvement à la source, mis en place depuis le mois de janvier 2019, apparaît déjà comme une réussite.

M. Fabien Di Filippo. Il ne sert à rien !

M. Benjamin Dirx. Avec cette réforme, les Françaises et les Français bénéficient dès cette année de nombreux avantages, notamment de l'adaptation rapide de l'impôt aux évolutions de leur vie et de l'étalement de son paiement sur douze mois.

Cette simplification des procédures administratives a été possible – cela est à souligner – grâce à l'engagement total des fonctionnaires de l'administration fiscale.

Bien qu'il faille nous donner le temps d'une évaluation complète de cette simplification, notamment au regard de la réussite du versement de l'impôt par les entreprises, nous pouvons d'ores et déjà anticiper l'avenir et imaginer de nouvelles dispositions qui feraient suite à cette transformation.

À cet égard vous vous êtes dit, monsieur le ministre, favorable à la suppression de la déclaration d'impôt sur le revenu.

Dans de nombreuses situations, cette déclaration fastidieuse, qui est remplie par les Français, peut effectivement apparaître comme facultative.

Facultative, elle pourrait notamment l'être pour ceux d'entre eux dont l'administration fiscale a, grâce à un tiers déclarant, une connaissance précise des revenus.

Facultative, elle pourrait également l'être grâce au prélèvement à la source et grâce à la possibilité offerte à l'ensemble des contribuables de signaler leurs changements de situation à tout moment, sur leur espace personnalisé en ligne ou auprès d'un conseiller.

Une telle suppression doit cependant pouvoir prendre en compte notre système fiscal, qui est complexe : je pense ici aux indépendants, aux citoyens bénéficiant de revenus immobiliers et plus généralement à l'ensemble des situations pour lesquelles l'administration fiscale ne bénéficie pas de données en temps réel.

Compte tenu des complexités évoquées, mais également, et surtout, de notre volonté forte de simplification administrative, comment envisagez-vous, monsieur le ministre, en vous appuyant sur l'expérience réussie du prélèvement à la source, la possibilité de supprimer la déclaration d'impôt sur le revenu ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'action et des comptes publics.

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. Je vous remercie tout d'abord d'avoir souligné que le prélèvement à la source avait été un projet réussi par l'administration française. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Permettez-moi de m'associer aux remerciements que vous avez adressés à tous les agents des finances publiques, mais aussi à ceux des URSSAF, qui ont montré qu'ils savaient, en ayant le service public chevillé au corps, mener à bien ce genre de transformation que tous les pays autour de nous ont réussi à faire.

Il n'y avait que quelques grincheux pour penser que les fonctionnaires n'étaient pas capables de le faire au 1^{er} janvier de cette année. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Plusieurs députés du groupe LaREM. Bravo !

M. Michel Herbillon. Vous visez sans doute le Président de la République ?

M. Gérard Darmanin, ministre. Monsieur le député, quand j'ai parlé de grincheux, je ne vous visais pas : il ne fallait pas le prendre personnellement. (*Sourires sur les bancs du groupe LaREM – Exclamations sur quelques bancs du groupe LR.*)

Monsieur Dirx, vous avez eu raison de dire que notre but doit être de simplifier la vie des Français.

Désormais, grâce au prélèvement à la source, oui, 2019 sera sans doute la dernière année pour laquelle les contribuables français auront obligatoirement à remplir une déclaration d'impôt.

Nous allons en effet pouvoir, grâce au travail effectué à l'occasion de ce même prélèvement, faire une déclaration tout au long de l'année, et même tous les jours si on le souhaite.

Depuis le 1^{er} janvier, deux millions des foyers fiscaux français ont déjà modifié, à la hausse ou à la baisse, leur taux d'imposition : ainsi l'impôt s'adapte à la vie.

Notre pays compte grosso modo 38 millions de foyers fiscaux. À peu près 15 millions d'entre eux continuent à remplir une déclaration sur support papier : cela représente – je le dis devant le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire – 1 000 tonnes de papier que nous pourrions économiser un peu en expliquant aux Français qu'effectivement, si leur vie fiscale ne change pas – comme c'est le cas chaque année de plus de 5 millions de foyers –, ils n'auront plus, à partir de l'année prochaine, de déclaration fiscale à remplir.

Si leur vie fiscale change, il faudra évidemment le déclarer afin que l'impôt s'adapte à ce changement.

La question des indépendants est une question particulière.

M. Fabien Di Filippo. Usine à gaz !

M. Gérard Darmanin, ministre. J'aurai l'occasion dans les jours qui viennent, notamment lors de la campagne de déclaration d'impôt sur le revenu, de dire comment nous pourrions également nous adapter à leur vie particulière. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.)*

CONSÉQUENCES DE LA PRÉCARITÉ EN MATIÈRE D'HYGIÈNE

M. le président. La parole est à Mme Muriel Ressiguier.

Mme Muriel Ressiguier. Madame la ministre des solidarités et de la santé, nous sommes en 2019 : or 1 % des Français les plus riches concentrent 30 % du patrimoine, et trente-huit milliardaires possèdent autant que les 40 % les plus pauvres des Français.

Les inégalités se creusent inexorablement, dans une indifférence quasi-générale.

Le constat est sans appel : paupérisation des travailleurs, renoncement aux soins, mal-logement, malnutrition, inégalités d'accès à l'eau – alors qu'elle est un bien commun dont les premiers mètres cube nécessaires à une vie digne devraient être gratuits –, mais aussi difficultés à assurer une hygiène quotidienne. *(« C'est vrai ! » sur les bancs du groupe FI.)*

Une étude récente de l'IFOP, commandée par l'association Dons solidaires et menée auprès de dix millions de personnes en difficulté financière, révèle ainsi que plus de trois millions de Français sont contraints de faire des économies sur l'hygiène.

Deux millions de Français se disent mal à l'aise en raison de leur hygiène corporelle et de leur apparence, et nombre d'entre eux ont déjà renoncé à acheter du shampoing ou du savon.

Près de trois millions de parents déclarent ne pas pouvoir changer régulièrement les couches de leurs enfants, et plus d'une femme sur trois ne change pas suffisamment de protection hygiénique ou a recours à des protections de fortune.

Madame la ministre, quand on parle d'exclusion, on oublie souvent les stigmates liés au corps.

Or ne pas pouvoir se laver, ne pas pouvoir changer ses enfants ou renoncer à passer un entretien d'embauche parce qu'on est mal dans son corps sont autant d'humiliations vécues par un nombre grandissant de nos concitoyens.

Détourner le regard de ceux qui s'enfoncent dans la misère est humainement insupportable, sans oublier les multiples conséquences de cette évolution en termes de santé publique.

Il est donc temps d'agir.

Notre pays, exsangue à la sortie de la guerre, a pourtant su créer, en se préoccupant de l'intérêt général, la sécurité sociale.

Aujourd'hui, alors qu'il n'a jamais été aussi riche, qui peut croire que la misère est une fatalité sur laquelle l'action et la volonté politique n'ont pas de prise ?

M. Dominique Potier. Bonne question.

Mme Muriel Ressiguier. Madame la ministre, ma question est la suivante : quelles mesures concrètes allez-vous prendre pour éradiquer cette misère, et dans quels délais ? *(Mmes et MM. les députés membres du groupe FI, ainsi que Mme Faucillon et M. Chassaigne, se lèvent et applaudissent.)*

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Madame la députée, vous faites état d'une étude de l'IFOP qui met en effet en exergue le fait que deux à trois millions de Français sont mal à l'aise vis-à-vis de leur hygiène corporelle.

C'est un sujet qu'il est important d'aborder, et je vous remercie d'avoir permis que nous le traitions au sein de cet hémicycle.

C'est un sujet qui est encore trop peu connu, sur lequel nous devons travailler et sur lequel bien évidemment nous travaillons actuellement.

Je peux vous communiquer plusieurs éléments à ce propos.

Il n'est en effet pas stipulé dans la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté que nous travaillons sur l'accès à des kits d'hygiène destinés aux publics les plus précaires. Ceci étant dit, nous y travaillons par différents moyens, notamment par l'ouverture de maisons de santé, pas des actions d'allers-vers et de prévention en matière d'accès aux soins, dont l'un des thèmes est bien évidemment la santé des plus précaires.

Nous travaillons avec les associations qui offrent déjà de tels kits d'hygiène, mais nous devons aller plus loin en matière de construction de l'action publique ainsi que de financement.

J'ai notamment demandé aux services de la direction générale de la cohésion sociale du ministère des solidarités et de la santé de travailler sur ce sujet de façon à pouvoir verser des subventions supplémentaires permettant aux associations d'acheter et de distribuer de tels kits.

Mme Sylvie Tolmont. Pouvoir les acheter est toute la question !

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État. Certaines le font déjà. Je le sais pour avoir effectué des maraudes avec les Restos du cœur et avec la Croix-Rouge : ces kits sont déjà distribués. Certaines missions locales les distribuent également auprès des jeunes concernés.

Nous devons cependant aller plus loin.

Il y a eu des premières réponses : je pense à la baisse, en 2015, de 20 % à 5,5 % du taux de TVA applicable aux produits d'hygiène de première nécessité, notamment le savon, les produits d'hygiène et les produits hygiéniques pour les femmes.

Tout ce travail améliore la situation : le Gouvernement s'est en outre engagé, au moment de l'examen du projet de loi de finances, à trouver les solutions de financement dont celle que je viens de vous indiquer pour que des subventions puissent être allouées.

La mobilisation est forte sur ce sujet.

La précarité hygiénique ne doit plus être un tabou : nous devons trouver les bonnes solutions. J'y travaillerai avec plaisir avec vous, madame la députée. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM ainsi que sur quelques bancs du groupe MODEM.*)

PERSPECTIVES AU LEVANT

M. le président. La parole est à M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. Madame la ministre des armées, samedi dernier, les forces démocratiques syriennes ont annoncé la libération d'Al-Baghouz, éliminant ainsi totalement de la carte le califat autoproclamé en juin 2014 à Mossoul par le groupe terroriste Daech. (*M. Éric Coquerel applaudit.*) Cette victoire militaire territoriale, appuyée par la coalition internationale, est pour la France un moment d'autant plus important que notre pays est l'un de ceux qui ont été le plus durement touchés par le terrorisme.

Depuis les attaques contre *Charlie Hebdo* jusqu'à l'attentat de Nice, depuis le Bataclan jusqu'à Trèbes, les attentats de Daech restent à jamais une plaie ouverte dans nos cœurs. À la mémoire de toutes les victimes, et à nos militaires engagés dans ce combat en opérations extérieures aussi bien que sur notre sol, rendons, mes chers collègues, un hommage appuyé. (*Mmes et MM. les députés se lèvent et applaudissent.*)

Dès 2017, la reprise de Raqqa et de Mossoul avait permis de repousser Daech sur les rives de l'Euphrate, dans la région d'Al-Baghouz. Aujourd'hui, la reprise de cette ville de l'Est syrien, frontalière avec l'Irak, ouvre un nouveau chapitre de notre combat contre le terrorisme. En effet, l'anéantissement territorial de Daech ne signifie pas que ses combattants ou son idéologie soient terrassés pour autant.

M. Éric Diard. Bravo, quelle perspicacité !

M. Philippe Chalumeau. Ces combattants, nous les savons toujours présents en Syrie, notamment dans la région d'Idlib, et ils se réorganisent au Moyen Orient, en Afrique et en Asie. La menace est donc toujours présente, ici comme ailleurs, partout dans le monde.

Dès lors, madame la ministre, ma question porte sur l'engagement militaire de la France au Levant et en Syrie. Quatre ans après le début de l'opération Chammal, quelles sont dans cette région, à court et à moyen terme, les perspectives d'engagement de nos forces armées, notamment en matière de lutte antiterroriste ? (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM. – M. Jean-Louis Bourlanges applaudit aussi.*)

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

Mme Florence Parly, ministre des armées. Nous avons en effet franchi, monsieur le député, une étape décisive puisque, en 2015, le califat territorial s'étendait sur un territoire aussi grand que la Grande-Bretagne. Aujourd'hui c'est donc chose faite : Daech ne contrôle plus aucun territoire au Levant. Nous pouvons nous en réjouir et rendre hommage, comme vous venez de le faire, aux soldats, marins et aviateurs de Chammal, mais aussi à la coalition internationale, aux forces démocratiques syriennes et aux forces de sécurité

irakiennes, qui, pendant cinq ans, se sont battues pour parvenir à ce résultat. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM, MODEM et SOC, ainsi que sur quelques bancs des groupes GDR et LR.*)

S'il faut célébrer ce succès, la situation n'en reste pas moins précaire, car Daech s'est préparé depuis longtemps à la clandestinité et à la poursuite de son combat. Comme je le fais chaque fois devant nos militaires et nos partenaires de la coalition, j'insiste sur le fait que nous ne devons ni baisser la garde, ni relâcher nos efforts.

C'est pourquoi nous resterons engagés contre Daech, d'abord dans le cadre de la coalition internationale, tout en continuant bien entendu à adapter notre dispositif chaque fois que ce sera nécessaire. Nous resterons également engagés auprès des forces de sécurité irakiennes, auprès desquelles nous menons des actions de formation et de stabilisation des territoires libérés, afin qu'elles puissent, in fine, se réappropriier la sécurité de leur propre pays.

Et comme il ne saurait y avoir de victoire militaire sans solution politique, la France continuera d'œuvrer à une solution politique inclusive, sous l'égide des Nations unies, aux côtés de son envoyé spécial. Nous devons en effet recréer les conditions du retour à l'État de droit, à la sécurité et au développement. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM, ainsi que sur quelques bancs des groupes MODEM et SOC.*)

PÔLE EMPLOI

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

M. Stéphane Viry. Ma question s'adressait à M. le Premier ministre.

Malgré un petit recul que nous ne pouvons que saluer, le taux de chômage reste particulièrement élevé dans notre pays, avec 3,4 millions de personnes inscrites en seule catégorie A, et plus de 6,2 millions toutes catégories confondues. Nous entendons pourtant tous les jours, sur l'ensemble de nos territoires, des entreprises qui cherchent à recruter, quasiment dans tous les domaines d'activité, et qui ne trouvent pas de candidats.

Face à ce constat, l'efficacité, voire la responsabilité de Pôle emploi interrogent. Pour le compte de la commission des affaires sociales, j'ai mené, début 2019, une mission flash sur Pôle emploi, dix ans après sa création. Je tiens tout d'abord à rendre hommage aux salariés et à la direction de cet établissement, qui font du mieux qu'ils peuvent avec les moyens mis à leur disposition. Ces salariés, engagés au service des demandeurs d'emploi, ont le sentiment d'une importante dégradation de leurs conditions de travail et, par conséquent, d'une forte détérioration du service rendu aux usagers. J'ai pu notamment constater que les deux tiers des demandeurs d'emploi n'ont pas eu d'entretien avec leur conseiller référent quatre mois après leur inscription.

Comment cela est-il possible, alors que les entreprises cherchent à embaucher ? Comment le chômage, dans ces conditions, peut être traité résolument, alors que le Gouvernement ne cesse de confier de nouvelles missions à Pôle emploi, telles que la prise en charge des salariés démissionnaires et des travailleurs indépendants, l'accompagnement renforcé des bénéficiaires du RSA – revenu de solidarité active – et le renforcement du contrôle des allocataires ? Tout cela, je le répète, s'accompagne d'une baisse continue des moyens alloués, avec près de 2 000 agents en moins depuis deux ans et une baisse des dotations de l'État.

Résultat: le volume des portefeuilles des conseillers explose. Nous ne nous étonnons plus du sentiment d'abandon et de ras-le-bol, tant chez les agents que chez les usagers, demandeurs d'emploi ou entreprises.

Monsieur le Premier ministre, comment comptez-vous améliorer la situation de Pôle emploi? Qu'entendez-vous faire de plus pour relancer le retour à l'emploi? Dans quelle mesure seriez-vous prêt à soutenir des initiatives locales pour y parvenir? (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR. – Mme Brigitte Bourguignon applaudit aussi.*)

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

Mme Muriel Pénicaud, ministre du travail. Tout d'abord, monsieur Viry, je vous remercie d'avoir salué l'amorce d'une baisse du chômage, même si beaucoup reste à faire. De 9,7 %, le taux de chômage a en effet été ramené à 8,8 % en moins de deux ans. C'est encore beaucoup trop, et l'action en ce domaine reste une priorité majeure pour notre pays, mais c'est encourageant. Nous sommes ainsi passés sous la barrière psychologique des 9 %, que certains désignaient comme celle du chômage structurel et que, pour ma part, j'appelais le taux de l'impuissance.

Nous sommes donc en progrès, mais il nous faut intensifier nos actions. Celles-ci sont de quatre ordres. La première action est celle qui cible les compétences, les compétences et encore les compétences. Dans notre pays, une entreprise sur deux ne trouve pas les compétences dont elle a besoin sur le marché du travail, car elles n'existent pas. Il faut donc les coconstruire: c'est tout le sens de la réforme de l'apprentissage et de la formation professionnelle, la loi « avenir pro », et du plan d'investissement dans les compétences. En cinq ans, ce sont 1 million de jeunes demandeurs d'emploi qui seront formés, certains ayant déjà commencé à l'être.

Deuxième sujet: certains de nos concitoyens, vous l'avez rappelé, ont besoin d'un tremplin vers l'emploi. À cette fin, Cap emploi s'est rapproché de Pôle emploi: c'est tout l'enjeu de l'insertion par le monde économique, au sein des entreprises adaptées. Rapporteur pour avis du projet de loi de finances, vous êtes au fait de notre action en ce domaine, qui est une priorité importante.

Troisième axe: les règles de l'assurance chômage, qui ne vont pas toujours dans le sens de l'emploi. Le rôle de Pôle emploi est essentiel. Nous négocions actuellement, avec les partenaires sociaux, la convention tripartite qui s'appliquera à cet établissement. Nous nous rejoignons sur l'idée d'un accompagnement plus précoce et plus intensif car, plus tôt un demandeur d'emploi est accompagné, plus facilement il retrouve un emploi. Sans cela, une perte de confiance s'installe avec le temps, ainsi qu'une perte de crédibilité sur le CV.

Nous voulons aussi mener une action plus offensive sur l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, en lien avec les départements, et sur les demandeurs d'emploi de longue durée. Pôle emploi dispose aujourd'hui des moyens pour conduire ces actions. Les nombreux services administratifs digitalisés, en particulier, nous permettent d'investir pour ces progrès. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

LUTTE CONTRE LA PROSTITUTION DES MINEURS

M. le président. La parole est à M. Mustapha Laabid.

M. Mustapha Laabid. Madame la garde des sceaux, il y a quelques mois, j'ai reçu dans ma permanence, à Rennes, deux mamans très courageuses dont les filles, âgées de treize et

quatorze ans, étaient victimes de proxénètes. J'ai écouté le désespoir et la colère de ces mères inconsolables face à une situation dont je tairai ici les détails glauques et sordides.

La situation qui motive l'appel à l'aide de ces deux mamans n'est pas un cas unique: elle est partagée par des milliers de familles en France, où il y aurait aujourd'hui 5 000 à 8 000 mineurs victimes de proxénètes, et le phénomène est en pleine expansion.

J'ai pris l'initiative d'auditionner des juges pour enfants, des procureurs, des policiers, la brigade des mineurs, des professionnels de l'aide sociale à l'enfance et des associations comme le COGRADE, le Conseil français des associations pour les droits de l'enfant, ou ACPE – Agir contre la prostitution des enfants –, engagées contre la prostitution des mineurs. Ils tirent tous la sonnette d'alarme.

Souvent, inconsciemment – pour se protéger de l'horreur, peut-être –, notre premier réflexe est d'imaginer qu'il s'agit de migrants qui viennent d'Afrique ou d'Europe de l'Est. Ainsi, nous nous sentons un peu moins concernés. Pourtant, mes chers collègues, le phénomène touche aussi des enfants nés en France, scolarisés en France, et de toutes les catégories sociales.

Qu'ils soient mineurs étrangers ou mineurs français, pris dans un réseau ou non, nous devons agir maintenant et frapper fort! (*Applaudissements sur tous les bancs.*) Aujourd'hui, devant un juge, un proxénète risque moins qu'un trafiquant de drogue. En outre, internet facilite la prostitution des mineurs: annonces en ligne, Airbnb, Uber, compte Nickel, voilà les nouveaux outils des réseaux mafieux qui investissent ce marché très lucratif.

Ce modèle inédit d'exploitation des mineurs appelle des adaptations. Madame la ministre, quel arsenal mettre en œuvre pour endiguer le phénomène? (*Mêmes mouvements.*)

M. le président. La parole est à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice.

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. La situation que vous décrivez, monsieur le député, est absolument intolérable; vous avez raison de le souligner. Le ministère de la justice est particulièrement mobilisé contre la prostitution des mineurs.

Vous l'avez dit, nous sommes confrontés à de véritables réseaux transnationaux qui relèvent de la criminalité organisée. La lutte contre la traite des êtres humains, cet esclavage moderne, est donc pour moi une priorité.

Après des circulaires très fermes adressées aux parquets en 2015 et 2016, les services de la chancellerie sont aujourd'hui très mobilisés. Ils travaillent en étroite collaboration avec leurs partenaires et homologues européens. Par exemple, jeudi dernier, une réunion avec nos homologues roumains à ce sujet s'est tenue dans les services de la chancellerie.

Par ailleurs, un travail interministériel est également conduit dans le cadre de l'élaboration des plans nationaux de lutte contre la traite des êtres humains, coordonnés par la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Un nouveau plan est d'ailleurs en voie de finalisation.

Vous avez raison de souligner que la prostitution des mineurs se développe aujourd'hui très largement du fait des réseaux sociaux et qu'elle touche des enfants issus de milieux différents. Une prise de conscience est nécessaire; par votre action, vous y contribuez beaucoup, ce dont je vous remercie.

Notre arsenal juridique national est aujourd'hui solide et je ne suis pas certaine qu'il soit nécessaire de modifier nos textes. Au niveau européen, en revanche, il faut améliorer l'accès des magistrats et des enquêteurs aux preuves électroniques afin de mieux identifier ceux qui créent – souvent à l'étranger – des sites internet favorisant ce type de prostitution des mineurs ainsi que les individus qui se connectent à ces sites. Ce travail est engagé; j'espère qu'avec vous, mesdames et messieurs les députés, nous pourrions faire en sorte que les textes nécessaires soient adoptés rapidement. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, MODEM et SOC.*)

DEVOIR DE VIGILANCE DES ENTREPRISES

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

M. Dominique Potier. C'est dans le Toulousain qu'est né, il y a un peu plus d'un siècle, Georges Guérin, fondateur de la JOC, la Jeunesse ouvrière chrétienne. Connaissez-vous le slogan de ce mouvement? « La vie d'un jeune travailleur vaut plus que tout l'or du monde. » Nous sommes dans la continuité de la question précédente lorsque nous évoquons le fait que, pour quelques centimes pour un tee-shirt, pour quelques euros pour un jean, des enfants, au bout du monde, sont réduits en esclavage.

Le Comité catholique contre la faim et pour le développement a rendu il y a quarante-huit heures un rapport qui nous donne, parmi bien d'autres informations, ces deux chiffres: près de 27 millions d'hectares de terres dont sont spoliées les communautés rurales par la financiarisation de la terre et de l'industrie agroalimentaire; 25 millions de travailleurs de la terre exposés dans des conditions malhonnêtes à des pesticides parfois produits dans notre propre pays.

Il y a deux ans jour pour jour, la précédente majorité adoptait, après quatre ans de combat ayant associé syndicats, organisations non gouvernementales et universitaires, une loi qui, désormais, fait date et fait école dans le monde. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOC et sur plusieurs bancs du groupe GDR. – M. Erwan Balanant applaudit également.*) Nombre d'universités, de syndicats, de parlements et une dizaine de pays étudient et envisagent d'adopter une loi équivalente.

Ma question au Gouvernement sera très précise, et j'aimerais qu'en y répondant l'on ne se paie pas de mots et de bons sentiments pour faire croire que l'on partage nos valeurs. Nous sortons de l'examen de la loi PACTE: il était question d'y réformer le capitalisme; mon groupe politique, je l'avoue, n'a pas été vraiment convaincu. Mais nous avons là l'occasion de travaux pratiques. Pouvez-vous nous donner la liste des entreprises concernées par le devoir de vigilance depuis maintenant cent jours, la loi s'appliquant au 1^{er} janvier 2019? Pouvez-vous nous donner le nom de la dizaine de géants de la banque, de l'industrie alimentaire et de l'habillement qui n'ont pas daigné mettre en œuvre ce que nous avons adopté dans cet hémicycle il y a exactement deux ans? Pouvez-vous nous dire quelles mesures l'État engage pour garantir la qualité des plans de vigilance? Pouvez-vous nous donner des précisions sur le plaidoyer international auquel vous allez vous livrer pour que, avec l'Allemagne et une dizaine d'autres pays européens, nous adoptions une directive et portions le message à l'échelle de l'Organisation des Nations unies? (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOC et GDR ainsi que sur plusieurs bancs des groupes LaREM, MODEM et UDI-Agir.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Merci beaucoup, monsieur le député, de poser exactement les bonnes questions. Merci aussi de tout le travail que vous avez accompli au cours de la législature précédente sur la loi que vous avez citée et qui force en effet l'admiration de nombreux pays.

Le devoir de vigilance, nous devons l'utiliser pour ce qu'il est: un véritable levier permettant de placer enfin l'humain, mais aussi l'environnement, au cœur de la gouvernance des entreprises tout au long de la chaîne de valeur. Il peut éviter des drames comme celui du Rana Plaza – il y en a malheureusement beaucoup d'autres. La responsabilité sociétale des entreprises ne doit pas, ne peut pas être un supplément d'âme: elle doit vraiment être au cœur de la stratégie des entreprises.

Certaines y sont prêtes: elles ont voulu aller plus loin. Comme le préconisait le rapport Senard-Notat, la loi PACTE, que vous avez citée, défendue par Bruno Le Maire et Agnès Pannier-Runacher, rend obligatoire la prise en considération des enjeux sociaux et environnementaux. Grâce à cette loi, les entreprises peuvent aussi désormais se doter d'une raison d'être.

L'entreprise ne peut se résumer à la réalisation de profits: elle a une dimension sociale et environnementale. Les entreprises peuvent et doivent aller plus loin, ce que certaines font déjà. (*Exclamations sur les bancs du groupe SOC.*)

M. André Chassaigne. Appliquez la loi!

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État. Nous devons continuer de nous atteler à la nécessaire transformation du système capitaliste. Je sais, monsieur le député, que vous allez continuer de travailler avec nous et d'être vous aussi vigilant, pour que nous allions de l'avant.

M. André Chassaigne. Il faut appliquer la loi!

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État. Vos questions sont très précises. Je n'ai pas sur moi la liste que vous demandez,...

M. Stéphane Peu. Oh, dommage!

M. Jean-Paul Dufrière. Et de mémoire?

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État.... mais je sais – nous avons déjà échangé à ce sujet – que nous allons nous voir ensuite et continuer d'y travailler ensemble. J'entends aussi ce que nous disent les étudiants: ils demandent du sens; nous demandons aux entreprises d'avoir de l'impact. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

EMPLOIS FRANCS

M. le président. La parole est à M. Jean-François Cesarini.

M. Jean-François Cesarini. Je souhaite associer à cette question nos collègues Carole Bureau-Bonnard et Jean-François Portarrieu. Le Gouvernement vient d'augmenter le nombre de départements qui pourront bénéficier du dispositif des emplois francs. Le Vaucluse et les quartiers d'Avignon vous en remercient.

Rappelons l'histoire de cette ambition des « salariés francs » ou, désormais, « emplois francs ». C'est un éminent maire de Sarcelles qui a eu cette idée. Elle vient du constat des limites des zones franches: dans nos quartiers, se trouvent de

nombreux immeubles avec énormément de boîtes aux lettres de sièges sociaux d'entreprises, au point de faire penser à Andorre ou à Monaco, créant de fait des paradis fiscaux au cœur même de la misère. Or ce dispositif se voulait une alternative, afin que les aides de l'État, sous forme d'avantages fiscaux, ne profitent pas à la zone elle-même mais au demandeur d'emploi qui apportera avec lui, au moment de l'embauche, une aide de 15 000 euros sur trois ans pour un contrat à durée indéterminée – CDI.

Or le fait d'avoir augmenté, je le répète, le nombre des départements bénéficiaires du dispositif, pose la question des zones franches. Ne serait-il pas temps, alors qu'une évaluation est en cours, de débrancher ces zones franches qui coûtent énormément d'argent à l'État si l'on fait la somme de tous les impôts qu'il ne perçoit pas, et qui créent très peu d'emplois ?

On l'a vu, le dispositif d'emplois francs établi par le gouvernement précédent, le ministre Le Maire l'a signalé, n'a pas marché parce qu'il était en concurrence avec d'autres dispositifs. Je me demande donc s'il ne faut pas donner la priorité aux emplois francs et mettre un terme aux zones franches, pour mieux lutter contre le chômage de masse. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.)*

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

Mme Muriel Pénicaud, ministre du travail. C'est la moitié des personnes qui vivent dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville – QPV – qui, à partir du 1^{er} avril 2019, seront éligibles aux emplois francs. Vous l'avez rappelé, les emplois francs ont été créés lors du quinquennat précédent et le dispositif n'a pas fonctionné puisque l'on a compté 500 emplois francs en tout et pour tout en France. Nous en avons analysé les raisons.

Mais rappelons d'abord ce qu'est un emploi franc : c'est dire non à la discrimination, qui existe bel et bien en France. Pourquoi, en effet, habite-t-on dans un QPV ? Parce qu'on n'habite pas, a priori, à la bonne adresse, qu'on n'a parfois pas le bon nom ou la bonne tête. Dans ces conditions, on a deux fois moins de chance d'accéder à un même emploi à niveau de qualification et d'expérience égal. Un emploi franc, c'est également dire non à l'assignation à résidence. Nous avons ainsi permis que le dispositif puisse fonctionner ailleurs que dans le QPV, car il n'y a pas de raison qu'on n'embauche que dans ce type de quartiers.

Nous avons décidé, avec mes collègues Annick Girardin et Julien Denormandie, sous l'autorité du Premier ministre, d'élargir l'expérimentation. Une première expérimentation a été menée d'avril à la fin 2018, période pendant laquelle, sur 6 000 demandes, 4 500 ont été acceptées – ordre de grandeur que nous envisageons. Il est intéressant de noter que 82 % ont été embauchés en CDI immédiatement ; autrement dit, le pari de la confiance a été tenu. On a entendu d'ailleurs, l'autre jour, à Cachan, lorsque nous avons lancé l'extension du dispositif, les employeurs dire : « Eh bien, puisque nous avons bénéficié d'une aide, nous avons immédiatement osé proposer un CDI. » Or plus de la moitié des personnes concernées sont des demandeurs d'emploi de longue durée. Nous avons ainsi décidé d'élargir le dispositif à l'intégralité des régions des Hauts-de-France, de l'Île-de-France, aux départements des Ardennes, des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne, du Maine-et-Loire, du Vaucluse et à l'ensemble des départements et régions d'outre-mer où je rappelle que 25 % de la population vit dans un QPV.

Nous irons donc chercher ces talents cachés, ces vies empêchées pour leur permettre d'accéder à l'emploi. Il faut redonner espoir. Nous avons besoin de tout le monde sur le terrain pour promouvoir ce beau projet. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.)*

AVENIR DE L'HÔPITAL DE ROQUEFRAÏCHE

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Bouchet.

M. Jean-Claude Bouchet. Madame la ministre des solidarités et de la santé, en juin 2017, un « nouveau monde » devait naître. Or, depuis, la fracture entre le pouvoir central et la province, la ruralité, ne cesse de s'aggraver. Entre la limitation de la vitesse à 80 kilomètres par heure sur le réseau secondaire, et les suppressions de trésoreries, les hausses du prix du carburant, la mise à l'écart des corps intermédiaires et des élus locaux, les faits sont là.

Et cela continue avec le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, dans le cadre duquel nos hôpitaux locaux vont perdre leurs compétences et leur rôle de proximité. Au cours du débat, vous avez insisté sur le fait que vous étiez « engagée à pleinement associer les parlementaires, et [sur le fait que] cet engagement sera tenu », et engagée, aussi, à « renforcer la place faite aux élus en amont des décisions ».

Or sur le terrain le compte n'y est pas, madame la ministre, et les élus locaux sont ignorés. C'est le cas dans le Vaucluse, dans ma circonscription, avec l'hôpital de Roquefraïche, à Lauris. Par deux fois, le maire de cette commune vous a fait part publiquement de son inquiétude sur l'avenir de cet hôpital. Votre réponse a été très claire : « Je travaille plus sur une réadaptation que sur une fermeture. »

Quelle ne fut pas notre surprise d'apprendre, par hasard, en janvier dernier, que ce centre serait fermé d'ici à trois ans ! Où est la concertation, madame la ministre ? L'exaspération est à son comble au sein de la population et les personnels de l'hôpital sont inquiets, voire traumatisés. Dans un ultime recours, samedi dernier, le maire, André Rousset, soixante-dix ans, qui avait pourtant donné son parrainage au candidat Macron il y a un an et demi *(Exclamations sur les bancs du groupe LR)*, s'est donc résigné à partir de sa commune pour rejoindre, à pied, votre ministère, soit une distance de 760 kilomètres. Tout cela pour se faire entendre, pour protester contre la fermeture annoncée de cet hôpital.

Nous constatons donc, d'un côté, que vous affichez votre volonté de concertation et, de l'autre, que vous opposez une fin de non-recevoir aux élus. L'occasion m'est donc donnée de vous demander solennellement ce que vous comptez faire pour l'hôpital de Roquefraïche, dont dépend tout un bassin de population et, plus largement, quelle assurance de concertation vous entendez apporter aux élus locaux dans votre réforme. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LR.)*

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'ai été alertée la semaine dernière par M. André Rousset sur sa démarche et je comprends évidemment le désarroi que peut causer un projet de fermeture comme celui de l'hôpital de Roquefraïche. Répondre à ce type de situation est tout le sens de la loi qui a été discutée la semaine dernière : prévoir le renouveau des hôpitaux de proximité, un renouveau ambitieux. Au sein d'une organisation territoriale graduée, les hôpitaux de proximité apporteront aux patients le bon soin au bon moment.

M. Jean-Claude Bouchet. Vous les fermez tous !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Notre objectif est bien de garantir à la population une palette de soins suffisante pour éviter l'éloignement, à l'exception de situations médicalement plus complexes et qui doivent s'organiser suivant un parcours.

En ce qui concerne plus précisément l'établissement que vous mentionnez, la situation de l'hôpital de Lauris est particulière, liée notamment à la vétusté des locaux et à son environnement géographique. Je dois le préciser, le site de Lauris se trouve en zone d'aléas : une zone où les feux de forêt sont très forts.

M. Maxime Minot. Et alors ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Conformément au projet régional de santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, adopté en septembre 2018, il est prévu de relocaliser les soins de suite et de réadaptation sur le site de Lauris-Cavaillon. En effet, celui-ci possède à la fois un plateau technique spécialisé et les ressources médicales nécessaires en vue d'améliorer le parcours de santé de la population qui réside majoritairement dans le bassin de vie de Cavaillon.

Soyez assurés que je serai particulièrement attentive au devenir du site de Lauris. La réflexion doit être poursuivie, en y associant toutes les parties concernées, notamment le conseil départemental du Vaucluse, qui devrait, selon mes informations, devenir propriétaire du site à la cessation des activités sanitaires et médico-sociales. Enfin, j'ai demandé au maire de Lauris de prendre contact avec mon cabinet afin que toutes les propositions soient étudiées avec lui. *(M. Florian Bachelier applaudit.)*

HOMMAGE À MICHEL CRÉPEAU

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

M. Olivier Falorni. Il y a tout juste vingt ans, ici, dans cet hémicycle, cœur battant de la République, le cœur d'un grand républicain s'est brutalement arrêté de battre. C'était celui d'un député réputé, redouté, respecté. C'était celui d'un maire hors pair, tant il était visionnaire. C'était celui de Michel Crépeau. *(Mmes et MM. les députés se lèvent et applaudissent longuement.)*

Monsieur le ministre d'État, ministre de la transition énergétique et solidaire, vous occupez aujourd'hui le ministère dont il a eu la charge en 1981, car Michel Crépeau était bien sûr un radical, pétri d'humanisme, mais c'était en même temps un écologiste avant-gardiste.

Michel Crépeau, ce fut le maillot jaune du deux-roues, avec la création à La Rochelle des vélos en libre-service, trente ans avant le Vélip[®]. Michel Crépeau, ce fut le pionnier du piétonnier, avec la création à La Rochelle du premier secteur piétonnier en France. Michel Crépeau, ce fut aussi la pédagogie de l'écologie, avec l'invention à La Rochelle de la journée sans voiture, journée aujourd'hui devenue mondiale.

« On ne gouverne un peuple que les pieds par terre, et le cœur dans les étoiles ! », proclamait-il à cette tribune. La terre, le cœur et les étoiles.

La terre, qu'il n'a jamais cessé de vouloir protéger. Ce cœur généreux, qui s'est arrêté de battre ici, un sombre jour de mars 1999. Cette étoile, son étoile, qui n'a jamais cessé de briller dans le cœur de tant de gens.

La terre, le cœur, les étoiles, c'était Michel Crépeau, et je tenais ici et maintenant à le saluer avec respect, admiration, émotion et affection. *(Applaudissements sur tous les bancs.)*

M. le président. Merci, monsieur le député, pour ce bel hommage à un grand parlementaire et un grand serviteur de la République.

La parole est à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Monsieur le député, vous me donnez l'occasion de rendre hommage à Michel Crépeau au nom du Gouvernement. J'ai en effet le souvenir ému de ce jour où, ayant posé une question d'actualité, il s'est effondré sur son siège, foudroyé par une crise cardiaque. J'étais moi-même collaborateur du groupe Radical-citoyen-vert qu'il présidait. J'ai un souvenir particulièrement ému de ces instants.

Alain Tourret, son voisin de banc, a lui aussi gardé un souvenir très fort de ce moment à l'image d'un homme qui, jusqu'au bout, s'est battu dans cette Assemblée nationale pour les valeurs humanistes que vous avez rappelées.

Michel Crépeau était un personnage aux nombreuses facettes, dont il ne faut pas garder un souvenir triste, car c'était par ailleurs un homme plein d'humour et même de gouaille, apprécié tant à La Rochelle qu'à l'Assemblée nationale, et de manière générale dans le débat public.

Je veux me souvenir du député, du parlementaire qui aimait le Parlement. Sans aucun doute, il aimait l'idée de représenter le peuple français. Il aimait le suffrage universel, le débat et même l'art oratoire. Lui qui avait été avocat, il plaidait à l'Assemblée nationale, comme il l'avait fait devant les tribunaux. Il aimait aussi le travail législatif.

Je veux aussi me souvenir du ministre. Nommé au Gouvernement en 1981, vous l'avez rappelé, par François Mitterrand, il y siégea pendant cinq ans, d'abord comme ministre de l'environnement, ce qui n'est pas très connu, et il finit par exercer quelques mois la fonction de garde des sceaux, ministre de la justice – ce qui était pour lui une consécration –, prenant la succession de Robert Badinter.

Mais bien sûr, on ne peut pas comprendre Michel Crépeau sans parler de Michel Crépeau maire de La Rochelle. Je me souviens que, le jour de son enterrement, on avait le sentiment que tous les habitants de La Rochelle étaient descendus dans les rues pour le saluer une dernière fois. On le comprend quand on sait tout ce qu'il avait fait pour cette ville – vous l'avez rappelé –, y compris en matière d'écologie.

Un dernier mot, parce que le temps me manque, et que nous pourrions parler de lui longtemps. Il eut aussi Michel Crépeau l'humaniste. Les valeurs qu'il a défendues, les combats qu'il a menés sont plus que jamais d'actualité. *(Applaudissements.)*

IMPRIMERIE LOIRE OFFSET TITOULET

M. le président. La parole est à M. Régis Juanico.

M. Régis Juanico. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'économie et des finances, et porte sur l'une des très nombreuses fermetures de sites industriels qui se produisent dans nos territoires.

L'une des dix plus grosses imprimeries de notre pays, l'entreprise Loire Offset Titoulet, implantée à Saint-Étienne, dans ma circonscription, vient de fermer définitivement ses portes.

Faute de repreneur, sa liquidation judiciaire prononcée mercredi dernier par le tribunal de commerce de Saint-Étienne laisse 133 salariés sur le carreau. Ces derniers occupent leur usine jour et nuit depuis plusieurs semaines et dénoncent à juste titre, au-delà du drame humain qui se joue, un véritable gâchis industriel.

Depuis de nombreuses années, l'entreprise connaissait d'importantes difficultés. Un certain nombre de choix stratégiques contestables ont été opérés par les dirigeants sans que les salariés soient associés aux grandes décisions qui pourtant les concernaient très directement. On est loin de la codétermination !

Ces derniers mois, les organisations syndicales ont alerté les services de l'État pour obtenir des garanties sur la recherche effective de repreneurs potentiels par les dirigeants de l'entreprise. À ce titre, les différents comptes rendus de réunions et autres procès-verbaux que j'ai pu consulter peuvent légitimement nourrir des doutes quant à la sincérité de la démarche des dirigeants de Loire Offset Titoulet.

Alors qu'une réduction du personnel a été opérée ces dernières années, aboutissant à plus de quarante suppressions de postes, l'entreprise a perçu près de 1,4 million d'euros au titre du crédit impôt compétitivité emploi. Aujourd'hui, les 133 salariés licenciés semblent condamnés à se partager des miettes dans le cadre du plan de sauvegarde de l'emploi. Ce n'est pas acceptable.

J'ai pu obtenir du préfet de la Loire l'engagement qu'une cellule d'appui pour le reclassement sera créée très rapidement, mais les salariés souhaitent également pouvoir négocier un maximum de contreparties à la disparition des emplois, notamment le financement de primes supra-légales et de moyens de formation.

Monsieur le ministre, ma question est simple : comment comptez-vous donner satisfaction à ces 133 salariés pour que l'on sorte de ce gâchis industriel et humain ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOC. – Mme Muriel Ressiguiier applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Mme Agnès Pannier-Runacher, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances*. Monsieur le député, vous m'interrogez sur la fermeture de Loire Offset Titoulet. Vous avez raison : il s'agit d'une fermeture tragique. Je redis toutefois ici qu'il y a en France plus de créations et d'extensions que de fermetures de sites. Il me semble important de le rappeler.

Mme Sylvie Tolmont. Ce n'est pas le sujet !

Mme Agnès Pannier-Runacher, *secrétaire d'État*. Dans un contexte de marché difficile, la société Loire Offset Titoulet a été placée en redressement judiciaire en 2016. Elle a fait l'objet d'une période d'observation qui, à la demande du ministère public, a été étendue à dix-huit mois, car nous voulions essayer de trouver un repreneur. In extremis, parce que nous n'y étions pas parvenus, nous avons remonté un plan de continuation, qui a donné lieu à une nouvelle défaillance fin 2018.

La liquidation judiciaire a été prononcée en janvier avec continuité d'activité, ce qui laissait encore deux mois pour essayer de trouver une ultime solution. Cela n'a pas été possible.

La liquidation judiciaire a été prononcée la semaine dernière. C'est une situation douloureuse pour les 130 salariés. Nous en avons bien conscience. C'est pour cela que nous avons créé, que nous sommes en train de créer une cellule d'appui à la sécurisation professionnelle, qui sera opérationnelle dans les prochains jours.

De ce fait, un opérateur de placement pourra intervenir auprès des salariés pour leur fournir un appui psychologique et administratif afin de les aider dans leur projet professionnel.

Ce dispositif n'a rien d'automatique, mais il nous paraissait important de l'instaurer dans les circonstances que vous évoquez. Il prévoit l'accompagnement pendant douze à quinze mois des salariés auxquels il permettra de bénéficier, grâce au contrat de sécurisation professionnelle, d'une allocation égale à 75 % de leur ancien salaire brut, d'un accompagnement renforcé par Pôle emploi et de formations, comme vous le demandez.

Il sera également possible de demander une allocation temporaire dégressive pour encourager les reprises à l'emploi, lorsqu'elles se font à un salaire inférieur à celui dont bénéficiaient les salariés.

Vous l'avez compris : notre objectif est d'accompagner au mieux le plus grand nombre de salariés possible. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. le président. Nous avons terminé les questions au Gouvernement.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures dix, est reprise à seize heures vingt, sous la présidence de Mme Carole Bureau-Bonnard.)

PRÉSIDENCE DE MME CAROLE BUREAU-BONNARD

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est reprise.

2

DROIT DE RÉSILIATION SANS FRAIS DE CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Discussion d'une proposition de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, après engagement de la procédure accélérée, de la proposition de loi de M. Gilles Le Gendre et plusieurs de ses collègues relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé (n^{os} 1660, 1772).

PRÉSENTATION

M. le président. La parole est à M. Dominique Da Silva, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Dominique Da Silva, rapporteur de la commission des affaires sociales. J'ai l'honneur de vous présenter la proposition de loi, déposée par le groupe La République en marche, relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

Il convient tout d'abord de rappeler le sujet de ce texte. Le modèle français de protection sociale repose sur une assurance maladie publique obligatoire, qui prend en charge 77 % des frais médicaux des Français. Pour compléter de manière significative leurs garanties, les assurés peuvent souscrire une assurance complémentaire privée, qui reste facultative, sauf pour les salariés.

Avec la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et l'aide au paiement d'une complémentaire santé – ACS –, bientôt étendue, il s'agit du second étage de notre protection sociale, couvrant aujourd'hui 95 % des assurés, soit la quasi-totalité de la population française.

Trois catégories d'acteurs évoluent sur ce marché de l'assurance maladie complémentaire, dont le volume atteint 36 milliards d'euros : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Les contrats souscrits sont soit collectifs, conclus par un employeur pour ses salariés, soit individuels, conclus directement par un particulier. Quelle que soit la catégorie d'organismes, depuis 2011, les contrats collectifs sont, en moyenne, déficitaires, alors que les contrats individuels ont toujours dégagé des excédents. Ces derniers concernent surtout les retraités, les fonctionnaires, les indépendants et les étudiants.

Pour bénéficier d'un statut fiscal et social avantageux, les contrats de complémentaire santé doivent prévoir le remboursement d'un panier de soins défini par la puissance publique.

Avec le « 100 % santé », notre majorité peut s'enorgueillir d'avoir significativement amélioré ce panier de soins en optique, en audioprothèse et en orthodontie.

Les organismes complémentaires financent 13,5 % de la consommation de soins, cette part étant significative pour l'optique et les soins dentaires. On ne peut pas parler de « contrats au rabais » : tous les contrats sur le marché français respectent les standards fixés par les majorités successives. Rappelons que les gros risques de la vie sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire.

La santé n'est pas un marché comme un autre, qui en doute ? Il ne s'agit pas d'une mise en concurrence des prestations de santé, mais du niveau de remboursement des dépenses. Confondre la complémentaire santé et la santé est un argument rhétorique, qui ne sert pas la clarté de notre débat.

Aujourd'hui, la complémentaire pèse de plus en plus sur les ménages, qui ne sont pas obligatoirement couverts par leur employeur et doivent souscrire une garantie.

M. Julien Borowczyk. Absolument !

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Depuis la loi du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur, dite loi Chatel, le souscripteur d'une complémentaire santé dispose le plus souvent d'un délai limité à deux ou trois semaines en fin d'année pour résilier son contrat, avant qu'il ne soit tacitement reconduit.

Des exemples obtenus à l'occasion de mes auditions montrent que certains organismes utilisent des méthodes peu loyales pour s'opposer à cette résiliation.

La possibilité de résiliation au cours de l'année des contrats de complémentaire santé correspond à une véritable attente de nos concitoyens. Selon un sondage réalisé par l'IFOP, 94 % des sondés se déclarent favorables au principe défendu par la présente proposition de loi ; 75 % d'entre eux trouvent les conditions de résiliation contraignantes, et plus de la moitié ne les connaît pas.

La présente proposition de loi permettra au souscripteur d'une assurance de complémentaire santé de bénéficier d'une faculté de résilier son contrat, sans frais et à tout moment, après un an de souscription.

Les trois premiers articles étendent aux complémentaires santé le dispositif introduit par la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation, dite loi Hamon. À ce propos, l'étude d'impact de l'époque intégrait déjà, et sans réserve, la complémentaire santé.

En commission, nous avons amélioré le dispositif sur trois points importants : en donnant mandat au nouvel organisme complémentaire de résilier les garanties existantes de l'assuré ; en améliorant la transparence des garanties par la communication du taux de reversement des contrats ; en confiant à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR – l'évaluation du respect des engagements de lisibilité pris par les représentants des organismes de complémentaire santé.

L'article 4 fixe l'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} décembre 2020. L'extension du délai a pour objectif de permettre aux acteurs d'avancer sur le déploiement de la consultation en temps réel des droits des assurés.

Il s'agit bien d'une évolution et non d'une révolution !

Va-t-on assister à une hausse des résiliations, occasionnant des frais significatifs ? Non ! Car aujourd'hui déjà, les organismes complémentaires sont amenés à gérer des résiliations, en cours d'année, en cas de changement de situation personnelle. Les craintes de déstabilisation du marché, invoquées par certains acteurs de façon dramatique et parfois caricaturale, restent sans fondement. Je rappelle qu'avant le vote du projet de loi Hamon, en 2014, les mêmes représentants des assureurs et des mutuelles avaient prédit que cette faculté de résiliation conduirait à déstabiliser le marché des assurances automobile et habitation : cinq ans plus tard, il n'en est rien !

De la même manière, des avancées normatives importantes sur le marché de l'assurance emprunteur ont contribué à abaisser les tarifs, jusqu'à 30 %, pour les mêmes garanties.

Risque-t-on de renforcer la segmentation du marché, entre les assurés qui seraient de « bons » risques, et les autres, en présentant de « mauvais » ? Évidemment non ! Aujourd'hui, les contrats individuels des seniors sont, quoi que l'on en dise, profitables. Améliorer l'information et la concurrence vise donc à donner du pouvoir de négociation aux particuliers, afin d'éviter qu'ils ne servent de compensation aux prix cassés sur le marché de la couverture collective.

Va-t-on voir exploser les frais de publicité et de marketing ? Clairement, non ! Aujourd'hui, les frais de gestion et d'acquisition représentent 20 % des cotisations, ce qui est sans doute trop. Dans tous les cas, les mutuelles et les assureurs n'ont pas attendu cette proposition de loi pour recouvrir bateaux, stades et maillots sportifs d'espaces publicitaires. La concurrence existe : à nous de faire en sorte qu'elle contribue davantage au remboursement des dépenses de santé.

Par ailleurs, le texte contraint les comportements opportunistes : le respect des engagements du plan « 100 % santé », notamment avant la prise en charge d'un nouvel équipement optique ou auditif, sera contrôlé.

La juste concurrence entre les acteurs du marché de la complémentaire santé passe également par un renforcement de la lisibilité et de la comparabilité des garanties proposées.

Selon un sondage de l'IFOP pour UFC-Que choisir, 37 % des Français trouvent leurs garanties santé difficiles à comprendre et 48 % ne connaissent pas, à l'avance, pour des soins importants, le montant du remboursement qu'ils percevront. Ce manque de lisibilité interroge les assurés, qui jugent le service rendu indispensable, mais contraint et opaque.

Le 14 février 2019, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire – UNOCAM – et les fédérations qui la constituent ont signé, en présence de Mme la ministre des solidarités et de la santé, l'engagement d'améliorer la lisibilité des garanties de complémentaire santé. Avec un amendement voté en commission, l'ACPR vérifiera le respect de ces engagements.

La présente proposition de loi vise, avant tout, à améliorer l'offre de complémentaire santé, en laissant les assurés libres de changer d'organisme lorsqu'ils estiment que les garanties proposées et le service rendu ne sont pas à la hauteur de leurs attentes.

Elle vise ainsi à développer un marché plus concurrentiel et rééquilibré, avec un droit de résiliation facilité, une concurrence loyale fondée sur une lisibilité accrue des garanties et des prestations proposées, et une baisse des frais de gestion, par la modernisation de la gestion du tiers payant grâce au concours de tous les acteurs concernés. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. La proposition de loi qui est examinée aujourd'hui répond à un objectif louable, celui de faciliter les démarches des administrés et d'agir pour leur pouvoir d'achat.

Une fois adopté, ce texte offrira aux assurés la possibilité de résilier leur contrat de complémentaire santé sans frais et à tout moment, au terme de la première année de souscription.

Il s'agit d'une disposition pragmatique et concrète, qui s'inscrit dans la continuité de la faculté offerte aux assurés par la loi relative à la consommation de 2014, dite loi Hamon, de résilier leur contrat d'assurance automobile ou emprunteur, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

Les mesures de la proposition de loi s'adresseront aux particuliers pour les contrats individuels et aux entreprises pour les contrats collectifs, et entreront en vigueur au plus tard en décembre 2020.

Ce délai est important, puisqu'il doit permettre d'organiser une concertation avec les acteurs et, surtout, de préparer la mise en œuvre du texte avec les organismes complémentaires et les professionnels de santé, afin que cette mesure se traduise par une vraie simplification pour les assurés.

Il est en effet important que les professionnels pratiquant le tiers payant aient accès aux droits des assurés en temps réel, dès lors que les garanties ne couvriront plus l'année civile entière.

Je souhaite un instant revenir sur le contexte dans lequel s'inscrit cette proposition de loi, car on ne peut pas faire abstraction des événements qui ont précédé la décision de déposer ce texte.

Devant ce qu'il a présenté lui-même comme une colère juste du peuple français et après avoir annoncé un ensemble de mesures destinées à soutenir le pouvoir d'achat, le Président de la République a décidé de réunir à l'Élysée les mutuelles, les assureurs et les instituts de prévoyance à la fin du mois de décembre dernier.

Comme aux les banques et aux grandes entreprises, il leur a été demandé de prendre part à la mobilisation pour l'urgence économique et sociale. Les dépenses de complémentaire santé font, en effet, partie des dépenses dites contraintes, celles auxquelles les ménages ne peuvent échapper.

Les organismes complémentaires ont répondu à cet appel et se sont engagés à prendre des mesures pour le pouvoir d'achat des assurés : ainsi, la hausse des tarifs prévue en 2019 pour les contrats d'entrée de gamme, appelés « tickets modérateurs », sera neutralisée, et les organismes complémentaires vont s'engager dans un travail commun pour diminuer les frais de gestion, qui représentent environ 20 % des cotisations collectées.

En outre, l'une des propositions évoquée par le Président de la République, qui se traduit désormais dans cette proposition de loi, consistait à faciliter les conditions de résiliation, donc à laisser plus de liberté aux ménages et à réduire les tarifs des complémentaires, en faisant davantage jouer la concurrence.

J'ai entendu les critiques qui ont pu s'exprimer en commission et qui ne manqueront pas de se manifester dans l'hémicycle lors de l'examen des amendements.

Ainsi, j'aimerais profiter de l'occasion qui m'est offerte d'éclairer le débat et de répondre à certaines idées reçues qui circulent sur ce texte.

Tout d'abord, cette mesure n'augmentera pas le coût des primes. L'accroissement de la concurrence qu'elle entraînera incitera au contraire les complémentaires à diminuer les primes, grâce, notamment, à la réduction de leurs frais de fonctionnement, afin d'attirer ou de garder des assurés. C'est la raison pour laquelle les Français soutiennent massivement la mesure : vous l'avez dit, monsieur le rapporteur, 94 % d'entre eux y sont favorables, selon un sondage de l'IFOP. D'ailleurs, des mesures similaires, dans d'autres secteurs de l'assurance, ne se sont pas traduites par des hausses de primes, bien au contraire ; ainsi, la faculté de résiliation annuelle des contrats d'assurance emprunteur, ouverte depuis le 1^{er} janvier 2018, a conduit certains organismes à diminuer leurs primes de 30 %.

Ensuite, cette mesure ne favorisera pas les comportements opportunistes. Elle n'autorise la résiliation d'un contrat d'assurance complémentaire santé qu'au bout d'une durée d'un an, empêchant ainsi les comportements opportunistes. Un assuré qui souhaiterait prendre une complémentaire santé avant un acte médical programmé, puis arrêter d'y souscrire après cet acte, ne pourrait donc pas le faire.

En outre, cette mesure ne déstabilisera pas le marché. Elle favorisera la mobilité des assurés qui souhaitent changer de complémentaire santé, néanmoins, d'un point de vue global, elle ne modifiera pas drastiquement la situation actuelle, car une résiliation annuelle est déjà possible, ce qui permet à chacun de changer de contrat chaque année. Par ailleurs, la loi Hamon de 2014 n'a pas entraîné d'effets déstabilisateurs.

Enfin, cette mesure n'entraînera pas de démutualisation des risques au détriment des personnes âgées. Les garanties en termes de mutualisation demeurent inchangées, y compris pour les plus vulnérables : les mutuelles et les autres organismes proposant des contrats responsables, qui signent la quasi-totalité des contrats, ne peuvent recueillir d'informations médicales auprès de leurs membres, ni fixer de cotisation en fonction de l'état de santé des assurés. Le risque de démutualisation avait déjà été mis en avant lors des débats sur la loi Hamon, notamment sur l'assurance emprunteur, mais il ne s'est pas concrétisé : les tarifs ont fortement diminué à l'avantage de tous, y compris des personnes en risque aggravé de santé. Ainsi, cette mesure sera favorable à tous les assurés, en particulier les personnes âgées, pour lesquelles les actuelles conditions restrictives de résiliation sont très défavorables. Ce sont elles qui sont le plus soumises aux augmentations brusques de cotisations des contrats individuels, et il peut leur être difficile de trouver un nouveau contrat dans le délai imparti de vingt jours, car elles ne sont pas, pour beaucoup d'entre elles, familiarisées avec les nouvelles technologies.

Cela étant dit, je souhaite souligner que cette proposition de loi ne signifie nullement à mes yeux une quelconque défiance vis-à-vis du rôle des complémentaires santé dans notre système de santé. Bien au contraire, je salue le travail mené en commun avec les organismes complémentaires depuis ma prise de fonction. Ce travail conjoint a donné lieu à des avancées majeures : je pense à la réforme du « 100 % santé », qui a été construite en lien étroit avec l'ensemble des acteurs, en particulier les fédérations d'organismes complémentaires. Cette réforme, qui aboutira à un reste à charge nul pour les équipements optiques, auditifs et dentaires, est emblématique de ce que nous pouvons réussir ensemble. C'est l'une des premières fois qu'on définit l'absence de reste à charge, comme le résultat de l'intervention combinée des deux étages de l'assurance santé, l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire. C'est, pour tous les Français, un vrai progrès dans l'accès aux soins et, pour notre pays, un vrai progrès de santé publique.

L'un des objectifs de cette réforme était d'améliorer la lisibilité des contrats. L'ensemble des fédérations d'organismes complémentaires ont mené un travail destiné à cela : il s'est concrétisé, en février dernier, par la signature d'un accord de place par les fédérations d'organismes complémentaires. C'est une avancée majeure en termes de transparence et de comparabilité des garanties pour les assurés, puisqu'il prévoit des exemples et des libellés communs, mais également une harmonisation de la présentation des garanties en euros. J'ai confiance dans la capacité des acteurs à appliquer les engagements pris. Cela étant, je connais l'ampleur de l'enjeu : soyez assurés que je suivrai avec attention leur déploiement dans le cadre du comité de suivi de la réforme du « 100 % santé ». Au regard de ces résultats, il ne me semble pas opportun de légiférer sur le sujet, car cela remettrait en cause la méthode de travail commune qui a abouti à la réforme du « 100 % santé ».

Même si son objet peut paraître circonscrit, cette proposition de loi est d'une grande importance : elle promeut une mesure concrète, qui, en levant les obstacles actuels au changement de complémentaire santé, aura un réel impact sur le quotidien des Français. Je salue cette initiative parlementaire, qui, j'en suis convaincue, répond aux attentes de nos concitoyens.

Le Gouvernement est donc pleinement favorable à cette proposition de loi, qui contribuera à la défense du pouvoir d'achat des assurés et à l'accès à une offre de soins correspondant à leurs besoins. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, MODEM et UDI-Agir.*)

MOTION DE REJET PRÉALABLE

M. le président. J'ai reçu de M. André Chassaigne et des membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine une motion de rejet préalable déposée en application de l'article 91, alinéa 5, du règlement.

La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Que veut cette proposition de loi ? « Accroître la concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire santé ». Par quel moyen ? « Ouvrir la possibilité de résilier sans frais et à tout moment, après la première année de souscription, les contrats ». Pour quel motif ? Punir peut-être les mutuelles d'avoir osé annoncer qu'elles seraient amenées à répercuter les effets du reste à charge zéro et d'autres mesures variées. En tout cas, cette proposition de loi sonne comme une opération punitive aux oreilles de certains. Le commanditaire de cette opération serait à l'Élysée, et nous, ici, nous exécuterions la sentence. Nous ne pouvons ignorer que certains acteurs ont vécu de cette façon le dépôt de cette proposition de loi, même si, madame la ministre, vous venez d'indiquer que le texte n'avait pas ce sens.

À moins que tout cela ne soit le prétexte à une nouvelle offensive libérale dans le domaine, si convoité, de l'assurance maladie. Car cette mesure aux accents vexatoires, critiquée par les principaux acteurs avant même d'avoir vu le jour, mettra un nouveau coup de massue dans l'édifice de la santé solidaire, en affaiblissant encore le mutualisme.

En effet, accroître la concurrence dans le domaine de l'assurance complémentaire santé revient à s'en remettre au marché pour assurer l'égal accès aux soins. Or, non content d'en être incapable, le marché a constamment montré qu'il favorisait les traitements inégaux. Il ne garantit pas que l'on paie le juste prix, puisqu'il poursuit, par nature, d'autres objectifs, que sont le service de la rentabilité financière des grands propriétaires et la mise en scène de la victoire des plus forts. Parlez-lui de droit à la santé, cela ne l'intéresse que pour le profit que l'on peut en tirer !

Pas plus que la santé elle-même, le droit à la santé n'est une marchandise. « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé (...), notamment pour (...) les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires (...) », proclame l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme. La main invisible du marché ne saurait constituer une garantie de ce droit. L'organisation mondiale de la santé dit-elle autre chose quand elle proclame que « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées » ? Les gouvernements, dit-elle, pas les puissances d'argent, pas le marché.

Réaffirmant que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, l'OMS – l'Organisation mondiale de la santé – définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle appelle en outre l'attention sur le fait que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de

la paix du monde et de la sécurité » et que « les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous ».

Ce sont les mêmes raisons pour lesquelles, dans sa déclaration fondatrice, la Déclaration de Philadelphie, l'Organisation internationale du travail, dont les délibérations devraient avoir au moins autant force de loi que celles du FMI – le Fonds monétaire international –, en appelle à « l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets ». Cette ambition a été réaffirmée et précisée dans une recommandation plus récente, adoptée en 2012.

Si des progrès considérables ont été accomplis de par le monde, plus de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé et ne bénéficie d'aucune protection sociale. Seulement 35 % des enfants sont couverts dans le monde par une protection sociale. Alors que se mène cette bataille universelle, nous avons le devoir, ici, dans notre pays, de ne pas reculer.

Accroître la concurrence, accroître l'emprise du marché, pour nous, c'est reculer, c'est céder, ce n'est pas œuvrer à l'extension des mesures de sécurité sociale. Ce n'est pas aider à la réalisation du principe édicté à l'article 1^{er} de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, selon lequel « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits » et « les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune ». Ce n'est pas aider à appliquer l'esprit du préambule de la Constitution de 1946, selon lequel la nation « assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement », « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé » et « proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales ». Les maladies sont une calamité ; la concurrence libre et non faussée en est une autre – elle ne nous guérira de rien.

Où en sommes-nous de la sécurité sociale ? Où en sommes-nous de la protection sociale ? Où en sommes-nous du droit à la santé ? Pour insuffisantes qu'elles aient été dans leurs effets, les avancées considérables qui ont été produites au cours du XX^e siècle, parmi lesquelles la sécurité sociale elle-même, que je n'hésite pas à qualifier de marqueur de civilisation, connaissent un reflux. L'édifice est abîmé. Au lieu d'en poursuivre la construction, on a fragilisé sa structure, et la mise en cause par ce gouvernement et cette majorité du principe de cotisation n'est pas le moindre des coups qui lui ont été portés.

Dans l'élan en faveur du droit à la santé, sans occulter le fait que cela s'est accompli dans la controverse et la contradiction, le mouvement mutualiste a joué un rôle essentiel. S'il échappa parfois aux siens, ce mouvement mutualiste, mouvement d'appropriation sociale et d'autogestion, qui avait établi des associations d'entraides et des caisses de secours, s'est imposé comme un fait culturel majeur. Agissant concrètement dans telle usine, dans tel bassin de vie, dans telle branche, dans tel chantier sanitaire, il a installé l'exigence individuelle et collective du droit à la santé comme un combat essentiel à mener.

C'est ainsi qu'à la Libération, au sortir des abîmes du régime de Pétain et de l'Occupation, dans le même mouvement que la sécurité sociale était créée, dans son incomplétude de l'époque, le rôle des mutuelles fut redéfini à ses côtés. « La société mutualiste doit être désormais le cadre normal de toutes les institutions d'entraide » proclame l'exposé des

motifs du texte fondateur de 1945. On reconnaissait alors l'apport du mouvement mutualiste à la fondation de la sécurité sociale et on imaginait pour le mouvement un statut nouveau, lui permettant de « conserver et de développer sa place essentielle dans l'organisation sociale française ». Quelle place ? « Le propre de la mutualité a toujours été d'ouvrir la voie à des réalisations sociales nouvelles », affirme le texte officiel. « Le rôle du législateur n'est pas de leur tracer la voie, mais de leur fournir un statut juridique assurant à leur action le maximum de liberté et d'efficacité. » En effet, si l'activité socle des mutuelles était de proposer une complémentaire santé venant en appui de la sécurité sociale, ce n'était pas leur seule vocation.

Ce fut le point de départ d'une impulsion nouvelle pour le mouvement mutualiste. C'est ainsi, par exemple, qu'essaimèrent, un peu partout dans les Bouches-du-Rhône, des centres de santé, reposant sur une médecine d'équipe, pluridisciplinaire, agissant au quotidien pour la santé dans toutes ses dimensions et cherchant à favoriser au mieux l'accès aux soins. C'est ainsi que se mit en place une démarche innovante pour traquer les maladies éliminables, avec un cadastre des postes de travail dans le golfe de Fos-sur-Mer, créant du lien entre les différents acteurs de santé pour développer une prévention véritable. C'est ainsi que furent inventées les voies du tiers payant. C'est ainsi que s'organisèrent des groupements mutualistes de proximité dont les adhérents s'emparaient des enjeux et prenaient ensemble le pouvoir sur la santé, et que s'installèrent des correspondants d'entreprise ou de localité pour animer cette action, ce travail.

C'est cela et sans doute bien d'autres réalisations qui faisaient dire à Louis Calisti : « Ainsi, la mutualité m'est apparue comme l'un des facteurs décisifs pour plus de solidarité, plus de justice, de démocratie et de liberté. Comme l'un des facteurs décisifs pour permettre à chaque femme, à chaque homme de pouvoir développer pleinement toutes ses potentialités physiques, morales et intellectuelles. » Qui reconnaîtra la force et l'intérêt public de ce travail d'invention, d'innovation et d'éducation populaires à sa juste mesure ?

En 1978, la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs, que présidait le même Louis Calisti, mettait en garde contre « toute tentative de planifier la demande sociale de façon technocratique, de la normaliser, de figer et d'uniformiser les structures de réponses [, qui] aboutit à un gâchis économique et humain », contre le fait de « retirer aux usagers la parole et [de] les dessaisir de leur pouvoir », car elle « pervertit ainsi le rôle, la place et le savoir des personnels ». Pouvons-nous vraiment nous passer de la dimension volontaire, de la dimension d'engagement, de cet esprit par lequel on est non pas simplement un patient, pas un consommateur et encore moins un client ou une part de marché, mais un acteur à part entière de sa santé et des politiques de santé ?

Dans ce même texte de 1978, les mutualistes dénonçaient déjà le fait que leur activité soit « menacée par le secteur de l'assurance et du profit ». L'expression de la volonté d'un certain nombre d'acteurs économiques à but lucratif de prélever leur part dans le budget des soins et de la santé ne date donc pas d'aujourd'hui. Différentes réformes ont d'ailleurs été dans ce sens. Entre 2000 et 2012, la part des mutuelles sur le marché des complémentaires santé a perdu 8 points. Les assurances et bancassurances sont venues imposer leurs modèles, obligeant à des regroupements toujours plus importants. A contrario, depuis longtemps, les mutualistes dénoncent – et ce n'est pas sans effet – la faiblesse des remboursements de sécurité sociale, dont ils sont des promoteurs. Depuis longtemps, ils dénoncent l'hypo-

crise des taxes surajoutées, qui constituent une ponction indirecte dans la poche de leurs assurés. Depuis longtemps, ils interrogent le modèle libéral, qui menace de les enfermer dans un rôle d'acteur parmi d'autres sur un grand marché de l'assurance maladie complémentaire, d'un côté, et un grand marché de l'offre de soins, de l'autre.

La proposition de loi qui nous est présentée cet après-midi s'inscrit, hélas, dans une lente entreprise de démolition du mouvement mutualiste dans notre pays. Il y aurait à dire sur notre modèle social et sur les évolutions nécessaires. Pour garantir un droit à la santé plein et entier, il faudrait redonner force à la sécurité sociale au lieu d'organiser son sous-financement, et s'engager progressivement mais résolument vers une prise en charge des soins à 100 % par la sécurité sociale. Un tel mouvement, dont le mouvement mutualiste pourrait être un moteur, amènerait à repenser sa place pour porter l'exigence du droit à la santé dans toute son amplitude, tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé.

Or là, que faites-vous? Vous marchandisez plus encore, traitant une complémentaire santé comme une assurance auto. Vous ouvrez grand l'espace, en l'occurrence, à des puissances financières, sans vous soucier de la seule question qui vaille au bout du compte: cela fera-t-il progresser l'accès aux soins? Vous faites là un pari plus que hasardeux, dans lequel nous ne devrions pas nous engager.

Le tableau que j'ai dépeint de la mutualité mériterait quelques nuances, car le temps a fait son œuvre, la concurrence a fait son œuvre, modifiant la nature, les projets parfois d'un certain nombre d'acteurs. Mais c'est bien sur ces principes mutualistes qu'il convient de fonder notre protection sociale d'aujourd'hui et de demain: la non-sélection du risque, l'égalité de traitement, la transparence, l'action sociale. Le dumping n'a jamais rien produit de bon en matière sociale. Si nous voulions agir pour assainir un certain nombre de pratiques, mieux vaudrait se tourner vers des mesures de régulation que de dérégulation, y compris face aux comportements inacceptables parfois constatés.

Vous voici donc agissant sans précaution, par le biais d'une proposition de loi dont on peut, sans vous faire injure, penser qu'elle est d'inspiration gouvernementale et élyséenne – en tout cas, ainsi sont les apparences –, qui permet de se passer de toute étude d'impact et n'a fait l'objet d'aucune discussion approfondie avec les acteurs concernés. Vous pourrez donc nous décrire les monts et merveilles qu'elle nous réserve sans étayer votre propos. Sa rédaction même, très schématique, a le mérite de la clarté, mais le débat a déjà montré qu'elle soulevait quelques objections, certaines purement pratiques, qui ont été négligées, et quelques autres plus fondamentales, qui se sont exprimées jusqu'au sein de votre majorité. Une part d'entre vous semble saisie d'un doute, quand elle n'est pas convaincue la nocivité de cette mesure.

Celle-ci, en d'autres temps, avait déjà été sortie de quelque tiroir par Emmanuel Macron avant de finir remise, devant l'opposition qu'elle avait suscitée et les bonnes raisons d'y renoncer qui avaient alors vu le jour. Au passage, je vous fais observer que je n'ai pas vu de pancarte pour la réclamer – pourtant, ces derniers mois, de nombreuses pancartes ont été brandies dans les rues... Puisqu'il a été question précédemment d'un sondage IFOP sur cette mesure, j'aimerais que vous portiez la même attention aux avis émis dans les sondages par l'opinion publique sur la question de l'ISF, l'impôt sur la fortune, par exemple – nous aurons d'en reparler prochainement, du moins je l'espère.

Votre diagnostic est-il juste? Hélas non! Votre analyse est erronée. Vous estimez que les contrats de complémentaire sont trop chers. On ne sait trop où vous croyez que s'évapore cet argent qui ne serait pas réinvesti dans le remboursement des soins, si ce n'est dans les frais de gestion. L'augmentation des tarifs des complémentaires, pour ce qui est des mutuelles en tout cas, s'explique par deux causes principales.

Premièrement, on ne saurait passer sous silence l'augmentation mécanique des frais de prise en charge. En quinze ans, les dépenses de santé ont augmenté de 64 %, tandis que l'inflation s'établissait à 25 %. Sans compter que, tandis que l'État compressait les dépenses de la sécurité sociale, les complémentaires compensaient pour partie. Pour ce qui est de la mise en place du reste à charge zéro, il a été décidé de le faire reposer partiellement sur les mutuelles. La DREES – direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – concède elle-même, dans son rapport de mai 2018, que les mutuelles ne disposent pas de marge pour amortir les dépenses nouvelles sans les reporter sur les cotisations. Il a été expliqué qu'avec le lissage de la mise en place de cette mesure sur plusieurs années, cela représenterait l'épaisseur du trait. Cela ne fera cependant pas disparaître les dépenses supplémentaires.

Deuxièmement, comment ne pas évoquer l'augmentation des taxes sur les mutuelles, qui sont passées de 1,75 % en 2005 à plus de 14 % en 2019? J'insiste sur ces taux! Il faut mesurer l'ampleur de cette ponction, qui constitue une forme d'impôt indirect, d'impôt masqué dont on fait porter la responsabilité aux complémentaires. Visiblement, vous espérez le financer par l'accélération de la concurrence. Mais il faudra bien qu'au bout du compte, quelqu'un en paie le prix! Ce sont presque deux mois de cotisations qui sont pompés par l'État. En 2019, l'augmentation a été de 0,8 % supplémentaire. En définitive, les contrats de mutuelle sont plus taxés qu'un burger!

Un autre problème réside dans le déséquilibre qui s'est installé à cause de la guerre commerciale déjà déclarée pour conquérir les contrats collectifs obligatoires en tirant les prix au maximum. Malheureusement, les contractants individuels, qui sont souvent les non-salariés – les jeunes et les retraités –, ne bénéficient pas de ce mouvement. Mais vous rêvez si vous croyez leur rendre ainsi du pouvoir de négociation! Ce sont bien d'autres mécanismes qu'il convient de convoquer.

Je vous soumets une autre hypothèse. Je gage que, parmi les bancassurances du secteur, tout l'argent collecté ne retourne pas réellement à la prise en charge de la santé, mais qu'une part est redirigée vers la rétribution des actionnaires. Cet argent-là, qui n'existe pas dans les institutions à but non lucratif du secteur, il faudrait effectivement aller le chercher. Vous ne vous y attaquez pas avec votre proposition de loi.

Je veux, à ce stade, dire un mot des frais de gestion, puisque c'est pour vous la principale cause des augmentations de tarifs. Vous les comparez avec ceux de la sécurité sociale, ce qui n'est pas cohérent, puisque celle-ci ne collecte pas et, a contrario, ne recouvre pas des complémentaires – et ce n'est pas mineur dans la composition de ces frais. Parlons donc de ces frais, qui se montent, par exemple, pour l'une des familles de la Mutualité française implantée sur mon territoire, à 14,70 % des cotisations, dont 0,2 % de publicité. La réglementation en vigueur impose d'ailleurs un certain nombre de ces dépenses pour assurer les contrats responsables, le respect du règlement européen sur la protection des

données, etc. Dans ces frais de gestion se trouvent ceux liés à la mise en place du tiers payant, sur lequel la puissance publique elle-même choisit le renoncement.

Quelle est la philosophie de votre mesure ?

On peut déjà changer de complémentaire chaque année, c'est-à-dire que l'engagement s'entend sur un an. Le modèle prudentiel est d'ailleurs fondé sur ce principe : un an de réserve, d'une part ; un an de visibilité, un an de garanties pour l'assuré, d'autre part. Quant à vous, vous souhaitez que l'on puisse changer à tout moment, mettant ainsi en cause ce modèle de gestion qui permet de demeurer dans une certaine échelle de temps, d'assurer une certaine stabilité et surtout une certaine solidarité. Car on ne s'assure pas simplement soi-même, tout particulièrement en matière de santé : on s'assure les uns les autres.

C'est ce principe de solidarité, en vertu duquel chacun reçoit selon ses besoins, que nous devons faire progresser ! Ici, au contraire, vous en rajoutez dans la remise en cause de ce principe mutualiste de base : vous poussez l'individualisation du droit là où il faudrait réintroduire des logiques collectives et universelles. Vous encouragez les pratiques en silo, dans lesquelles, selon les risques qui caractérisent chacun, il est placé dans une catégorie donnée, avec les contrats correspondants. Les plus solvables seront d'autant plus courtisés, les moins solvables d'autant plus délaissés. Nous n'y gagnerons rien. Cela risque d'accentuer le renoncement aux complémentaires et aux soins.

Je rappelle que 4 millions de personnes – c'est considérable –, dans notre pays, n'ont aucune complémentaire santé. Il ne faut pas en rester aux pourcentages. Il s'agit de 4 millions de personnes ! Dans la difficulté, c'est souvent le premier poste de dépenses dont on se passe. Or une étude de la DREES publiée en 2015 indique que la non-couverture par une complémentaire est le principal facteur de renoncement aux soins. Les personnes qui en sont dépourvues renoncent deux fois plus aux soins que celles qui sont couvertes. En fin de compte, ceux qui ont le plus besoin d'une couverture médicale sont les moins bien couverts. Et la situation se dégrade à grande vitesse au sein de la jeunesse : deux tiers des jeunes étaient couverts en 2018, contre trois quarts en 2017. Par ailleurs, vous ne dites rien de la qualité de l'offre, qui est pourtant un enjeu essentiel.

De surcroît, vous remettez plus encore en cause la dimension d'engagement, qui suppose une durée minimale de souscription. Vous placez résolument l'assuré social dans la position de la cible marketing, au mieux du trader à haute fréquence, qui organise lui-même l'assèchement des ressources permettant l'accès aux soins et tire les garanties vers le bas. Il s'agit donc d'une fausse bonne idée.

Quels seront les effets de votre proposition de loi ? Ils seront contraires, à notre sens, de ceux que vous prétendez rechercher.

Je citerai le président de la Fédération des mutuelles de France, Jean-Paul Benoit : « Le marché libéral et la concurrence dans le domaine de la santé et de la protection sociale augmentent les coûts et multiplient les inégalités ». Ce sera d'autant plus vrai dans une phase de concentration des acteurs du secteur. Vous ne faites pas de détail ; vous proclamez implacablement : « Que le meilleur gagne ! Malheur aux vaincus ! » La défaite sera celle du droit à la santé dans notre pays.

Vous allez augmenter les frais de gestion, puisqu'il faudra gérer des ruptures de contrats plus fréquentes.

Vous allez augmenter les frais de communication et de publicité, en intensifiant la guerre commerciale. À ce sujet, la mesure adoptée en commission permettant au nouvel organisme complémentaire de procéder aux opérations de résiliation sur mandat de l'assuré en sera un outil supplémentaire. Des exemples de pratiques abusives en la matière nous ont d'ores et déjà été rapportés.

Vous allez augmenter les inégalités. En effet, il s'agira, pour séduire toujours plus les assurés les plus avantageux, de segmenter plus encore les offres : on tirera celles-ci vers le haut pour ceux qui en ont les moyens, et vers le bas pour les autres.

Vous allez remettre en cause le développement du tiers payant, l'un des facteurs de l'accès aux soins. Des dispositifs destinés à le garantir, qui étaient tenables sur la base d'un engagement d'un an, risquent de ne plus l'être.

Vous allez réduire encore la part consacrée par les mutuelles à la prévention et aux œuvres sociales, pourtant indispensables au regard, par exemple, des enjeux de la désertification médicale. On compte dans le pays 2 684 établissements mutualistes, où exercent plus de 15 000 professionnels de santé, dans cet esprit solidaire et en réseau.

Vous allez accroître le nomadisme médical et contribuer – comme l'affirme le président de la Fédération nationale de la Mutualité française, Thierry Beudet, à faire de la complémentaire santé « un bien de consommation courante, où la seule question qui vaille est le calcul coût/avantage pour soi-même et rien que pour soi-même » !

Chers collègues de la majorité, vous gagneriez – et le pays avec vous – à vous défaire de ce réflexe pavlovien, en raison duquel la réponse à chaque question que vous posez prend la forme d'un nouveau geste libéral. Cette mesure s'ajoutera aux précédentes qui ont placé notre protection sociale dans l'état insatisfaisant où elle se trouve. Vous devez y renoncer. Me voici venu vous en fournir le moyen, grâce à cette motion de rejet préalable. Si le sujet vous intéresse, travaillons-y, reparlons-en et cherchons à faire progresser la solidarité, au lieu de faire triompher la concurrence libre et non faussée.

J'ai retrouvé, en travaillant sur ces questions, un discours prononcé en mars 1982 par le ministre de la santé d'alors, Jack Ralite. En voici un extrait : « Le concept d'égalité est un concept qui a l'air tout simple au pays de Jean-Jacques Rousseau, mais, dans le concret, dès qu'on le cerne, que de gens rapidement l'abandonnent ! L'humain – le soin de l'humain – mérite et appelle bien mieux que cela. » (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOC et LT.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Dharréville, j'ai pris bonne note de vos propos. Pour autant, je ne parviens pas à comprendre sur le fondement de quoi vous estimez qu'il s'agit là d'une proposition de loi d'inspiration libérale. Il s'agit d'une proposition de loi visant à rendre du pouvoir d'achat aux Français. J'aimerais revenir sur quelques chiffres que vous avez avancés, lesquels nous donnent à penser que les mutuelles peuvent faire mieux en matière de frais de gestion.

Depuis 2010, l'augmentation de leurs coûts a excédé de 3 points celle des dépenses de santé : ils ont augmenté de 21 %, plus rapidement que l'ONDAM – l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. C'est pourquoi nous nous inquiétons au sujet de la part qu'y occupent les frais de gestion.

Vous avez évoqué le 100 % santé. Je tiens à rappeler que cette réforme, que j'ai négociée avec les mutuelles, est largement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. En effet, en quatre ans, trois quarts des dépenses induites seront à la charge de la sécurité sociale, soit 750 millions d'euros, contre 250 millions d'euros acquittés par les mutuelles.

Enfin, je rappelle que la part prise en charge par les mutuelles dans les dépenses globales de l'assurance maladie – alors même que ses coûts augmentent plus rapidement que ses dépenses – a diminué, année après année, par rapport à celle prise en charge par la sécurité sociale. Or, en raison de l'augmentation du nombre d'assurés souffrant d'une maladie chronique, pris en charge à 100 % au titre d'une ALD – affection de longue durée –, on compte de moins en moins de patients ayant besoin d'une mutuelle ou dont les frais de santé sont remboursés par une mutuelle. En somme, la part des mutuelles diminue, celle de l'assurance maladie augmente et les frais de gestion des mutuelles – tout du moins leurs coûts – augmentent plus rapidement que les dépenses de santé en général. Il y a donc quelque chose d'anormal dans le système, et nous pensons que la présente proposition de loi peut constituer un plus pour nos concitoyens, notamment en termes de gain de pouvoir d'achat.

Mme la présidente. Sur la motion de rejet préalable, je suis saisie par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'une demande de scrutin public.

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

Dans les explications de vote sur la motion de rejet préalable, la parole est à M. Jean-Paul Dufrègne.

M. Jean-Paul Dufrègne. À peine vingt-quatre heures après l'adoption en première lecture de la loi santé, qui fait la part belle aux ordonnances et aux décrets pour réformer notre système de soins, nous sommes amenés à nous prononcer sur un texte n'ayant fait l'objet d'aucune concertation préalable avec les acteurs mutualistes, les syndicats et les associations d'utilisateurs. Manifestement, la relégation des corps intermédiaires est devenue une habitude tenace dont vous avez peine à vous défaire.

De même, le recours à une proposition de loi vous permet de vous soustraire à l'obligation de fournir une étude d'impact, laquelle aurait été bien utile pour juger de l'efficacité de vos mesures sur le pouvoir d'achat des Français.

Nous ne pouvons souscrire à cette méthode, qui consiste à légiférer dans la précipitation tout en faisant fi du dialogue social. De tels enjeux auraient mérité un débat serein et éclairé, d'autant que des doutes sur le bien-fondé de vos mesures ont été exprimés jusque dans les rangs de la majorité.

Pierre Dharréville vient de décliner brillamment les raisons de notre opposition au texte. Le groupe GDR soutient la motion de rejet préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Si nous comprenons l'opposition au texte exprimée par le groupe GDR, il nous semble néanmoins important d'en débattre. En effet, la proposition de loi soulève deux enjeux importants : l'amélioration du pouvoir d'achat de nos concitoyens – qui est et doit être notre priorité – et l'accès aux soins, parfois entravé par le coût élevé des complémentaires santé.

Le contexte actuel, que je ne rappellerai pas, nous appelle, plus encore qu'à l'ordinaire, à discuter de propositions de loi allant dans le sens d'une diminution des dépenses contraintes

et d'une amélioration du niveau de vie des Français. Même si nous ne sommes pas convaincus par le dispositif retenu, nous souhaitons que le débat ait lieu.

Plus précisément, le groupe Libertés et territoires considère que la mesure proposée repose sur des constats erronés – nous aurons, je pense, l'occasion d'y revenir – dont le principal consiste à traiter indifféremment les assurances privées et les mutuelles, ce qui est nier l'essence même de l'esprit mutualiste, lequel repose sur le concept de solidarité entre membres se garantissant réciproquement. Nous attendons du débat qu'il éclaircisse cet aspect du sujet.

Débattre nous semble d'autant plus nécessaire qu'aucune étude d'impact n'a été réalisée, ce qui nous empêche de nous prononcer avec certitude et confiance sur le texte.

Enfin, malgré nos doutes au sujet de la proposition du groupe majoritaire, il existe bel et bien des points à améliorer s'agissant du fonctionnement des complémentaires santé. Nous avons là l'occasion de les aborder. Par conséquent, le groupe Libertés et territoires votera contre la motion de rejet préalable.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. Cher collègue Dharréville, merci pour cette motion de rejet préalable, qui me permet d'aborder deux points importants, sur la forme et sur le fond.

Sur la forme, nous avons beaucoup entendu parler, dans votre argumentaire, de « démutualisation ». Je vous félicite en tout cas de pratiquer, en l'occurrence, la mutualisation des méthodes que vous critiquez habituellement. (*Sourires.*)

M. Pierre Dharréville. C'est un juste retour des choses !

M. Julien Borowczyk. En effet, on nous reproche souvent de présenter des motions de rejet préalable et de contrarier le débat ; en l'espèce, c'est vous qui proposez une telle motion.

M. Sylvain Maillard. C'est vrai !

M. Julien Borowczyk. Je trouve cela dommage, mais je vous félicite de cette mutualisation, qui va bon train !

M. Pierre Dharréville. Nous sommes loin d'être à égalité ! J'ai encore du travail ! (*Sourires.*)

M. Julien Borowczyk. Sur le fond, rejeter la présente proposition de loi, c'est nier le gain de pouvoir d'achat attendu, qui représente jusqu'à 1 000 euros par an pour un couple à garanties similaires. C'est également nier l'existence d'un système organisé visant à rendre captifs les assurés les plus fragiles. Enfin, c'est nier l'existence d'augmentations brutales des prix des mutuelles, sans recours possible pour les assurés.

Chers collègues du groupe GDR, je sais que votre atavisme politique vous pousse à défendre tous les Français, notamment les populations fragiles, contre les pouvoirs pécuniaires d'une minorité influente.

M. Jean-Paul Dufrègne. Cela va de soi !

M. Boris Vallaud. Cela vous gêne ?

M. Julien Borowczyk. Malheureusement, votre motion de rejet ne va pas dans ce sens, et je le regrette. Comme l'a rappelé Mme la ministre, nous allons dans le sens de l'accroissement du pouvoir d'achat des Français et d'une amélioration des possibilités de garantie en matière de complémentaire santé.

Le groupe La République en marche votera évidemment contre la motion de rejet préalable, car il est dans son ADN de chercher à améliorer la vie de tous les Français, par-delà les clivages partisans et les intérêts personnels. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. Sylvain Maillard. Excellent !

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. La présente proposition de loi vise à donner aux assurés – particuliers comme entreprises – la possibilité de résilier les contrats de complémentaire santé sans frais et à tout moment, au cours de la première année de souscription. Au premier abord, une telle mesure peut sembler aller dans le sens de l'intérêt des particuliers et des entreprises. Pourtant, le texte pose question.

Pour commencer, nous nous interrogeons sur la façon dont il est parvenu sur le bureau de l'Assemblée nationale, dépourvu de toute étude d'impact – je le fais observer à mon tour –, sans aucune concertation avec les acteurs concernés.

Vous espérez que l'accroissement de la concurrence sur le marché des complémentaires santé – objectif poursuivi par le texte – conduise à la modération de leurs prix. Or nous craignons qu'une telle mesure ne produise l'effet inverse, en induisant une augmentation des frais de gestion des complémentaires santé, qui répercuteront les coûts supplémentaires sur les salariés.

Par ailleurs, vous considérez que la facilité de mobilité ainsi accordée devrait entraîner une amélioration de la mise en concurrence des complémentaires santé et les obliger à rendre leurs garanties plus lisibles. Il nous semble difficile d'établir un lien solide entre les deux. Nous considérons même que cette mise en concurrence risque d'inciter les organismes de complémentaires santé à mettre en avant leurs garanties les plus attractives, au détriment de celles couvrant les autres actes de santé.

Sur tous ces points, vous avez tenté de nous rassurer lors de la présentation du texte. Pour être franc, nous continuons de nous demander ce qui justifie l'adoption dans la précipitation d'une telle proposition de loi.

Cependant, nous vous avons écoutée et souhaitons débattre du texte. Le groupe LR s'abstiendra donc sur la motion de rejet préalable.

M. Olivier Véran. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Cette proposition de loi est d'abord une mesure pour le pouvoir d'achat, destinée à favoriser une baisse des tarifs des complémentaires santé pratiqués envers les assurés.

Comme nous le constatons depuis une décennie, les frais des complémentaires santé sont en forte hausse. En 2016, le montant des cotisations versées au titre de l'assurance santé s'élevait à 35,9 milliards d'euros. Quant aux frais de gestion, depuis 2010, ils ont progressé deux fois plus vite que le remboursement aux assurés.

Une concurrence accrue entre les organismes de complémentaire santé, assortie d'une lisibilité améliorée de leurs offres, permettant la comparaison des garanties proposées, constitue à cet égard une solution qui ne peut être ignorée, car elle contribuera à l'encadrement des tarifs pratiqués par les complémentaires santé.

Les avancées obtenues en commission, notamment l'instauration d'une information relative au taux de redistribution des cotisations collectées par catégorie de contrat, qui constitue un meilleur indicateur pour les assurés, nous conduisent à juger cette proposition de loi bienvenue.

Si les positions politiques sur ce texte sont partagées, il n'en demeure pas moins qu'il présente un intérêt évident pour tous nos concitoyens assurés.

Pour toutes ces raisons, je vous assure à nouveau du soutien plein et entier du groupe MODEM à cette proposition de loi. Par conséquent, nous voterons contre la motion de rejet préalable.

Mme la présidente. La parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. Je commencerai par remercier et féliciter Pierre Dharréville pour la clarté de son propos et la force de sa démonstration.

Si le groupe Socialistes et apparentés soutient la motion de rejet préalable, c'est d'abord parce que nous aurions souhaité que cette proposition de loi soit discutée dans un cadre normal. Elle a été déposée par le groupe majoritaire, mais il s'agit à l'évidence d'un texte d'initiative gouvernementale ; il aurait donc été plus juste, plus judicieux de l'inscrire, par exemple, dans le projet de loi PACTE – relatif à la croissance et la transformation des entreprises –, ce qui aurait permis d'analyser les mesures qu'il contient dans une étude d'impact. Mais vous vous êtes dispensés d'une telle étude.

Pourtant votre idée est discutable. Elle n'est pas neuve : elle traîne dans les cartons de Bercy depuis des années. Il y a cinq ans déjà, lorsque Benoît Hamon préparait sa propre loi, elle avait été proposée par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Mais il a alors été considéré que la santé n'est pas une marchandise comme les autres, que l'on ne consomme pas du soin, et que dès lors il ne fallait pas s'en remettre aux lois du marché de la banque et de l'assurance, dont les intérêts sont distincts de ceux du système mutualiste.

Mais vous avez le fétichisme du marché, en matière de santé comme dans d'autres domaines. Or il arrive qu'il ne produise pas les effets escomptés. Rappelez-vous l'introduction d'un quatrième opérateur téléphonique : les prix ont baissé, mais 10 000 emplois ont été détruits et nous avons maintenant pris un retard considérable dans le déploiement du haut débit. Vous verrez que votre mesure entraînera aussi des conséquences pour la santé de nos concitoyens.

J'en viens aux vraies questions.

La mesure que vous prenez améliorera-t-elle l'accès aux soins ? Rien ne le démontre. Les inégalités, notamment liées à l'âge, seront-elles réduites ? Rien ne le démontre. Les coûts de gestion baisseront-ils ? Rien ne le démontre. La politique de prévention conduite par un certain nombre de mutuelles sera-t-elle renforcée ? Rien ne le démontre. La solidarité sera-t-elle accrue ? Rien ne le démontre non plus.

Allez-vous en revanche banaliser la santé en tant que bien de consommation ? Oui. Allez-vous affaiblir les mutuelles ? Oui. Allez-vous faire le jeu de la banque et de l'assurance ? Certes oui. (*Exclamations sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

À défaut d'étude d'impact, vous vous prévaliez d'un certain nombre de sondages, mais il n'est guère probant de s'en remettre à eux. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOC, GDR et LT.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le groupe UDI-Agir votera contre la motion de rejet préalable. Nous partageons les objectifs fixés par cette proposition de loi, qui répond aux préoccupations des consommateurs et des assurés, et leur redonnera du pouvoir de négociation face aux complémentaires, donc du pouvoir d'achat.

Toutefois, certains points restent à préciser, comme je l'ai dit en commission. Je pense notamment à un volet d'information sur les contrats. Trop de nos concitoyens ignorent ce à quoi ils souscrivent lorsqu'ils signent un contrat de mutuelle. Cette proposition de loi offrirait l'occasion d'introduire une telle clause.

Il ne nous paraît donc pas pertinent de rejeter le texte; nous préférons, comme nous le disons avec constance, chaque fois qu'une motion de rejet préalable est débattue, que le débat ait lieu dans l'hémicycle, en présence du Gouvernement, afin de lever les interrogations.

Mme la présidente. Je mets aux voix la motion de rejet préalable.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	67
Nombre de suffrages exprimés	59
Majorité absolue	30
Pour l'adoption	6
contre	53

(La motion de rejet préalable n'est pas adoptée.)

DISCUSSION GÉNÉRALE

Mme la présidente. Dans la discussion générale, la parole est à M. Jean-Paul Dufrègne.

M. Jean-Paul Dufrègne. La proposition de loi que nous examinons cet après-midi, défendue par la majorité, vise à permettre la résiliation à tout moment d'un contrat de complémentaire santé, que celui-ci ait été signé avec une mutuelle, une assurance ou un institut de prévoyance.

Je le soulignais à l'instant dans mon explication de vote sur la motion de rejet préalable, c'est vingt-quatre heures à peine après l'adoption en première lecture de la loi santé, qui fait la part belle aux ordonnances et aux décrets pour réformer notre système de soins, que nous sommes amenés à nous prononcer sur un texte qui n'a fait l'objet, comme cela a été dit, d'aucune concertation préalable avec les acteurs mutualistes, les syndicats et les associations d'usagers. La relégation des corps intermédiaires est devenue une habitude de la majorité.

Dans la même logique, le recours à une proposition de loi vous permet de vous soustraire à l'obligation de fournir une étude d'impact, alors que celle-ci aurait été bien utile afin de juger de l'efficacité de vos mesures pour le pouvoir d'achat des Français.

Nous ne pouvons souscrire à cette méthode, qui vise à légiférer dans la précipitation tout en faisant fi du dialogue social. Ces enjeux auraient mérité un débat serein et éclairé, d'autant plus que des doutes s'expriment jusque dans les rangs de la majorité sur le bien-fondé de vos mesures.

Dernier signe de votre impréparation : le rapporteur est venu corriger à seize reprises la version initiale de votre texte déposée sur le bureau de la commission des affaires sociales.

Sur le fond, quelle est l'ambition de cette proposition de loi? Son objectif affiché est de faire baisser le coût des mutuelles et des assurances santé, qui a progressé ces dernières années, en accroissant la concurrence entre les organismes proposant des complémentaires santé. S'il est déjà possible de résilier annuellement sa complémentaire à la date anniversaire du contrat, votre texte entend ouvrir cette possibilité à tout moment après un an d'adhésion, comme c'est le cas pour les assurances habitation et automobile.

De prime abord, on pourrait penser que ce texte poursuit un objectif légitime, au moment où de plus en plus de Français renoncent à se soigner, en raison notamment des dépassements d'honoraires et des restes à charge qui en résultent. Pourtant, derrière le bel emballage d'un texte qui entend faciliter la résiliation des contrats complémentaires, se cache en réalité une proposition de loi dangereuse, qui rompt, selon nous, avec les mécanismes de solidarité. Plusieurs arguments, mes chers collègues, nous amènent à nous opposer fortement à la philosophie comme aux dispositions pratiques de ce texte.

Premièrement, il part d'un mauvais constat. Si les cotisations des complémentaires santé ont augmenté ces dernières années, c'est d'abord en raison d'un transfert progressif des prises en charge de la sécurité sociale vers les complémentaires santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Non, c'est faux.

M. Jean-Paul Dufrègne. Depuis les années 1980, les réformes successives visant à dérembourser ou à mettre en place des tickets modérateurs ont opéré un déplacement du public vers le privé en matière de couverture santé. Les chiffres sont sans appel : l'assurance maladie obligatoire couvre très bien les soins hospitaliers et les affections de longue durée, mais de moins en moins bien les soins de ville, notamment les soins optiques et dentaires ainsi que les prothèses auditives. De plus, si le coût des complémentaires a augmenté rapidement, c'est aussi en raison des prélèvements opérés par la puissance publique sur les mutuelles. Chaque loi de financement de la sécurité sociale est l'occasion pour le Gouvernement d'accroître les taxes sur les mutuelles, par le biais d'une augmentation de la taxe de solidarité additionnelle et de divers forfaits, afin de compenser le sous-financement de la branche maladie. Ainsi, plus de 14 % des cotisations prélevées sur les mutuelles sont reversées à l'État sous forme de taxes, ce qui provoque mécaniquement une augmentation des cotisations des assurés. De manière cynique, le désengagement de l'État dans les dépenses de santé aboutit donc à une hausse des dépenses des ménages. Et vous y répondez par plus de concurrence. Mauvais constat ; mauvaise solution.

Deuxièmement, ce texte procède à une confusion qui nous paraît dangereuse en mettant sur le même plan des assurances automobiles et des complémentaires santé. Nous ne pouvons pas traiter la santé comme un produit de consommation ou une marchandise comme les autres. Nous avons désormais un peu de recul pour démontrer que la promotion de la concurrence libre et non faussée pour répondre aux besoins sociaux est bien souvent un échec. Loin d'engendrer une baisse des prix, elle construit de manière certaine une économie de la rente, au détriment de la qualité des services rendus. Pour notre part, nous considérons que la santé est un bien commun qui doit échapper aux exigences

de rentabilité et de lucrativité. Or votre texte contribue à soumettre un peu plus la prise en charge des soins aux logiques de financiarisation.

Troisièmement, renforcer la concurrence entre les organismes complémentaires remettra en cause le fondement solidariste sur lequel repose le mouvement mutualiste. Celui-ci a déjà subi des attaques ces dernières années et les assurances privées représentent aujourd'hui 30 % du marché de la couverture santé complémentaire, favorisées par la mise en place en 2013 des complémentaires santé obligatoires dans les entreprises. Dans un secteur de plus en plus concentré, votre texte ne fera que renforcer les mastodontes de la bancassurance, pour faire primer le fonctionnement assurantiel sur la logique de solidarité. Cela signifie qu'on abandonne ainsi le principe de la redistribution entre bien portants et malades ainsi qu'entre riches et pauvres, au profit d'une logique d'individualisation des risques en fonction de l'âge, de l'état de santé, des habitudes de vie de chacun. Voilà pourquoi votre proposition fragilise les solidarités.

Quatrièmement, la promotion de la concurrence risque d'accroître les inégalités sociales dans l'accès aux soins. Aujourd'hui encore, 5 % des Français n'ont pas de couverture complémentaire, et pour beaucoup de nos concitoyens le niveau de couverture santé dépend de leur capacité de paiement. Ce sont les plus hauts revenus qui ont les assurances qui les couvrent le mieux ; pour les autres, aller chez le dentiste, c'est financer de leur poche une bonne partie des soins. Votre proposition risque donc de profiter à une clientèle d'assurés solvables, c'est-à-dire plutôt jeunes, actifs et à faible risque, dans une logique purement assurantielle. En revanche, les assurés plus précaires ou plus âgés et à risque plus élevé seront défavorisés. Au final, la concurrence s'exercera sur la qualité des couvertures santé, sans effet notable sur les prix des complémentaires. À l'heure du grand débat national, dans lequel les préoccupations de nos concitoyens en matière d'accès aux soins ressortent fortement, il nous paraît imprudent de laisser espérer aux Français un hypothétique gain de pouvoir d'achat par un changement de complémentaire santé.

Il convient au contraire de donner une nouvelle ambition à la sécurité sociale. Nous proposons depuis longtemps la prise en charge à 100 % des soins prescrits par l'assurance maladie obligatoire, en commençant par les jeunes de moins de vingt-cinq ans. Nous pourrions également avancer sur la généralisation du tiers payant, réforme que le Gouvernement a mise sous le tapis dès sa prise de responsabilités. Voilà des propositions qui ont le mérite de la clarté et de la simplicité, et qui permettraient de lutter contre le renoncement aux soins.

Alors qu'il conviendrait de sortir la santé des logiques de marché, la proposition en discussion cet après-midi aggrave au contraire la privatisation rampante de la prise en charge des soins.

Pour toutes ces raisons, le groupe de la gauche démocrate et républicaine s'opposera à ce texte et soutiendra plusieurs amendements visant à supprimer les dispositions qu'il contient. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Accès aux soins et pouvoir d'achat : voilà, pour résumer, les deux thèmes que vous nous proposez d'aborder cet après-midi avec cette proposition de loi du groupe La République en marche. L'actualité nous incite plus que jamais à réconcilier ces deux aspects. En effet, alors que la santé ne figurait pas parmi les thématiques du

grand débat national, elle s'est imposée d'elle-même, preuve, s'il en fallait, de la préoccupation majeure qu'elle représente pour les Français.

Plus précisément, c'est la question de l'accès au système de santé qui inquiète. Nous en avons très largement parlé ces deux dernières semaines à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Au-delà de la désertification médicale, un autre aspect de l'inégal accès au système de santé réside dans le coût des soins et des couvertures santé. En effet, non seulement les frais liés aux complémentaires pèsent considérablement sur le pouvoir d'achat des ménages, mais ils peuvent aussi s'avérer dissuasifs, privant ainsi les usagers de leur droit à y souscrire.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. En 2018, un Français sur dix n'avait pas de couverture santé. Cette proportion est en augmentation par rapport aux années précédentes, et la tendance est plus marquée chez les jeunes et les étudiants, parmi lesquels seulement 66 % bénéficiaient d'une couverture, contre 75 % en 2017. Au-delà des jeunes, le renoncement à la complémentaire santé est aussi marqué chez les ménages aux revenus les plus modestes. Le coût élevé des complémentaires menace donc directement l'accès aux soins de nos concitoyens, qui vont parfois jusqu'à renoncer à se soigner.

L'autre préoccupation du grand débat, très probablement à la source de la crise que nous traversons depuis quatre mois maintenant, est liée au pouvoir d'achat. Le groupe Libertés et territoires souhaite naturellement apporter des réponses concrètes à ceux qui demandent à vivre dignement des fruits de leur travail.

À cet effet, nous avons voté certaines mesures d'urgence en décembre dernier, parmi lesquelles la valorisation de la prime d'activité. Plus récemment, le Premier ministre a annoncé d'autres propositions pour s'attaquer aux dépenses contraintes des ménages, les « angles morts du pouvoir d'achat », pour reprendre ses termes. C'est en effet sur le sujet des dépenses incompressibles, celles dont on ne peut se passer, qu'il faut particulièrement progresser, car leur poids a fortement augmenté depuis le début des années 2000. Parmi ces dernières, les frais de complémentaires santé, qui représentent entre 2 et 5 % des dépenses dites pré-engagées, sont évidemment ciblés.

Ce sujet mérite une attention particulière dans la mesure où les dépenses de santé, nous le savons, sont croissantes : leur hausse a été de plus de 30 % en dix ans. Par conséquent, les cotisations aux complémentaires santé ont évidemment augmenté à leur tour, de plus de 38 % sur la même période.

Il faut toutefois rappeler que ces augmentations sont aussi liées à l'augmentation des taxes, prélevées directement sur les primes, lesquelles sont passées de 1,75 % en 2000 à 14,1 % aujourd'hui, soit une augmentation de plus de 10 points.

S'attaquer à ces dépenses incompressibles peut donc apparaître, à première vue, comme un objectif louable. Cependant, notre groupe ressent quelques doutes concernant les moyens que vous avez choisis pour y parvenir.

Comment s'assurer en effet que la possibilité de résilier sans frais et à tout moment les contrats de complémentaire santé entraîne effectivement une baisse des tarifs ? À l'heure actuelle, nous n'avons aucune garantie en la matière. Des effets pervers sont peut-être même à prévoir, qui prendraient la forme d'une augmentation des frais de publicité, dans le contexte de concurrence accrue que vous encouragez. Il en va de même pour les frais de gestion administrative, qui

pourraient croître si les résiliations de contrats venaient à se multiplier. Comment garantir alors que ces hausses ne soient pas répercutées sur le niveau des cotisations ?

En outre, n'y a-t-il pas un risque à remettre en cause certains des acquis récents de notre système de protection sociale ? Je pense par exemple au tiers payant, dispositif reposant sur des partenariats noués avec les professionnels de santé, qui nécessite une information claire sur les droits ouverts de la personne et un délai de mise en œuvre, incompatible avec un système instable. Je songe également au reste à charge zéro, qui, bien qu'il ne soit pas encore totalement mis en œuvre, fait d'ores et déjà craindre une augmentation des frais de mutuelle.

Plus grave encore, je pense à la valeur clé de notre système de protection : la solidarité entre ses membres, à laquelle notre groupe est profondément attaché. La mesure que vous envisagez vise en effet à baisser les prix, ce qui conduira les mutuelles à proposer à leurs adhérents un tarif encore plus proche du coût du risque assuré. Nous craignons donc particulièrement que les cotisations des personnes à risque, comme les seniors, n'augmentent, pour garantir des prix attractifs au reste de la population. Notre inquiétude, vous l'avez compris, est qu'en adoptant votre mesure, nous participions à fragiliser davantage la situation des personnes les plus démunies, celles-là même qui ont exprimé leurs difficultés lors des récents mouvements de contestation. Ainsi, après la hausse de la CSG et après la non-indexation des pensions de retraites sur le coût de la vie, nous risquerions de valider l'augmentation de leurs tarifs de complémentaire santé. Le risque nous paraît bien trop élevé.

En réalité, le problème est que votre proposition, bien que nous en partagions l'objectif, repose sur deux constats erronés.

Le premier consiste à mettre dans le même sac assurances privées et mutuelles. Or il nous semble indispensable de rappeler que, s'agissant des complémentaires santé, une distinction doit être faite entre, d'une part, les sociétés anonymes d'assurance et, d'autre part, les sociétés d'assurance mutuelles. Si les premières cherchent à réaliser des profits pour reverser les dividendes à leurs actionnaires, les secondes possèdent, elles, le statut de société civile à but non lucratif, ce qui signifie qu'elles ne sont pas supposées faire de bénéfices. Malgré cette distinction, vous préconisez d'encourager une concurrence similaire et exacerbée pour ces deux types d'organismes, indifféremment.

Cela m'amène à votre deuxième postulat de base erroné, qui consiste à voir dans la santé un acte de consommation comme un autre. Monsieur le rapporteur, vous présentez cette proposition de loi comme « une évolution de la loi Hamon, et non pas une révolution ». Pourtant, comme son nom l'indiquait, cette loi adoptée en 2014 était relative à la consommation et excluait justement la santé, qui n'y avait pas sa place.

Votre vision tend à faire disparaître le principe des mutuelles auquel nous sommes attachés, qui consiste à organiser une réponse collective à des besoins individuels de santé, permise par la mutualisation des risques. La santé n'est pas un secteur comme les autres. L'idéologie libérale, si elle peut fonctionner dans d'autres domaines, n'est sûrement pas la plus adaptée en la matière.

En outre, la concurrence pure et parfaite n'existe pas, et le problème de l'information lisible, accessible à tous persistera, malgré les récents engagements des organismes en la matière.

Certains pourront peut-être passer facilement d'un contrat à un autre, mais ce ne sera pas le cas de tous, et cela risque de pénaliser encore les plus fragiles d'entre nous.

Malgré toutes nos réticences à l'égard de cette proposition de loi, nous considérons comme nécessaire de nous interroger sur le fonctionnement des complémentaires santé. Celui-ci doit évidemment être amélioré, afin de faire en sorte qu'il réponde avant tout à nos besoins de santé, et non pas à l'objectif d'enrichir des organismes. On peut notamment se poser la question lorsqu'on sait que 20 % des cotisations collectées ne sont pas affectées au remboursement des prestations. Toutefois, nous ne sommes pas convaincus de l'efficacité de la mesure que vous proposez, d'autant que la résiliation est déjà possible à l'échéance annuelle du contrat. Nous ne voyons donc pas en quoi une résiliation à tout moment conduira à une amélioration notoire du pouvoir d'achat.

De plus, nous ne disposons malheureusement d'aucune étude d'impact sur laquelle nous appuyer pour évaluer la mise en œuvre de la mesure, ce qui aurait pu permettre de dissiper nos doutes.

Par conséquent, le groupe Libertés et territoires, dans sa majorité, votera contre le texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Depuis près de quatre mois, notre pays traverse une crise sociale de grande ampleur. Elle a révélé qu'une grande partie de nos concitoyens peinent à boucler leurs fins de mois et se sentent pris à la gorge par toutes les factures et dépenses du quotidien, au point que l'augmentation prévue des taxes sur les carburants est apparue comme insupportable. Électricité, essence, alimentation, taxes, parfois même taxes sur des taxes : tout cela a été largement illustré durant le grand débat national organisé depuis le mois de janvier. La question du pouvoir d'achat apparaît comme la préoccupation première des Français.

Les députés de tous bords – ceux de la majorité, en premier lieu – ont bien écouté et entendu ce message, au fil des nombreux débats auxquels ils ont participé sur leurs territoires. La présente proposition de loi constitue un des moyens de réduire ces dépenses contraintes pesant sur les familles et plus encore sur les plus fragiles, les plus précaires.

L'acquisition d'une complémentaire santé fait partie de ces frais liés à la santé que nous sommes obligés, ou presque, de déboursier, et qui peuvent peser sur le budget des Français. Pour qui veut se soigner correctement, ils sont devenus incontournables et représentent parfois une part importante des dépenses contraintes du budget des ménages, cette proportion augmentant avec la taille des familles et avec l'âge.

Dans ce domaine, il faut cependant rappeler l'action du Gouvernement, avec les acteurs concernés, et les engagements forts pris par cette majorité au travers, notamment, de la réforme du reste à charge zéro sur les soins prothétiques dentaires, optiques et auditifs, dont la mise en place a débuté grâce à l'action de la ministre des solidarités et de la santé. Ces soins, très mal couverts jusqu'à présent, représentent un coût important pour les ménages, particulièrement pour les plus fragiles d'entre eux. Une offre de qualité pourra être disponible sans que les assurés ne déboursent un euro, quelle que soit leur complémentaire. Cela représente une véritable bouffée d'air pour de nombreux foyers.

Il est nécessaire d'améliorer l'accès à une assurance complémentaire santé, qui dépend de leur coût, et de l'adapter aux besoins de nos concitoyens. S'agissant des coûts, les chiffres

parlent d'eux-mêmes : sur la dernière décennie, les cotisations ont progressé de 47 %, alors que l'inflation n'augmentait que de 14 %. À eux seuls, les coûts de gestion, dont il est souvent question dans le cadre des lois de financements de la sécurité sociale, ont augmenté de 2,50 euros par mois et par assuré depuis six ans. En 2019, pour la première fois, les coûts de gestion des complémentaires santé dépasseront ceux de l'assurance maladie, alors que celle-ci représente 78 % des soins fournis en France. Ce phénomène n'est pas un fait nouveau – nous avons déjà eu l'occasion de parler. Les organismes complémentaires, conscients du poids de ces coûts dans le budget des ménages, se sont d'ailleurs engagés à les réduire, consentant bien volontiers à l'effort qui leur a été demandé.

La présente proposition de loi doit être envisagée comme une incitation, pour les organismes complémentaires, à gagner encore davantage en efficacité et à modérer leurs coûts de gestion. Libérer de la contrainte d'engagement, sans remise en cause de la mutualisation des risques, c'est faire jouer la concurrence et redonner du pouvoir d'achat aux Français, en simplifiant leur démarche.

Une telle possibilité bénéficiera à tous, particulièrement aux plus vulnérables. Les retraités, par exemple, paient les cotisations les plus élevées car ils ont le plus souvent des contrats individuels : un couple de seniors débourse en moyenne 2 500 euros par an pour accéder à une complémentaire santé – dans le cadre du grand débat, nous avons été nombreux à recevoir des feuilles de salaire et des reçus de dépenses de retraités, et lorsque l'on constate le poids de ce poste dans les budgets des ménages, on se rend compte qu'il s'agit là d'un sujet de préoccupation primordial pour les Français.

Outre la baisse des prix attendue, la simplification administrative de la résiliation à tout moment représente une protection et un pouvoir supplémentaires pour les consommateurs, souvent freinés par les contraintes et la complexité des démarches, notamment s'ils sont âgés. Il est en effet difficile de renvoyer la lettre recommandée de résiliation avant la date d'échéance du contrat ; nous pouvons tous nous faire piéger – j'en ai d'ailleurs moi-même fait l'expérience.

La critique principale que l'on peut entendre, selon laquelle la proposition de loi augmentera les coûts des complémentaires, ne me semble pas fondée. Les Français ne s'amuseront pas, tout d'un coup, à changer plusieurs fois de complémentaires, au gré des contrats qui leur seraient proposés. Cela n'est pas vrai pour les contrats collectifs. Nous faisons confiance au bon sens et à la responsabilité de chacun.

Pour conclure, je voudrais évoquer devant vous une proposition qu'il serait intéressant d'étudier dans les mois et les années à venir : protéger davantage encore les personnes qui, individuellement, peinent à souscrire une complémentaire santé car celle-ci coûte très cher. Dans ces cas, pourquoi l'assurance maladie ne pourrait-elle pas développer une complémentaire, dont les avantages seraient importants, à commencer par les coûts de gestion, ceux de l'assurance maladie étant limités à 3 % ? Nous pourrions ainsi disposer d'une complémentaire qui ne viendrait pas concurrencer directement les contrats collectifs ou individuels, mais qui améliorerait l'accès aux soins pour les Français qui en ont besoin, à des coûts moins importants.

Nous voterons donc la proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs de la commission et du MODEM.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup. Cette proposition de loi vise à donner aux assurés, particuliers comme entreprises, la possibilité de résilier sans frais et à tout moment, après la première année de souscription, les contrats de complémentaire santé.

Actuellement, de tels contrats peuvent être résiliés à l'échéance annuelle. Il est toutefois possible de les résilier en cours d'année dans deux cas : lorsque l'assuré change de régime de sécurité sociale ou lorsque l'assureur n'a pas respecté l'obligation d'informer son client de sa possibilité de mettre un terme au contrat dans le cadre de la loi Chatel de 2005.

Pour mémoire, la loi relative à la consommation du 17 mars 2014, dite « loi Hamon », prévoit la possibilité de résilier en cours d'année, après une période initiale d'un an, les contrats d'assurance multirisques habitation, responsabilité civile et automobile.

La présente proposition de loi vise à étendre cette mesure aux contrats souscrits pour la couverture des risques de santé. Elle précise en outre que cette faculté de résiliation, sans frais et à tout moment, après la première année de souscription du contrat de complémentaire santé, s'applique aussi aux contrats d'assurance de personnes souscrits par un employeur pour ses salariés.

Elle a pour objectif de donner plus de liberté aux assurés et d'accroître la concurrence sur le marché des complémentaires santé. En effet – cela a déjà été rappelé –, les tarifs des assurances santé complémentaires ont augmenté de 21 % depuis 2010 et les frais de gestion représentent une part conséquente des cotisations payées par les assurés. Permettre à ces derniers de pouvoir plus facilement changer de complémentaire santé augmenterait leur pouvoir de négociation et stimulerait la concurrence sur le marché, ce qui pourrait donc faire diminuer les prix.

Je souhaite cependant émettre plusieurs réserves sur ce texte.

D'abord, les mutuelles sont des organismes destinés à répondre de façon collective à des besoins individuels de santé. Cette réponse n'est pas fondée sur l'appréciation d'un marché commercial mais sur une demande sociale. Appliquer aux complémentaires santé les mêmes règles qu'à des services purement commerciaux revient à oublier cette dimension.

L'objectif de diminution des tarifs des complémentaires santé, notamment de leurs frais de gestion, et de restitution de pouvoir d'achat aux assurés est certes généreux et partagé. Toutefois, la faisabilité technique de la mesure peut être mise en doute et ses effets induits pourraient s'avérer contraires à l'objectif.

Dans la logique concurrentielle normale, l'organisme d'assurance doit pouvoir intervenir sur tous les paramètres. Or la cotisation finance notamment les remboursements de frais de soins aux assurés sur lesquels celui-ci ne peut agir alors qu'elle représente pourtant la part la plus importante.

Caractéristique propre à la complémentaire santé, les dépenses de santé évoluent de façon importante parce qu'elles sont une réponse aux besoins sanitaires de la population mais aussi aux enjeux du vieillissement et au développement des maladies chroniques.

L'annualité des cotisations est un élément du modèle économique qui permet de ne sélectionner ni le risque couvert ni la personne. Demain, avec des contrats plus

courts, il faudra segmenter davantage les populations en fonction de leurs risques spécifiques face à la maladie. Les seniors seront alors les grands perdants de la réforme.

La mobilité accrue des assurés risque également d'empêcher les assureurs de financer certaines garanties, ce qui, par capillarité, se traduira soit par une hausse des tarifs, soit par la disparition progressive de garanties, donc une augmentation du reste à charge aux effets négatifs sur le pouvoir d'achat.

La résiliation infra-annuelle fragilise la mutualisation sur laquelle le modèle économique des mutuelles est assis. Ce principe, fondé sur la solidarité entre les adhérents, est, me semble-t-il, incompatible avec toute mesure qui encourage l'individualisation des risques et accentue la segmentation des populations.

Les seniors sont ceux qui ont le plus à perdre : couverts à 70 % par des mutuelles, ils bénéficient des mécanismes intergénérationnels permis par la mutualisation. Une partie limitée des assurés – les plus avertis et les plus nomades – seront susceptibles de bénéficier de ce droit nouveau et d'en retirer un gain de pouvoir d'achat. Le profil de ces bénéficiaires est facilement identifiable : les jeunes et les actifs bien portants. Qu'en sera-t-il alors de la solidarité intergénérationnelle ? Cette mesure ne se traduira-t-elle pas par une augmentation des cotisations payées par les retraités ? Dans les mouvements sociaux, ce sont pourtant bien eux qui mettent en exergue les difficultés à financer leur santé.

En outre, alors que les soins sont de plus en plus prévisibles ou programmés, les consommateurs les plus opportunistes pourront bénéficier, au détriment des autres assurés, du cumul de la résiliation infra-annuelle et des mesures de la loi Chatel. Ainsi, ils pourraient souscrire une assurance très protectrice en fin d'année pour bénéficier immédiatement des remboursements prévus dans le contrat puis résilier cette assurance.

Les acteurs du marché seront incités à mobiliser des ressources supplémentaires pour fidéliser leurs adhérents tentés par un départ et pour aller conquérir des adhérents nouveaux déjà couverts, avec le risque d'une augmentation rapide des frais de publicité. Parallèlement, l'augmentation des entrées et des sorties dans les contrats imposera une gestion administrative plus lourde, donc des dépenses supplémentaires.

La résiliation infra-annuelle risque également de pénaliser le développement du tiers payant. Les assureurs ont tous noué des partenariats avec des organismes gérant la mise en œuvre technique du tiers payant. Ces mécanismes reposent sur des informations précises sur les droits ouverts, ce qui donne des garanties aux praticiens en matière de paiement. Avec la résiliation à tout moment, le risque d'impayé devient considérable, et les professionnels pourraient être plus rétifs à recourir au tiers payant. Cela enlèverait tout sens à la mesure proposée, le tiers payant constituant un outil efficace dans la lutte contre la renonciation aux soins. Il serait paradoxal de poursuivre dans cette voie, madame la ministre, quand vous exprimez le souhait de généraliser le tiers payant pour accompagner la réforme du 100 % santé.

En commission des affaires sociales, la semaine dernière, la proposition de loi a été loin de faire l'unanimité parmi les groupes d'opposition. Au sein même du groupe majoritaire, de fortes divergences d'opinion sont apparues. Cette division révèle l'urgence avec laquelle le Gouvernement a été contraint de réagir face au risque de voir les tarifs des complémentaires santé augmenter, à la suite de l'instauration du reste à charge zéro. Le groupe Les Républicains avait

d'ailleurs alerté la majorité sur un tel risque. « Un comité de suivi sera créé pour veiller à ce que les mutuelles respectent leur engagement à ne pas augmenter leurs tarifs », aviez-vous répondu, madame la ministre, lors de l'examen du dernier PLFSS. Il faut croire que ce comité de suivi n'offre déjà plus toutes les garanties.

Les griefs récurrents à l'égard de ce texte concernent le manque de concertation préalable et l'absence d'étude d'impact, qui aurait pu lever quelques doutes ainsi que la crainte de nombreux effets pervers liés à la concurrence exacerbée sur le marché des complémentaires santé : accroissement de la segmentation et renforcement de la logique d'individualisation des risques ; hausse des tarifs de cotisation liée à une augmentation des frais de gestion et de publicité ; comportements déviants des organismes incités à mettre en avant leurs garanties les plus attractives au détriment des prises en charge plus coûteuses ; chasse aux patients rentables. Du point de vue économique, des réserves ont également été émises sur les effets réels de la proposition de loi. Il a également été rappelé que la santé n'est pas un bien de consommation courante et ne peut donc pas être mise sur un pied d'égalité avec des secteurs concurrentiels.

Ce texte entend restituer du pouvoir d'achat aux Français en diminuant les coûts liés aux complémentaires santé, objectif que le groupe Les Républicains partage. Mais, dans les faits, nous avons des doutes quant à la possibilité de l'atteindre.

Comme cela a été dit en commission, l'arrêté prévu par la loi Hamon sur la lisibilité des contrats proposés par les assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles n'a toujours pas été pris. Comment imaginer accroître la capacité de nos concitoyens à changer de mutuelles si la lisibilité des contrats n'est pas au rendez-vous ? En commission, M. le rapporteur avait reconnu l'importance de traiter ce sujet.

Vous l'avez compris, si nous approuvons la philosophie générale de ce texte, nous pensons qu'il manque de lisibilité et nous restons dubitatifs sur le gain de pouvoir d'achat qui pourrait en résulter. Malgré les quelques amendements de précision adoptés en commission, nous estimons qu'il reste trop flou. C'est la raison pour laquelle le groupe Les Républicains s'abstiendra.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Le mouvement des gilets jaunes nous l'a rappelé avec force, l'amélioration du pouvoir d'achat est une préoccupation majeure de nos concitoyens, qu'ils soient actifs ou retraités. C'est pourquoi le Président de la République a pris des engagements forts, dès la fin de l'année dernière : 10 milliards d'euros ont ainsi été consacrés à l'amélioration du pouvoir d'achat, à travers l'annulation des hausses de carburant votées pour 2019, la revalorisation de la prime d'activité ou encore la suppression de la hausse de la CSG pour les retraités touchant entre 1 200 et 2 000 euros de pension par mois.

Ces mesures sont venues s'ajouter à celles déjà votées depuis le début du quinquennat, et je tiens à rappeler que, durant les deux premières années de notre mandat, les impôts ont plus baissé que pendant les quinze dernières années. (*Murmures sur les bancs du groupe LR.*)

Cela a permis de redonner aux Français de l'oxygène et confiance en l'avenir. En effet, l'idée selon laquelle le niveau de vie en France se dégradera d'ici à un an a nettement reculé

dans l'opinion publique: la proportion de Français inquiets d'une telle détérioration a diminué de 15 points en quelques mois.

Parallèlement, le ministre de l'action et des comptes publics a annoncé d'excellentes nouvelles, s'agissant de l'amélioration de la croissance mais aussi de la baisse des dépenses publiques et du déficit public, une première depuis dix ans.

Pour autant, ces bons résultats ne doivent pas nous conduire à relâcher l'effort. Alors que le grand débat national s'achève, nous devons plus que jamais demeurer à l'écoute de nos concitoyens et traduire dans les faits leurs revendications légitimes. Afin de tenir compte de l'urgence économique et sociale et d'y apporter des solutions concrètes, il est désormais nécessaire que tous les acteurs s'engagent aux côtés du Gouvernement et de la représentation nationale.

C'est pourquoi le Président de la République a notamment demandé aux organismes complémentaires de permettre à chacun de résilier son contrat de complémentaire santé à tout moment, après un an de contrat effectif. C'est dans ce cadre que s'inscrit la proposition de loi que nous examinons cet après-midi, à l'initiative de nos collègues du groupe La République en marche. L'objectif de ce texte est simple: permettre à tous nos concitoyens l'accès à une complémentaire santé de qualité et leur garantir des pratiques tarifaires raisonnables, par le biais d'une mise en concurrence vertueuse.

Avons-nous fait tout ce qui était en notre pouvoir pour réguler les tarifs pratiqués par les organismes de complémentaire santé? Les critiques d'ores et déjà entendues au stade de l'examen en commission pointent-elles des obstacles insurmontables? Laisserons-nous ces pratiques tarifaires prospérer alors que nos concitoyens demandent plus d'équité? La réponse à toutes ces questions est évidemment non.

Or la situation est particulièrement préoccupante: les consommateurs ont subi une inflation impressionnante de leurs cotisations, celles-ci ayant augmenté de plus de 50 % depuis 2006. Si cette inflation peut en partie s'expliquer par la hausse des dépenses de santé, il demeure inacceptable que les frais de gestion des organismes de complémentaire santé puissent à ce point être revus à la hausse. En effet, une tendance structurelle a pu être observée depuis 2010: la hausse deux fois plus rapide des frais de gestion que des montants des remboursements effectués aux assurés. Les organismes complémentaires ont ainsi dépensé 7,2 milliards d'euros en 2016 pour leurs frais de gestion, soit 20 % des cotisations. Sur ce total, ce sont plus de 2,8 milliards d'euros qui ont été consacrés aux frais d'acquisition, notamment en publicité.

Le taux de Français disposant d'une complémentaire santé atteint 95 %, et nous nous en félicitons. Toutefois, il s'agit d'une dépense non négligeable dans leur budget, qui s'élève en moyenne à 688 euros par an et peut atteindre jusqu'à 2 500 euros pour un couple de seniors. Une baisse des tarifs des complémentaires santé représenterait donc un gain de pouvoir d'achat important pour nos concitoyens, mais elle permettrait également une amélioration significative de l'accès aux soins.

En effet, les déserts médicaux ne sont pas le seul obstacle à l'accès à la santé des Français: nombre d'entre eux renoncent également à se soigner pour des raisons financières, en raison d'un reste à charge trop élevé, souvent la conséquence d'une couverture complémentaire insuffisante.

Amélioration du pouvoir d'achat et de l'accès aux soins: nous le voyons, l'enjeu de ce texte va donc bien au-delà de la seule mise en concurrence des organismes de complémentaire santé, et devrait donc tous nous rassembler, quelle que soit notre sensibilité politique.

Nous avons toutefois indiqué, lors de l'examen du texte en commission des affaires sociales, qu'il était nécessaire que cette possibilité de résiliation des contrats de mutuelle aille de pair avec une plus grande lisibilité des garanties proposées dans les contrats de complémentaire santé, afin que nos concitoyens puissent choisir leur mutuelle en toute connaissance de cause. Cette lisibilité des contrats de complémentaire est un objectif auquel le groupe Mouvement démocrate et apparentés s'est toujours montré attaché, et nous avons déjà appelé de nos vœux cette évolution importante lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale.

À cet égard, nous saluons une disposition introduite en commission des affaires sociales, visant à substituer à l'information annuelle actuellement donnée par les assureurs, une information sur le taux de redistribution des cotisations collectées, par catégorie de contrats, qui constituera un meilleur indicateur de la performance de l'organisme complémentaire.

La possibilité de comparer les garanties offertes par les différents organismes de complémentaire santé, au travers de critères simples et lisibles, sera la clé d'une concurrence saine, propice à la baisse des tarifs.

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, le groupe du Mouvement démocrate et apparentés souscrit pleinement à l'objectif visé par la proposition de loi. Nous regrettons néanmoins que l'article 4 diffère l'application de ses dispositions à compter du 1^{er} décembre 2020. Selon nous, cela tend à affaiblir la portée du texte, en faisant courir, au nom de l'anticipation de la mesure, le risque d'une forte hausse des tarifs en 2019, qu'aucune forme de concurrence ne pourrait venir tempérer. Nous proposerons donc la suppression de la disposition en question. Nous espérons que cette modification de bon sens recueillera l'aval de nos collègues du groupe majoritaire. Il s'agit de donner tout son sens à la proposition de loi, que le groupe du Mouvement démocrate et apparentés soutient avec enthousiasme. (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM et sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. Le texte dont nous discutons cet après-midi, proposé par le groupe majoritaire La République en marche, vise à inscrire dans la loi le principe de la résiliation, sans frais et à tout moment, des contrats d'assurance santé complémentaire, à l'issue d'un délai d'un an.

Je reviens à mon tour sur la méthode que votre gouvernement a employée, madame la ministre, car elle n'est pas de nature à restaurer la confiance dans la démocratie parlementaire: après avoir renoncé à présenter ces dispositions par amendement dans le cadre du projet de loi PACTE, vous avez fait déposer la présente proposition de loi par votre majorité parlementaire. Cette méthode, je l'ai déjà dit, est sans doute habile, car elle vous dispense d'une étude d'impact. Pourtant, elle aurait éclairé nos débats: nous aurions ainsi pu mesurer, mieux qu'au travers de sondages tout à fait contestables et ne présentant guère de vertu scientifique, l'impact réel de la décision que vous entendez prendre.

Vous avez pris la mauvaise habitude de proposer ainsi, au détour d'un amendement, des mesures qui dérangent et n'ont fait l'objet d'aucune évaluation ou ont été refusées dans le cadre de la concertation. Rappelez-vous l'examen de la loi de M. Blanquer, il y a quelques semaines : nous avons assisté à la création, au détour d'un amendement, des établissements publics des savoirs fondamentaux, qui inquiètent les directeurs d'école. De même, votre recours aux ordonnances finir par devenir extrêmement préoccupant car il nous prive de débats parlementaires de qualité. Je tenais à le dire car nous vivons un moment où les représentants politiques sont particulièrement disqualifiés. Or vous ne faites pas grand-chose pour réduire cette fracture.

Mme Danielle Brulebois. Et vous, qu'avez-vous fait ?

M. Boris Vallaud. J'en profite pour relever un fait inédit. Ce texte est rejeté assez massivement, non seulement par différents groupes de cette assemblée, mais aussi par une partie de votre majorité. Pour la première fois, des députés du groupe La République en marche, membres de la commission des affaires sociales, ont déposé des amendements de suppression des articles, et pas moins de dix d'entre eux ont finalement retiré leur signature du texte présenté, ce qui est le signe de leur malaise.

Nous avons examiné ce matin, en commission des affaires sociales, les amendements nouveaux déposés pour la séance publique. Je me félicite que la commission ait adopté des amendements de nos collègues du groupe UDI-Agir, qui tendent à limiter à deux ans l'application de ces dispositions, ainsi qu'un amendement du groupe MODEM, qui vise, si je ne m'abuse, à rendre plus lisibles les informations fournies par les complémentaires santé en standardisant les notices d'information.

Mme Nathalie Elimas. Oui !

M. Boris Vallaud. Toutefois, je ne suis pas naïf, et les gens qui nous regardent doivent le savoir : si ces amendements ont été adoptés ce matin, c'est parce qu'il s'est trouvé, de façon très conjoncturelle, que l'opposition était plus nombreuse que la majorité...

Mme Brigitte Bourguignon, *présidente de la commission des affaires sociales.* Ce n'est pas très classe de le signaler !

M. Boris Vallaud. Je ne doute pas que, malheureusement, vous allez rétablir dans les heures qui viennent, comme il se doit le contenu de votre projet.

M. Pierre Dharréville. Mais non !

M. Boris Vallaud. Nous voterons contre ce texte, comme nous l'avons fait en commission, pour trois raisons de fond principales, qui ont déjà été exposées par les uns ou les autres.

D'abord, le texte part d'une logique libérale que nous ne partageons pas. Selon vous, la concurrence serait bonne en soi – lors des explications de vote sur la motion de rejet préalable, je vous ai donné un exemple a contrario, à propos duquel tout le monde s'accorde – et la concurrence ferait baisser les prix en matière de santé. À notre sens, cette concurrence risque surtout de mettre de côté les plus fragiles et de mettre à mal notre système de solidarité intergénérationnelle. Pour justifier votre choix, vous vous appuyez sur les mesures prises en matière d'assurance habitation et d'assurance automobile dans le cadre de la loi de 2014 relative à la consommation. Cependant, ce texte portait bien sur la consommation et certainement pas sur la santé, laquelle ne se consomme pas.

Ensuite, le texte assimile la complémentaire santé à un bien de consommation courante, en privilégiant une seule logique : celle du bilan coûts/avantages que l'on fait pour soi-même. Aucune réflexion n'a été menée sur la logique de solidarité qui prévaut actuellement. Avec vos mesures, il y aura demain, à n'en pas douter, les bons risques, qui seront bien pris en charge, essentiellement au profit des cadres, et les mauvais risques, qui ne seront que peu couverts.

Enfin, vous ne répondez pas à certaines questions fondamentales. Ceux qui ont le plus besoin d'une complémentaire santé, les personnes âgées au premier chef, sont couverts par des contrats de moyenne gamme. En effet, le montant des cotisations augmente lors du passage à la retraite. Plutôt que de proposer davantage de concurrence et de libéralisme, vous auriez pu réfléchir à d'autres pistes, comme une modulation de la taxe sur les contrats des complémentaires santé en fonction de l'âge de l'assuré. Pour cela, il aurait fallu prendre le temps de mener un travail plus approfondi, écouter l'ensemble des parties prenantes et organiser une véritable concertation avec les acteurs. Or, la vérité, c'est que vous ne l'avez pas fait.

Chers collègues de la majorité, les Françaises et les Français nous ont rappelé, au cours du grand débat national, leur profond attachement à notre système solidaire et intergénérationnel de protection sociale. Je crains que nous n'agissions exactement en sens inverse avec le choix que vous nous conduisez à faire maintenant.

J'ai posé la question tout à l'heure : l'accès aux soins sera-t-il amélioré par la mesure ?

M. Pierre Cordier. Non !

M. Boris Vallaud. Non. La politique de prévention sera-t-elle renforcée par votre proposition ?

M. Pierre Cordier et **M. Gérard Menuel.** Non !

M. Boris Vallaud. Non. La solidarité entre les adhérents, qui constitue l'âme même du système mutualiste, sera-t-elle mieux garantie ?

M. Gérard Menuel. Non !

M. Boris Vallaud. Ce n'est pas le cas. Les inégalités en fonction de l'âge seront-elles réduites ?

M. Gérard Menuel. Non !

M. Boris Vallaud. Ce n'est pas le cas non plus.

Pierre Dharréville cite souvent de grands auteurs à cette tribune. Pour ma part, je rapporterai les paroles de ma grand-mère : « Ce qui est bon marché coûte cher. » Je crois que c'est particulièrement vrai en matière de santé. *(Sourires.)*

M. Jean-Paul Dufrègne. La mienne disait la même chose !

M. Boris Vallaud. Peut-être avions-nous la même grand-mère, monsieur Dufrègne, c'est à vérifier !

M. Jean-Paul Dufrègne. J'ai été élevé au lait cru !

M. Jimmy Pahun. La mienne disait : « Quand c'est flou, il y a un loup ! » *(Sourires.)*

M. Boris Vallaud. S'il s'agissait de s'intéresser au pouvoir d'achat, c'est-à-dire essentiellement à la manière de réduire les dépenses de santé dans le budget des ménages tout en garantissant un haut niveau de prise en charge et de soins, il y avait bien d'autres sujets à explorer.

Nous aurions pu envisager, par exemple, la création d'un bouclier sanitaire – peut-être aurons-nous l'occasion d'en débattre dans les mois à venir. Celui-ci consisterait à substi-

tuer au système actuel des affections de longue durée un dispositif universel de prise en charge à 100 % lorsque la dépense de santé supportée par l'assuré dépasse un certain seuil. Nous aurions pu nous appuyer à cette fin sur les propositions formulées par Patrick Brillet et Bertrand Fragonard, qui datent certes de 2007 mais demeurent vraiment d'actualité.

Un tel bouclier sanitaire présenterait plusieurs intérêts. Il offrirait d'abord un filet de protection sociale supplémentaire aux assurés qui ne bénéficient pas du régime des ALD et ne sont pas affiliés à une complémentaire santé. Dans l'intérêt de tous les ménages, il permettrait ensuite, conformément à votre demande, une clarification du marché des complémentaires santé, voire une baisse de leur prix. Il permettrait également une simplification, désormais indispensable, du mécanisme du reste à charge à l'hôpital. Il offrirait enfin un levier nouveau pour le pilotage de la dépense ; c'est un point essentiel, car la prise en charge des ALD, qui représente environ les deux tiers du montant de l'ONDAM, ne fait l'objet d'aucun pilotage ou presque, même si vous avez cherché, je le sais, à renforcer un certain nombre d'indicateurs dans le cadre du projet de loi que vous venez de défendre, madame la ministre. Je pourrais aussi détailler les effets redistributifs bien réels du bouclier sanitaire.

La réflexion étant, selon nous, un peu courte, et les débats, un peu expéditifs, la réponse ne sera pas à la hauteur de vos aspirations, à savoir abaisser le coût des soins dans le budget des ménages tout en leur assurant un haut niveau de protection, de remboursement et de soins. C'est pourquoi le groupe Socialistes et apparentés votera contre la proposition de loi. *(Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et LT.)*

(À dix-huit heures dix, Mme Annie Genevard remplace Mme Carole Bureau-Bonnard au fauteuil de la présidence.)

PRÉSIDENCE DE Mme ANNIE GENEVARD

vice-présidente

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous examinons cet après-midi une proposition de loi défendue par le groupe La République en marche, qui prend modèle sur le dispositif prévu par la loi Hamon pour les contrats d'assurance habitation ou automobile, et dont la finalité est de protéger davantage les assurés en leur donnant davantage de liberté dans le choix de leur complémentaire. Nous ne pouvons que souscrire à cette ambition, qui rejoint d'ailleurs les préoccupations des consommateurs et des assurés.

On ne devrait pas être dans l'incapacité de payer les soins nécessaires en cas de coup dur ou renoncer à des soins trop chers. C'est pourtant trop souvent le cas pour les personnes modestes. Face aux risques et aux aléas de la vie, nos concitoyens demandent davantage de protections. À cet égard, la question du reste à charge en santé et celle de la couverture des soins dont ils bénéficient constituent des enjeux essentiels.

Depuis l'origine, notamment depuis la création de la sécurité sociale, les complémentaires jouent un rôle important dans la couverture santé de nos concitoyens. L'assurance maladie obligatoire prend en charge 77 % des frais médicaux des Français ; les complémentaires santé permettent de compléter le taux de couverture de manière déterminante.

Ces deux étages de prise en charge sociale additionnés permettent de couvrir aujourd'hui 95 % des assurés, soit la quasi-totalité de la population française.

La place des complémentaires dans notre système de protection sociale est donc tout à fait majeure, et il ne saurait être question de la remettre en cause ni de déprécier la qualité du service qu'elles rendent à nos concitoyens. Cette place a été encore accrue par la loi du 14 juin 2013, qui a validé l'accord national interprofessionnel de janvier 2013. En vertu de ce texte, depuis le 1^{er} janvier 2016, l'ensemble des salariés doit être couvert par un contrat collectif.

Cette réforme a permis de compléter la couverture santé des salariés, mais elle n'a profité qu'à la classe d'âge des vingt-cinq à cinquante-neuf ans, c'est-à-dire la catégorie de la population qui est le plus souvent en bonne santé et bénéficie du meilleur niveau de vie. À titre de comparaison, les contrats individuels, qui concernent majoritairement les non-salariés – à savoir les étudiants, les fonctionnaires, les retraités et les inactifs –, prévoient le plus souvent des prises en charge moins protectrices que les contrats collectifs, notamment pour les dépassements d'honoraires.

Autrement dit, les personnes les moins bien protégées des aléas de la vie sont celles qui auraient le plus besoin de l'être. Je pense en particulier aux retraités, pour lesquels le coût de la couverture complémentaire santé est, on le sait, généralement plus élevé que pour les actifs. Il convient donc de redonner du pouvoir d'achat aux assurés.

Nous saluons la présente proposition de loi, qui vise précisément à accroître la concurrence entre organismes complémentaires, ce qui conduira à une baisse de leurs tarifs, au plus grand bénéfice des assurés et adhérents. Elle s'inscrit d'ailleurs dans le prolongement du cadre législatif existant. Depuis la loi Chatel du 28 août 2005, les assureurs et les mutuelles ont l'obligation de prévenir les souscripteurs de la possibilité de ne pas renouveler leur contrat à tacite reconduction. Ce dispositif a été complété par la loi Hamon du 17 mars 2014, qui a autorisé la résiliation des contrats d'assurance tacitement reconductibles à l'issue d'une période d'un an, sans frais ni pénalités pour l'assuré.

Dans la réalité, il est souvent malaisé pour l'assuré, qui dispose seulement d'un laps de temps restreint pour faire le tour du marché et comparer des offres difficilement lisibles, de résilier sa complémentaire. La proposition de loi donnera davantage de pouvoir au consommateur : il sera dorénavant en mesure de comparer les offres tout au long de l'année, sans être contraint par des délais trop courts, ce qui changera les règles du jeu à son bénéfice.

Dans le même temps, cette réforme suscitera une concurrence accrue entre complémentaires santé et, partant, une baisse des prix. Elle sera donc favorable au pouvoir d'achat de nos concitoyens, particulièrement à celui des plus modestes d'entre eux.

Par ailleurs, elle devrait permettre d'améliorer la gestion des complémentaires santé. Depuis 2010, les frais de gestion des complémentaires santé ont augmenté deux fois plus vite que les remboursements et prestations aux assurés, situation paradoxale décrite dans le rapport de la commission.

Le nombre d'organismes a fortement diminué depuis quelques années : depuis 2001, celui des mutuelles a été divisé par trois, et celui des institutions de prévoyance, par deux. Dans le même temps, les gains de productivité rendus possibles par les rapprochements ne se sont pas traduits par des économies en matière de frais de gestion. Il ne faudrait pas que cette évolution conduise à une détérioration de la

qualité de la couverture santé des assurés. Nous devons être particulièrement vigilants sur ce point. Le principe de base doit être que l'assuré choisit sa complémentaire santé en toute connaissance de cause.

Il aurait été sage de réaliser une étude d'impact de la mesure. Le recours à une proposition de loi vous a permis d'esquiver cette contrainte, ce qui est regrettable pour la clarté de nos débats. Il aurait également été bienvenu de demander l'avis du Conseil d'État.

À notre avis, l'amélioration de la lisibilité et de la comparabilité des garanties proposées par les complémentaires santé constitue à la fois l'enjeu majeur de la réforme et la condition de sa bonne application. Nos concitoyens ne disposent pas aujourd'hui d'outils fiables et standardisés leur permettant de comparer facilement les offres et les garanties proposées par les organismes. Cette situation est tout à fait regrettable, alors que les organismes complémentaires d'assurance maladie se sont engagés à plusieurs reprises à améliorer la transparence et la lisibilité de leurs garanties. Je pense en particulier à la déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties des complémentaires santé, signée en octobre 2010, il y a donc près de dix ans.

Le 14 février dernier, les fédérations d'organismes complémentaires ont signé un nouveau document prévoyant une harmonisation de la présentation de leurs contrats, en vue d'une meilleure information de leurs assurés et adhérents. Cet engagement, qui va dans le bon sens, n'est pas pour autant contraignant juridiquement et ne concerne pas la totalité des acteurs du secteur.

Sur ce sujet, nous saluons l'adoption d'un amendement en commission visant à confier à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution la rédaction d'un rapport d'évaluation du respect par les complémentaires de l'engagement de lisibilité des garanties.

Je proposerai de compléter ce dispositif par deux amendements visant à inscrire une clause de revoyure assortie d'une évaluation de la réforme. Cela permettrait d'évaluer en temps réel les effets de l'application de cette proposition de loi, ce qui tiendrait lieu d'étude d'impact.

Le groupe UDI, Agir et indépendants se prononcera donc, dans sa grande majorité, en faveur de la présente proposition de loi, qui facilitera l'accès à la couverture santé pour nos compatriotes.

Mme la présidente. La parole est à M. Ludovic Mendes.

M. Ludovic Mendes. Nous examinons cet après-midi la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé. Ce texte, porté par le groupe La République en marche, vise à donner la possibilité aux assurés – les particuliers pour les contrats individuels, les entreprises pour les contrats collectifs – de résilier sans frais, à tout moment après la première année de souscription, des contrats de complémentaire santé. Cette mesure de simplification donnera plus de liberté aux assurés. Elle leur permettra de bénéficier d'une concurrence renforcée en matière de couverture complémentaire santé.

Nous présentons donc là une mesure puissante de pouvoir d'achat, favorable à l'ensemble des consommateurs. En effet, si l'inflation constatée s'explique en partie par l'augmentation des dépenses de santé, il n'est pas acceptable que les frais de gestion des organismes complémentaires dérivent en parallèle. Ainsi, depuis 2010, ces frais ont progressé deux fois plus vite que les remboursements aux assurés – ils ont respectivement augmenté d'environ 30 % et 15 %.

Libérer les consommateurs des contraintes de leur engagement, après un an de contrat, leur permettra de faire jouer la concurrence et de se tourner vers les propositions les plus vertueuses et les mieux adaptées à leurs besoins, ce qui fera baisser les primes.

La liberté de résilier n'est pas l'ennemie de la solidarité entre assurés. La proposition de loi ne comporte pas de remise en cause de la mutualisation actuelle des risques. Les logiques d'individualisation du risque santé, principalement en fonction de l'âge, ont en effet été généralisées depuis plusieurs décennies, alors même que la résiliation était contrainte. La liberté de choix ne changera rien à cette dynamique. Elle préservera la logique de solidarité entre assurés malades et bien portants, à l'œuvre aujourd'hui.

De même, il n'y a pas de risque d'augmenter le nomadisme assurantiel ou les comportements opportunistes. Les assurés ne changent pas de complémentaire santé par plaisir mais par nécessité, quand leur contrat est trop cher ou qu'il devient inadapté par rapport à leurs besoins. De plus, la résiliation à tout moment ne s'appliquera qu'après douze mois ferme. Il ne sera donc pas possible de s'assurer seulement pour quelques semaines, le temps de réaliser des soins anticipables puis de résilier son contrat. Ce chiffon rouge avait déjà été agité lors des avancées de la loi dite Hamon, en particulier en ce qui concerne l'assurance emprunteur. Nous avons pu constater, depuis lors, que la « démutualisation » des risques n'a pas eu lieu, alors que les marges, donc les tarifs, ont fortement diminué à l'avantage de tous, y compris des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Ce texte comporte également des mesures de solidarité, notamment à l'égard de nos aînés. Les personnes âgées, qui paient les cotisations santé les plus élevées, seront les grandes gagnantes de la réforme. Les conditions restrictives de résiliation actuelles leur sont particulièrement défavorables. Ce sont elles qui sont le plus soumises aux augmentations brusques de cotisations des contrats individuels, et, parce qu'elles sont nombreuses à ne pas être familiarisées avec les nouvelles technologies, il peut leur être difficile de trouver un nouveau contrat dans le temps imparti aujourd'hui, soit vingt jours par an actuellement.

Les économies potentielles pour les retraités sont massives. Une étude menée par l'association UFC-Que choisir a mis en lumière qu'à garanties équivalentes, un couple de retraités de soixante-quinze ans, résidant à Bordeaux et souhaitant une garantie haut de gamme, se verra proposer des tarifs variant de 387 à 501 euros par mois, soit une économie potentielle de 30 % et un gain de pouvoir d'achat annuel 1 370 euros. Un retraité parisien de soixante-huit ans, désirant des garanties basiques sans être minimales, trouvera des garanties similaires, dont le tarif variera de 98 à 119 euros par mois, soit une économie possible de 18 %, correspondant à plus de 250 euros de pouvoir d'achat supplémentaire par an.

La résiliation à tout moment garantit aussi une protection aux consommateurs victimes du démarchage. Récemment, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et l'Autorité des marchés financiers ont mis en lumière l'ampleur de pratiques qui visent particulièrement les personnes âgées. Ces tendances se retrouvent d'ailleurs dans nombre de litiges traités par les associations spécialisées. Les consommateurs démarchés peuvent alors se retrouver avec une double couverture, autrement dit, des frais en double et la perte d'énormément d'argent tous les ans. Permettre de résilier l'un des deux contrats, c'est donner la possibilité de mettre fin à une anomalie.

À la lumière de ces différents éléments, je vous appelle à soutenir le texte. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Lassalle.

M. Jean Lassalle. La présente proposition de loi doit permettre la résiliation des complémentaires santé, sans frais et à tout moment, après un an de contrat. Pour information, je rappelle qu'en 2016, les montants versés au titre des cotisations en matière d'assurance santé s'élevaient à 35,9 milliards d'euros.

Cette possibilité de résilier les contrats avait été demandée par le Président Emmanuel Macron lors d'une réunion, au mois de décembre dernier, avec les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance. En pleine crise des gilets jaunes, il s'agissait de leur réclamer des gestes en faveur du pouvoir d'achat des Français.

Alors que cette mesure de simplification s'appliquait déjà aux souscripteurs d'assurances automobile et habitation depuis l'adoption du texte dit « loi Hamon » de 2014, les fédérations des complémentaires santé s'y étaient toujours opposées, y voyant une fausse bonne idée, néfaste aux assurés. Cela démontre la force des lobbies des organismes des complémentaires de santé et leur rejet de la concurrence, quand bien même certains d'entre eux sont des mutuelles. Cela peut nous amener à nous interroger sur le mutualisme, une grande idée à la française qui a illuminé le début du XX^e siècle mais dont la réalité actuelle soulève bien des questions.

La simplification proposée donnera plus de liberté aux assurés et leur permettra de bénéficier d'une concurrence renforcée en matière de couverture complémentaire santé. La mesure devra s'appliquer « aux contrats conclus ou tacitement reconduits à compter d'une date prévue par un décret en Conseil d'État, et au plus tard à compter du 1^{er} décembre 2020 ». L'exécutif prévoyait initialement de fixer ce délai au 1^{er} janvier 2020.

Nous le savons, les Français nous attendent sur la question du pouvoir d'achat. Ils nous attendent aujourd'hui, et pas demain ! Un siècle ou un millénaire, c'est bien, pensent-ils, mais ce qui se passe aujourd'hui, c'est aussi important. C'est la raison pour laquelle je voterai pour la proposition de loi.

Madame la présidente, je constate que je n'ai pas encore utilisé tout mon temps de parole, ce qui, je l'avoue, est exceptionnel. (*Sourires.*) J'en profite donc pour revenir un instant sur la question des mutuelles.

Notre pays, à l'origine de tant d'avancées sociales, a inventé l'esprit mutualiste, que personne n'avait songé à faire surgir jusqu'alors. Il faut à présent s'interroger sur les mutuelles et les coopératives au regard de la mission qu'elles s'étaient originellement assignées et du respect de l'engagement de tant et tant de bénévoles qui militèrent pour que vive cet esprit particulier.

En tout état de cause, madame la ministre, ce débat montre bien que, même si nous nous sommes si souvent affrontés sur d'autres sujets, ce que je regrette, la bonne volonté, qui ne fait peut-être pas le printemps, y contribue largement.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. La proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé fait l'objet d'un réel soutien de la part des Français. Dans une perspective de modernisation de notre système de santé, il semblait nécessaire de s'intéresser aux failles qui jalonnent le secteur des complémentaires santé.

On peut faire plusieurs constats.

Les démarches actuellement nécessaires pour résilier sa complémentaire santé sont d'une grande complexité et ne permettent pas aux citoyens de choisir librement leur contrat. Vingt jours : c'est le délai dont les assurés disposent pour prendre connaissance des nouveaux tarifs et effectuer les démarches pour changer de complémentaire. Selon l'IFOP, 75 % des Français considèrent d'ailleurs que les conditions actuelles de résiliation sont contraignantes.

Le marché actuel, basé sur 50 % de contrats collectifs et 50 % de contrats individuels, fait principalement de la marge sur les contrats individuels pour combler le manque des contrats collectifs.

Les frais de gestion des complémentaires ont augmenté de 2,50 euros par mois et par personne depuis six ans, alors que les délais de remboursement sont toujours aussi longs. De surcroît, depuis 2010, les frais de gestion ont augmenté beaucoup plus rapidement que les remboursements aux assurés.

Les hausses des prix des prestations mutuelles ont augmenté de 4 % en 2018 et de 20 % en dix ans, sans que cela ne soit expliqué de manière transparente.

De quoi est-il question exactement ? La proposition de loi a pour objectif clair de permettre à un assuré, après douze mois pleins de couverture par un organisme complémentaire, de résilier son contrat sans frais et sans être inquiété en raison de la période à laquelle il choisit d'effectuer ses démarches.

Les contrats collectifs pourront ainsi être renégociés par l'employeur et résiliés après douze mois.

Cependant, l'enjeu est plus important s'agissant des contrats individuels. Grâce à la proposition de loi, chaque citoyen couvert par un contrat individuel pourra prendre le temps de comparer les différentes prestations et prix proposés par les organismes complémentaires, puis choisir de poursuivre ou de résilier son propre contrat.

L'enjeu principal du texte est de rendre au citoyen son libre arbitre pour le choix de sa complémentaire santé, fondé sur le prix mais surtout sur la qualité des prestations fournies par les organismes. En effet, un citoyen satisfait de sa complémentaire santé n'aura aucun intérêt à changer d'organisme après un an.

L'IFOP chiffrait, la semaine dernière, à 94 %, le pourcentage de Français favorables à cette réforme.

Les organismes complémentaires couvrent aujourd'hui 97 % des Français et jouent un rôle majeur dans l'accès aux soins. Il n'est nullement question de modifier ce taux de couverture, ou de désorganiser ce secteur. Bien au contraire, il faut combler les failles constatées dans le système.

Nous sommes totalement persuadés que cette proposition de loi bénéficiera aux Français mais aussi aux organismes complémentaires. Permettre la résiliation après douze mois impliquera forcément une mise en concurrence sur ce marché. Outre que la concurrence aura un effet de baisse des prix, elle poussera surtout les organismes à moderniser leurs pratiques, en les obligeant à proposer des prestations plus en rapport avec les besoins des assurés, mais également à renforcer la lisibilité des contrats, s'inscrivant dans la continuité de l'accord de place signé le 14 février dernier entre Mme la ministre et les fédérations de complémentaires. La mise en concurrence poussera aussi les organismes à faire des économies, en particulier sur leur frais de gestion. Elle enclenchera une modernisation du système en vue d'une numérisation des droits des assurés.

L'argument de la possible « démutualisation » du risque est caduc au vu de l'état du droit. En effet, le cadre réglementaire actuel interdit la sélection médicale, et aucune sélection de population fragile n'est possible.

De plus, les mutuelles sont les organismes qui assurent majoritairement les personnes retraitées ou en situation fragile. En leur permettant de prendre part à la concurrence et de moderniser leurs prestations, nous leur offrons la possibilité de toucher un public plus jeune, moins soumis au risque, ce qui revient donc à mutualiser davantage le système.

Permettre une résiliation infra-annuelle n'entraînera pas une résiliation automatique après douze mois, mais cela constituera bien une garantie supplémentaire pour l'assuré qui pourra juger de la satisfaction de son contrat.

L'argument relatif aux comportements opportunistes ne tient pas puisqu'il est dans l'intérêt du citoyen d'être assuré, certes au meilleur prix, mais surtout aux meilleures conditions. Notons qu'il est déjà tout à fait possible de résilier son contrat au bout d'un an, à sa date anniversaire. Les comportements opportunistes n'ont donc pas vocation à s'accroître.

Enfin, permettre la résiliation infra-annuelle n'est qu'un juste droit de libre sortie rendu aux citoyens, lesquels se trouvent actuellement dans une situation de captivité face à des organismes dont le fonctionnement reste opaque et difficilement compréhensible. Cette proposition de loi est donc en faveur de plus de transparence.

L'accès aux soins est une chance, un bien fondamental auquel chacun d'entre nous est attaché. La santé n'est pas un bien comme les autres, nombreux sont ceux qui nous l'ont rappelé au cours de la préparation de cette proposition de loi. Nous sommes assurément de cet avis, et c'est avec cette affirmation en tête que nous tentons de faire évoluer un système encore trop éloigné des attentes de nos concitoyens. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

DISCUSSION DES ARTICLES

Mme la présidente. J'appelle maintenant, dans le texte de la commission, les articles de la proposition de loi.

Article 1^{er}

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chiche, premier orateur inscrit sur l'article 1^{er}.

M. Guillaume Chiche. Cet article vise à instituer la faculté de résiliation infra-annuelle d'un contrat de complémentaire santé souscrit auprès d'une société d'assurance.

Mes chers collègues, je veux souligner le fait que cette proposition de loi concerne indifféremment, sans distinction aucune tous les organismes proposant des complémentaires santé, qu'il s'agisse des bancassurances, des instituts de prévoyance ou des mutuelles. Pourtant, des différences existent bien entre ces catégories. Elles sont même majeures car leurs caractéristiques respectives ne répondent en aucun cas au même modèle économique ni au même objectif : si les bancassurances rémunèrent des actionnaires dans un but lucratif, les organismes mutualistes à but non lucratif organisent avec leurs excédents la mutualisation des risques des sociétaires, se plient bien évidemment aux exigences prudentielles liées aux risques, mènent des actions de prévention et bâtissent des établissements médico-sociaux. Je tenais à apporter cette clarification car

je crains que, dans ce débat, l'on ne mette sur le même niveau la santé et les biens de consommation, comme on a comparé précédemment la complémentaire santé avec une assurance automobile ou une assurance logement.

La dynamique mutualiste organise une solidarité entre ceux qui bénéficient de dépenses de soins supérieures à leur cotisation – souvent les personnes de plus de soixante-cinq ans – et ceux qui en bénéficient moins – généralement les jeunes, moins exposés aux risques. Or, si les jeunes pourront individualiser leurs risques en se tournant vers les complémentaires santé les moins chères et offrant les couvertures les moins étendues, généralement proposées par les bancassurances, nos aînés, eux, couverts pour 75 % d'entre eux par une mutuelle, ne le feront pas car ils tiennent à bénéficier d'une bonne couverture santé. La mesure prévue aura pour effet mécanique de priver nos aînés d'une péréquation de solidarité entre les assurés jeunes et les assurés seniors, ce qui se traduira automatiquement par une hausse de leurs cotisations.

Pour ces raisons non exhaustives, je soutiendrai un amendement de suppression de l'article 1^{er}. *(M. Pierre Dharréville applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Valéria Faure-Muntian.

Mme Valéria Faure-Muntian. Je me félicite de ce texte et je félicite la majorité de l'avoir inscrit à l'ordre du jour.

Cependant, je souhaitais soulever une petite question technique qui m'inquiète un peu, relative à la télétransmission. Je rappelle qu'un organisme qui veut l'utiliser pour un nouveau client ne peut le faire tant que l'ancien assureur ne s'est pas déconnecté. Je crains que la possibilité de résiliation infra-annuelle ne multiplie ce genre de difficultés, certes purement techniques mais susceptibles de porter préjudice aux adhérents des mutuelles, en allongeant la transmission des dossiers de santé. Je voudrais savoir, madame la ministre, s'il serait possible de régler le problème de télétransmission qui peut se poser lors du passage de l'ancienne mutuelle à la nouvelle, afin que tous les adhérents bénéficient d'une mutation rapide de leur dossier et ainsi d'un remboursement de leurs soins dans les plus brefs délais.

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Si j'entends les arguments éminemment positifs – en théorie – justifiant qu'un assuré puisse résilier sans frais et à tout moment son contrat de complémentaire santé après la première année de souscription, je souhaite partager avec vous, madame la ministre, mes chers collègues, mon inquiétude et proposer une piste de réflexion.

Je crois en effet que nous devons être vigilants vis-à-vis de celles et ceux de nos concitoyens qui, n'étant pas de véritables acteurs éclairés, pourraient devenir des victimes pour motifs socioéconomiques. Si la libéralisation du marché des complémentaires n'est pas problématique toute chose égale par ailleurs, elle risque de devenir un piège pour les plus modestes des Françaises et des Français en s'appliquant au détriment de leur santé.

Aussi, comme élue alsacienne, je me dois d'évoquer ici la spécificité du régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle car elle pourrait servir de piste de réflexion pour l'ensemble de notre territoire. Le régime local assure un complément sur les prestations en nature prises en charge par le régime général proche de 100 %. Contre un effort

financier faible des assurés, ce système offre de meilleures prestations, grâce à un coût de gestion des structures très faible. Dans ce modèle, il n'y a aucun risque de non-couverture des salariés, ce qui constitue bel et bien une garantie d'accès au système de soins pour tous les usagers. Sans toutefois laisser entendre qu'il faille étendre le système d'Alsace-Moselle à l'ensemble du territoire national, je crois que l'idée d'une libéralisation du marché, qui n'est pas à rejeter par principe, doit tout de même s'accompagner d'un minimum de contraintes pour les complémentaires, contraintes synonymes de droits garantis pour toutes et tous.

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques, n^{os} 1, 9, 16 et 28, tendant à supprimer l'article 1^{er}.

La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n^o 1.

M. Guillaume Chiche. Il tend en effet à supprimer l'article qui ouvre la possibilité de résiliation infra-annuelle des contrats souscrits avec des sociétés d'assurance en matière de complémentaire santé.

Je souhaite rappeler qu'actuellement, les assurés peuvent déjà changer de complémentaire, non pas une fois par an comme je l'ai entendu, mais deux fois en cas de retard dans l'appel de cotisations.

L'inconvénient de cet article, et plus globalement de la proposition de loi, est d'encourager les complémentaires santé, notamment celles proposées par le secteur de la bancassurance, à une remise en cause du principe de non-sélection des risques en sélectionnant les assurés qui en présentent un bon, à savoir un risque peu onéreux, pour proposer des tarifs différentiels en fonction de l'état de santé de chacun. On prend ainsi le risque sinon d'introduire, en tout cas d'accroître une discrimination liée à l'état de santé supposé des personnes, en l'occurrence des assurés. Cela contrevient à l'essence même du modèle prudentiel français, qui s'abandonnerait alors au « laisser faire, laisser passer » de l'économie de marché. Alors même que je partage l'objectif initial du texte, celui de redonner du pouvoir d'achat aux assurés et plus globalement aux Françaises et aux Français, cette disposition est manifestement une fausse bonne idée qui aura un impact négatif direct sur les assurés les plus fragiles, en se traduisant par une augmentation de leurs tarifs de complémentaire.

Mme la présidente. La parole est à M. Boris Vallaud, pour soutenir l'amendement n^o 9.

M. Boris Vallaud. Je ferai court pour ne pas être redondant avec ce que vient d'expliquer Guillaume Chiche.

Nous ne partageons pas la philosophie de cette proposition de loi, sachant que ce collègue de votre majorité doute, lui aussi, du bien-fondé de cette réforme et craint une sélection par le marché selon les bons et les mauvais risques, qui fera des victimes toujours parmi les mêmes. Notre groupe ne peut souscrire à une telle proposition de loi. D'où notre amendement de suppression.

Mme la présidente. La parole est à M. Matthieu Orphelin, pour soutenir l'amendement n^o 16.

M. Matthieu Orphelin. La santé n'est pas un bien comme les autres ; c'est un bien d'exception pour chacune et chacun de nos concitoyens, ce qui justifie un encadrement plus important de la concurrence du secteur afin de garantir une couverture des risques pour tous.

Le principe de mutualisation des risques, sur lequel les mutuelles de santé sont construites, assure une solidarité, notamment intergénérationnelle. Accroître la concurrence entre les acteurs du secteur favoriserait l'individualisation des risques.

Les éventuels gains de pouvoir d'achat mis en avant pour justifier cette proposition de loi me paraissent de court terme, car la concurrence accrue pourrait favoriser des offres promotionnelles pour les populations les plus simples à couvrir, ce qui aurait un effet néfaste sur les autres.

De plus, il est utile de rappeler que les services non marchands d'intérêt général rendus par les mutuelles – 7 300 actions de prévention et d'éducation à la santé déployées chaque année sur l'ensemble du territoire national – seront mis en cause par un accroissement de la concurrence entre les acteurs.

Je n'ai pas envie qu'en France, un jour, Amazon devienne le leader des complémentaires santé ; je crois plus dans le modèle mutualiste que dans le modèle de la concurrence débridée. C'est le sens de cet amendement de suppression. *(MM. Guillaume Chiche, Pierre Dharréville et Boris Vallaud applaudissent.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 28.

M. Pierre Dharréville. L'argument invoqué pour le dépôt de cette proposition de loi, celui du pouvoir d'achat, ne résiste pas longtemps à l'analyse.

M. Jean-Paul Dufregne. C'est du pipeau !

M. Pierre Dharréville. Premièrement, si vous vouliez réellement agir sur le coût des cotisations – le stabiliser ou au moins modérer son augmentation –, vous pourriez, par exemple, renoncer aux diverses taxes qu'elle a ajoutées dans les PLFSS, comme le réclament d'ailleurs certains mutualistes. Vous avez rappelé, lors de la présentation du texte, madame la ministre, qu'il y a une analyse fine à faire de l'augmentation des coûts des complémentaires. S'ils augmentent plus vite que l'ONDAM, c'est aussi parce que celui-ci est artificiellement comprimé et que, d'année en année, il n'évolue pas au même niveau que l'accroissement des dépenses de santé – je rappelle que ces dernières se sont accrues de 4,5 % alors que l'ONDAM ne progresse que de 2,5 %, soit un trou de 2 points.

Deuxièmement, si les frais couverts par la sécurité sociale augmentent, ce n'est parce que les complémentaires ne feraient pas leur travail – vous n'avez d'ailleurs pas dit cela –, mais c'est en raison, entre autres, du plus grand nombre d'ALD, dû notamment au vieillissement de la population.

On pourrait analyser ces coûts de manière plus précise, mais je ne crois absolument pas que l'outil proposé permettra de répondre aux enjeux que nous pourrions éventuellement reconnaître ensemble.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Da Silva, rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur ces amendements de suppression.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. J'aimerais tout d'abord revenir sur le reproche qui nous a été fait, notamment par notre collègue Boris Vallaud, sur l'absence d'étude d'impact. Et pourtant elle existe : c'est celle du projet de loi Hamon, laquelle, ne vous en déplaise, traitait de l'assurance santé

complémentaire. Je vous en lis un premier passage : « Ce contexte juridique n'est pas étranger aux faibles taux de résiliation rencontrés dans les secteurs de l'assurance automobile (16 %), de l'assurance multirisque habitation (12 %) ou encore de l'assurance santé individuelle (17 %). » Un peu plus loin, l'étude évoque le « caractère contraint (ou perçu comme tel) des principaux contrats d'assurance (automobile, multirisque habitation ou complémentaire santé) ». Vous avez bien entendu : c'est écrit dans l'étude d'impact de votre majorité d'alors pour la future loi Hamon. Il y est en outre précisé : « La mesure devrait permettre un gain de pouvoir d'achat pour le consommateur, qui ne sera plus contraint par les délais pour comparer les contrats d'assurance et pourra donc s'orienter vers le contrat le moins cher à garanties égales, à tout moment, moyennant un préavis d'un mois, à compter du treizième mois d'exécution du contrat. » Ce paragraphe renvoie à une note en bas de page qui précise : « La prime moyenne actuelle pour une assurance automobile est d'environ 500 euros, celle d'une assurance multirisque habitation et d'une complémentaire santé sont respectivement de 200 et 700 euros. » Cette étude existe ; il suffit de la lire – ou de la relire.

Ensuite, j'ai noté ce qu'a dit mon collègue Guillaume Chiche sur la sélection par les bons risques, mais je suis navré de devoir rappeler qu'aujourd'hui, les mauvais risques rapportent et sont bien plus profitables que les bons risques, et que les contrats collectifs sont globalement déficitaires, alors que les contrats individuels, notamment ceux détenus par les 75 % de retraités adhérents d'une mutuelle, sont excédentaires. Plus précisément, pour les mutuelles, c'est respectivement moins 5 milliards sur les contrats collectifs et plus 2,2 milliards sur les contrats individuels. S'il y a un problème de « démutualisation », que les mutuelles commencent déjà à mutualiser correctement leurs propres clients.

Et puis, s'agissant des taxes, je rappelle tout de même à notre collègue Dharréville que la TSA – la taxe de solidarité additionnelle sur les complémentaires – finance la CMU – la couverture maladie universelle –, et qu'elle est donc très utile.

M. Pierre Dharréville. Donc selon vous, ce sont les mutuelles qui financent la CMU-C et l'ASE ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Elles financent en tout cas des missions d'intérêt général de la CNAM.

Cessez de faire croire qu'il y aurait, d'un côté, les gentilles mutuelles et, de l'autre, les méchants assureurs : ce n'est pas vrai ! Il s'agit d'un marché concurrentiel, qui doit être accepté comme tel.

De surcroît, comme je l'ai déjà dit, cela reste une complémentaire facultative. Pour de nombreux assurés, avoir la possibilité et le choix d'adhérer à la complémentaire qui leur convient est important, sinon, cela s'appelle l'assurance-maladie obligatoire, mais tel n'est pas l'objet de ce texte. J'émet donc un avis défavorable à ces amendements de suppression.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les arguments de M. le rapporteur sont excellents : c'est pourquoi je me contenterai d'apporter un complément sur le risque de démutualisation.

Je ne vois pas en quoi la capacité de résilier un contrat deux ou trois mois plus tôt que la date habituelle favoriserait une démutualisation, alors qu'il demeure interdit à une assurance de récupérer des données de santé, car cela pourrait conduire à choisir entre bons et mauvais risques. À partir du moment où les règles restent inchangées et qu'il est seulement question de modifier le délai de résiliation, l'argument de la démutualisation n'est pas recevable.

J'ai également entendu la demande de Mme Faure-Muntian, ainsi que la question portant sur le tiers payant. S'agissant de celui-ci, l'accès des droits en ligne nécessite en effet l'accessibilité des informations dématérialisées. C'est pourquoi nous avons choisi que la loi entre en vigueur tardivement, en décembre 2020, car ce délai sera nécessaire pour développer ces outils et les rendre partout accessibles. Nous soutiendrons d'ailleurs un amendement de La République en marche visant à développer les services d'interrogation des droits en ligne avant l'entrée en vigueur de ce texte.

Nous avons donc entièrement pris en compte la question de l'opérationnalité de la mesure : c'est une condition majeure pour qu'elle constitue un vrai progrès pour les citoyens. Que le tiers payant soit appliqué de manière simple par tous les professionnels concernés est un objectif qui fait partie intégrante de cette proposition de loi.

J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chiche.

M. Guillaume Chiche. Monsieur le rapporteur, à votre remarque sur les contrats collectifs qui seraient déficitaires alors que les contrats individuels seraient excédentaires, j'ai envie de répondre : oui, tout à fait ! Il s'agit du modèle économique sur lequel reposent tant les mutuelles que les assureurs et qui consiste, à des fins de solidarité, à réaliser une péréquation entre les gammes qui offrent des excédents et celles qui n'en présentent pas. C'est pourquoi parler, comme vous le faites, des mauvais risques qui représenteraient beaucoup d'argent est inexact, car la péréquation permet de couvrir les risques et les besoins de soins des autres assurés.

Madame la ministre, concernant le risque de démutualisation, l'objet de cette proposition de loi est justement d'ouvrir le secteur des complémentaires à la concurrence et de permettre aux assurés de pouvoir en changer : tel est ce qui est écrit noir sur blanc dans l'exposé des motifs, et tel est le but d'une résiliation infra-annuelle.

Comme les assureurs et les instituts de prévoyance, les mutuelles sont des acteurs économiques sur un marché concurrentiel. De fait, organiser le nomadisme des assurés présente un intérêt économique, parce qu'il s'agit, sur ce marché concurrentiel, de capter autant d'assurés que possible.

Cela se traduira par des démarchages publicitaires : tous, dans cet hémicycle, nous l'avons vécu avec les opérateurs téléphoniques qui appellent l'abonné et lui proposent de résilier son contrat à sa place – je crois d'ailleurs que c'est ce que prévoit le texte. Or ces démarchages représentent un coût de gestion que les acteurs économiques prévoient, provisionnent et répercutent sur le tarif des gammes complémentaires proposées aux Français.

L'objectif que poursuit ce texte est ainsi d'introduire plus de concurrence et de permettre beaucoup plus de mobilité, d'où un risque de démutualisation.

Les retraités et les personnes de plus de soixante-cinq ans, dont les risques sanitaires sont les plus élevés, ne vont pas changer de complémentaire santé tous les six mois, d'abord parce qu'ils manquent de capacité technique et de connaissances, mais aussi parce qu'ils ne vont pas se mettre en quête de la complémentaire la moins-disante. En particulier, ils ne rechercheront pas des produits assurantiels que propose déjà la bancassurance comme des complémentaires à dix euros par mois que complètent des offres de surcomplémentaire, en fait des surtaxes permettant, par exemple, de disposer d'une chambre individuelle à l'hôpital quand on est malade.

Ce sont les retraités et les plus de soixante-cinq ans, qui ont un besoin en couverture de santé, qui pâtiront de cette démutualisation. Les personnes exposées à un risque moindre pourront, pour leur part, choisir des produits nettement moins chers et être beaucoup moins couverts.

Je maintiens donc mon amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. Si elle traduit la volonté de permettre la concurrence dans ce secteur, cette proposition de loi a évidemment pour objectif principal de redonner à tous les Français de la liberté à l'égard de contrats rédigés de façon à les rendre, d'une certaine façon, captifs.

Aujourd'hui, on mise sur le fait que l'assuré ne pourra pas résilier son contrat à temps et le conservera une année complète de plus, ce qui permet de lisser les frais le concernant sur plusieurs années. C'est inadmissible, et c'est pourquoi cette proposition de loi a lieu d'être.

Concernant la démutualisation, j'ai souligné, lors de la discussion générale, que les personnes âgées et les personnes fragiles constituent à l'heure actuelle le plus grand portefeuille des mutuelles. On a dit qu'elles allaient pâtir de ce texte, alors que les mutuelles réalisent des bénéfices grâce à elles ! Je ne vois pas en quoi consisterait le risque pour les mutuelles.

Enfin, on a parlé de surcomplémentaires et d'ajout de garanties. Or nombre de personnes fragiles ou âgées sont victimes de démarchage téléphonique et se trouvent pieds et poings liés avec des complémentaires et des surcomplémentaires. Cette proposition de loi vise à ce qu'elles gagnent en liberté. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

M. Pierre Cordier. Il faut, en fait, limiter le démarchage téléphonique !

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif : leur fonction n'est pas de faire des bénéfices et elles réinvestissent l'argent des cotisations dans le remboursement des soins, dans la prévention et dans des œuvres sociales. À ce sujet, je note, madame la ministre, que vous n'avez pas répondu sur la question du financement d'activités essentielles dans notre pays et dans nos territoires.

Vous nous dites que certains assurés sont captifs : outre qu'il est déjà possible de résilier tous les ans, il faudrait débattre du sens de cette captivité et s'assurer que, loin d'être de simples consommateurs, ils sont véritablement engagés, ainsi que je l'ai expliqué tout à l'heure à la tribune. Par ailleurs, ce n'est pas à la concurrence de faire la police : pour les rendre moins captifs, il faudrait réguler, et

vous faites l'inverse, vous dérégulez ! La voie que vous empruntez n'offre aucune solution aux problèmes que vous avez vous-mêmes soulevés.

Ma dernière remarque concerne le fait que les bancassurances, parce qu'elles ont des activités multiples, disposent de données leur permettant de sélectionner les clients potentiellement intéressants pour développer un produit ou une offre. Des acteurs déploieront des offres agressives en direction d'assurés potentiels déclarés solvables.

Nous avons évoqué le problème du démarchage téléphonique : à la faveur de ce texte, il risque de se développer encore davantage, y compris à l'égard de publics fragiles. Je pense donc que nous roulons à contresens.

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Pietraszewski.

M. Laurent Pietraszewski. Je souhaite compléter les propos de M. le rapporteur et de notre collègue Julien Borowczyk. Si, comme je le souhaite, ce texte est adopté, il faudra inviter les mutuelles à remettre en cause le montant de leurs frais de gestion et d'acquisition client.

Je partage l'opinion de notre collègue Pierre Dharréville sur le monde mutualiste et sur le fait que ces entreprises réinvestissent leurs bénéfices dans le bien-être de leurs clients et la prestation qu'elles leur offrent. Il serait bon qu'elles s'interrogent sur le montant de leurs frais d'acquisition client et sur les frais de publicité qu'ils engendrent, qui s'élèvent à plus de 2 milliards d'euros par an. Le faire relèverait d'une bonne gestion, de la part de personnes qui se réclament du monde mutualiste. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.)*

(Les amendements identiques n^{os} 1, 9, 16 et 28 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Da Silva, pour soutenir l'amendement n^o 95.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Il vise à simplifier et à moderniser les modalités de notification d'une résiliation de contrat d'assurance par l'assuré en mettant en place quatre principes simples.

Le premier est que ces modalités sont, au choix de l'assuré, l'envoi d'une lettre, d'un message sur support durable – qui peut être un courriel ou un formulaire en ligne – ou une déclaration auprès de l'assureur ou de son représentant faite au siège. Le deuxième, que le destinataire confirme réception de la notification par écrit, par le moyen de son choix. Le troisième, que le contrat prévoit des moyens de notification alternatifs s'ajoutant à ces modalités légales. Enfin, le quatrième principe consiste en ce que, lorsque l'assureur propose la conclusion du contrat par un moyen de communication à distance, la résiliation de ce contrat doit pouvoir être notifiée par l'assuré par le même mode de communication.

Ainsi, lorsqu'il est possible de conclure une police d'assurance par message électronique ou au moyen du site internet d'un assureur ou d'un courtier, l'assuré doit avoir la possibilité de recourir au même mode de communication, par message ou formulaire en ligne, pour résilier le contrat dans les conditions de délai prévues par la loi ou la police.

(L'amendement n^o 95, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 20 rectifié et 49.

La parole est à M. Pierre Cordier, pour soutenir l'amendement n^o 20 rectifié.

M. Pierre Cordier. Il vise à ajouter dans le code des assurances un alinéa excluant du champ d'application du droit de résiliation infra-annuelle les contrats souscrits auprès d'un ou de plusieurs organismes recommandés dans les conditions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

L'amendement entend également intégrer directement dans le corps de la loi la typologie de contrats visés. En effet, le renvoi à un futur décret ouvrirait la possibilité au pouvoir réglementaire de viser, soit dans le décret à venir, soit dans un décret ultérieur, d'autres catégories de contrat comme la prévoyance lourde, alors que tel n'est pas l'objet du présent texte.

Pour que ne soient pas dénaturées les ambitions affichées par ce texte, il convient donc de viser spécifiquement le remboursement des frais de santé.

La notion d'assurance de personnes employée dans la proposition de loi est trop large et doit donc être évitée : elle concerne en effet d'autres typologies de contrats d'assurance que les seuls contrats destinés au remboursement de frais de santé.

Mme la présidente. L'amendement identique, n^o 49, de Mme Corinne Vignon est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Je vais commencer par remercier les représentants de la branche professionnelle de la propriété, que je connais bien, pour avoir transmis leurs amendements aux députés siégeant sur tous les bancs de cet hémicycle. (*Sourires sur les bancs du groupe LaREM.*)

Le 13 juin 2013, le Conseil constitutionnel a censuré, au nom de la liberté d'entreprendre et de la liberté contractuelle, les clauses de désignation par accord de branche d'un organisme complémentaire unique. En conséquence, les branches professionnelles ne peuvent aujourd'hui que recommander un ou plusieurs organismes complémentaires.

En traitant différemment les possibilités de résiliation des contrats, sous prétexte qu'ils ont fait l'objet d'une recommandation de la part de la branche concernée, on introduirait une inégalité de traitement et une limitation de la libre concurrence sans rapport avec l'objet poursuivi.

La proposition de loi serait alors susceptible d'être invalidée par le Conseil constitutionnel. L'avis de la commission est donc défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(*Les amendements identiques n^{os} 20 rectifié et 49 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n^o 91.

Mme Agnès Buzyn, ministre. La loi Hamon du 17 mars 2014 prévoit notamment pour les contrats d'assurance automobile et habitation que le droit de résiliation à tout moment d'un contrat prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'assuré.

La commission propose d'allonger ce délai jusqu'à la fin du mois suivant – soit potentiellement à deux mois – pour tous les contrats d'assurance, et pas seulement pour ceux conclus en matière de santé.

La mesure adoptée en commission modifie donc les dispositions de cette même loi Hamon pour les contrats entrant dans son champ d'application, c'est-à-dire aussi les contrats d'assurance hors santé, pour imposer un délai de prise d'effet plus tardif, et par conséquent moins favorable aux assurés. Or le dispositif de résiliation prévu par cette même loi fonctionne bien : il n'y a donc pas lieu d'en allonger le délai. Une telle mesure serait en effet défavorable aux assurés concernés par la résiliation d'un contrat d'assurance automobile ou d'un contrat d'assurance emprunteur.

Il vous est donc proposé, pour toutes ces raisons, de revenir à la date d'effet qui figurait initialement dans la proposition, à savoir un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'assuré.

M. Régis Juanico. Très bien.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Il est vrai qu'à mon initiative, la commission des affaires sociales a allongé les délais d'effet de la résiliation pour le porter à la fin du mois suivant la notification de celle-ci. Il s'agissait notamment de faciliter les opérations de prélèvement des cotisations dues, notamment sur le bulletin de paye ou sur le compte bancaire, au moment de la résiliation.

Une telle disposition allongerait en effet le délai en vigueur pour les assurances automobile et habitation. Nous avons cherché une solution qui soit à la fois simple et compréhensible et il m'apparaît que faire coexister plusieurs régimes de résiliation, et donc plusieurs délais, apporterait plus de confusion et de difficultés, qu'un délai adapté au seul cas des complémentaires santé. Aussi soutiens-je l'amendement : il vaut mieux en rester au délai existant d'un mois.

La commission n'ayant pas examiné l'amendement du Gouvernement, j'émet sur celui-ci un avis favorable à titre personnel.

M. Régis Juanico. Une reddition en rase campagne, une !
(*L'amendement n^o 91 est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n^o 77 de M. Dominique Da Silva est rédactionnel.

(*L'amendement n^o 77, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n^o 78 de M. Dominique Da Silva est un amendement de précision rédactionnelle.

(*L'amendement n^o 78, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n^{os} 60, 84 et 85.

La parole est à M. Olivier Becht, pour soutenir l'amendement n° 60.

M. Olivier Becht. Il propose d'exclure du champ d'application des dispositions de la proposition de loi les contrats collectifs et obligatoires de branche, et cela pour deux raisons.

La première, que vous venez de donner, monsieur le rapporteur, est que les contrats collectifs sont, contrairement aux contrats individuels, déficitaires.

Or aviver la concurrence, et donc introduire une pression à la baisse des frais et donc des marges des contrats collectifs, reviendrait à prendre le risque de les fragiliser encore davantage et donc de mettre leur existence en danger.

La deuxième raison tient à la nature même de ces contrats d'entreprise. En effet, les entreprises observent des procédures particulières et des délais d'information de leurs salariés en cas de modification de ce type de contrats, qui sont difficilement conciliables avec le délai d'un mois.

Ces raisons militent, comme d'ailleurs les garanties qui étaient déjà prévues dans la loi de 2013 s'agissant de ces mêmes contrats, en faveur de l'exclusion des contrats collectifs et obligatoires de branche de ces dispositions.

Mme la présidente. L'amendement n° 84 de M. Pierre Cordier est défendu.

L'amendement n° 85 de Mme Corinne Vignon est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements identiques ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Comme il s'agit du même sujet que celui qui a été traité tout à l'heure, il est défavorable.

On ne peut pas à la fois être pour une plus grande mutualisation et se placer à l'écart de celle-ci.

M. Olivier Becht. C'est pourtant ce qu'il faudrait faire.

(Les amendements identiques n° 60, 84 et 85, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Mansour Kamardine, pour soutenir l'amendement n° 56.

M. Mansour Kamardine. On nous a toujours enseigné, sur les bancs de la faculté, que les inégalités, comme les discriminations, n'étaient pas de bons compagnons de route de la République.

Les Mahorais, comme nous tous ici, aspirent au même droit d'accès à la santé. C'est pourquoi je vous demande, madame la ministre, d'expliquer les yeux dans les yeux à la représentation nationale pourquoi vous refusez l'accès à la santé pour tous aux Mahorais. Pourquoi les considérez-vous comme des Français entièrement à part ?

Pourquoi dis-je cela ? Parce que je me suis permis de vous demander, le 27 juillet 2018, quand Mayotte bénéficierait de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C.

Pour expliquer ce retard, vous invoquiez dans votre réponse des difficultés liées à l'état-civil, alors qu'elles sont réglées depuis 2008, et, s'agissant du déploiement de la carte

Vitale – alors qu'au 30 décembre 2015, plus de 20 000 cartes Vitale ont été distribuées à Mayotte –, celles liées à la certification des numéros de sécurité sociale.

Je me suis également rendu compte que le président Hollande avait déclaré, au nom du gouvernement de l'époque et de l'État – propos qui l'engagent au nom de la continuité de celui-ci : « J'ai demandé que les droits à la santé puissent être reconnus ici à Mayotte, que la carte Vitale puisse être lancée ici aussi, pour que chacune, chacun, puisse accéder aux soins de la même manière que partout en France. Il y aura un moment où il faudra aussi que la couverture maladie universelle puisse être étendue à Mayotte. »

Pourquoi donc un tel retard ? Pouvez-vous nous dire, les yeux dans les yeux et devant tous les Français, pourquoi vous considérez les Mahorais comme des Français entièrement à part ? Ils aspirent aussi à l'accès à la santé.

M. Pierre Cordier. Comme les autres. Très bien.

M. Mansour Kamardine. Nous souhaitons que la CMU-C puisse être étendue également à Mayotte, parce c'est un droit. Quand on se trouve en situation irrégulière en métropole, on a le droit d'accéder à la santé, mais quand on est cotisant social à Mayotte, on n'y a pas droit. Comment peut-on accepter de telles inégalités ? Tel est le sens de notre question : nous souhaitons évidemment, sous le regard de la représentation nationale, obtenir une réponse précise. *(Applaudissement sur les bancs du groupe LR.)*

M. Pierre Cordier. Très bien, cher collègue.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Cher collègue, dans le cadre de son plan d'action pour l'avenir de Mayotte, le Premier ministre a annoncé le 18 avril 2018 que les affiliés sociaux y seront exonérés de ticket modérateur, c'est-à-dire de reste à charge, un mécanisme préfigurant l'instauration de la CMU-C.

En outre, il n'y a pas de lien entre, d'une part, le rapprochement progressif de la législation sociale applicable à Mayotte de celle applicable en métropole et, d'autre part, la possibilité de résilier plus facilement un contrat d'assurance complémentaire en matière de santé, sachant que l'ensemble du droit des assurances, y compris les lois Chatel et Hamon, est déjà applicable à Mayotte. L'avis de la commission est donc défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je voudrais tout d'abord rassurer nos concitoyens mahorais : il est évident qu'ils pourraient tirer bénéfice de cette disposition de la proposition de loi, parce qu'ils pourraient, grâce à elle, bénéficier de contrats de complémentaire santé adaptés à leurs besoins à de meilleures conditions tarifaires. Elle constitue donc un véritable avantage, dont ils bénéficieraient comme tous les autres citoyens français.

Vous posez par ailleurs la question de la CMU-C à Mayotte : il s'agit d'un autre débat. Aujourd'hui, vous savez que nous avons besoin d'un certain nombre de prérequis pour la développer sur place : il faut auparavant déployer la carte Vitale et fiabiliser l'état-civil ainsi que le contrôle des ressources. Se posera de même la question de l'application sur l'île de la taxe de solidarité additionnelle qui finance la CMU-C.

Si nous y travaillons aujourd'hui, nous avons, en attendant d'être capables d'instaurer la CMU-C sur l'île, instauré la gratuité des soins en ville comme à l'hôpital pour les assurés aux ressources modestes : elle s'appliquera dès le 1^{er} mai 2019. Cette disposition a été adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Par conséquent, nos concitoyens mahorais à faibles ressources n'ont déjà plus de reste à charge pour leurs soins hospitaliers comme pour leurs soins de ville.

Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement. (MM. Borowczyk et Pietraszewski applaudissent.)

Mme la présidente. La parole est à M. Mansour Kamardine.

M. Mansour Kamardine. Madame la ministre, je dois vous avouer que nous ne nous comprenons pas, parce que l'objectif de cette proposition de loi, en tout cas celui de la réforme engagée au travers de la loi de financement de la sécurité sociale à laquelle vous avez fait allusion, est de parvenir à terme à ce que chaque assuré social paye en moyenne, au titre de la CMU-C, à peu près 1 euro par mois.

Vous nous parlez ici de la prise en charge du reliquat manquant, tout en renvoyant en même temps les patients mahorais, notamment les assurés sociaux, vers le secteur privé ou libéral qui n'est pas développé à Mayotte.

Il y a donc véritablement un problème et la solution n'est pas de nous répondre : nous avons rendu le dispositif d'accès à la santé gratuit pour tous.

Il est déjà difficile d'avoir accès à un médecin et quand c'est le cas, cela coûte plus cher aux assurés sociaux mahorais – même sous condition de ressources – qui payent déjà qu'à leurs homologues métropolitains. Il est clair, donc, que la solution préconisée consiste toujours à traiter entièrement à part les assurés sociaux mahorais, ce que, de nouveau, nous ne pouvons pas accepter.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je veux tout de même rappeler que les Mahorais, quelles que soient leurs ressources, accèdent aujourd'hui à des soins hospitaliers sans aucun reste à charge, ce qui signifie qu'ils ne payent pas l'hôpital : c'est tout de même un effort important.

Je vous rappelle également que le centre hospitalier de Mayotte n'est aujourd'hui pas facturé à la tarification à l'activité, la T2A : il bénéficie d'une dotation globale. Tout est donc mis en œuvre pour que les Mahorais aient le reste à charge le moins élevé possible et bénéficient d'un accès aux soins facilité, malgré les difficultés en matière de ressources et de soins.

(L'amendement n° 56 n'est pas adopté.)

(L'article 1^{er}, amendé, est adopté.)

Article 2

Mme la présidente. Nous en venons aux orateurs inscrits à l'article 2. La parole est à M. Guillaume Chiche.

M. Guillaume Chiche. Je veux très rapidement rappeler que l'augmentation des cotisations est liée à celle des prestations. Si les dépenses en matière de complémentaires santé augmentent, bien évidemment, les cotisations augmentent égale-

ment. À titre d'exemple, l'augmentation tarifaire de 2,5 % de ces mêmes complémentaires a suivi l'augmentation de 2,5 % de l'ONDAM.

Si, en dix ans, les tarifs des assurances complémentaires ont augmenté de 38 %, ce qui est très important, les frais de santé ont, dans le même temps, connu une augmentation supérieure, puisqu'ils ont augmenté de 40 %.

Je vous rappelle que nous avons voté lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale l'augmentation de la taxe de solidarité additionnelle. Or cette taxe pèse sur les complémentaires santé. D'ailleurs, notre rapporteur général de la commission des affaires sociales, Olivier Véran, n'a pas manqué de souligner, au moment de l'examen du PLFSS, que cette augmentation risquait de peser avant tout sur les assurés : la hausse de cette taxe, en déstabilisant les mutuelles, aurait des conséquences désastreuses sur l'accès aux soins comme aux complémentaires.

C'est pourquoi je vous alerte à mon tour sur les effets de cette proposition de loi.

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. J'évoquerai ici les institutions de prévoyance, qui sont, je le rappelle, des organismes à but non lucratif et à gestion paritaire. Il est impératif de prendre en compte la spécificité des contrats collectifs, fruits du dialogue social organisé aussi bien en amont qu'en aval de leur conclusion. Ces contrats font émerger des solutions efficaces et justes, notamment en termes de prix, car ils permettent de confronter les attentes et les besoins des employeurs et ceux des salariés.

Rappelons aussi que les contrats collectifs organisent une mutualisation au niveau de la branche ou de l'entreprise. Fondés sur la solidarité intergénérationnelle entre les adhérents, ils sont incompatibles avec toute mesure qui encouragerait l'individualisation des risques. L'instauration d'un droit de résiliation à tout moment bouleversera cet écosystème en fragilisant les contrats collectifs.

En vertu des obligations réglementaires afférentes à la directive Solvabilité II, le droit à une résiliation infra-annuelle imposera nécessairement aux institutions de prévoyance des provisionnements plus élevés encore, qui fragiliseront bien entendu l'équilibre des contrats.

Enfin, nous ne pouvons oublier le rôle des institutions de prévoyance dans la prévention, au cœur de notre politique de santé publique, mais aussi dans les activités sociales. Nous sommes assurément confrontés à une urgence économique et sociale, mais je ne suis pas sûre que cette proposition de loi soit la meilleure réponse à y apporter. (MM. Pierre Dharréville et Guillaume Chiche applaudissent.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Je suis défavorable à cet article, comme à tous les autres, car il ne répond visiblement pas aux objectifs affichés par le rapporteur, à savoir libérer du pouvoir d'achat pour les Français les plus fragiles.

Nous touchons à un sujet de santé, de solidarité, de droit social et de droit à la santé. Or cela n'apparaît dans aucun des articles qui nous sont soumis. Je le regrette. Assurer un meilleur accès aux soins en les rendant moins coûteux – car mieux couverts – est pourtant essentiel, et cela n'apparaît nulle part dans le texte. Je le regrette aussi, d'autant que nous avons voté ici, dans le cadre du projet de loi de finan-

cement de la sécurité sociale, de belles choses en faveur de la santé pour tous : je pense à la CMU-C contributive, qui remplace l'ACS – aide pour une complémentaire santé – ou au « 100 % santé ». Ces mesures devaient enfin permettre une diminution du reste à charge pour le plus grand nombre.

Je crains que cette proposition de loi ne favorise les bien-portants, selon une logique d'individualisation du risque, au détriment des personnes fragiles, qui ne seront pas en position de force pour négocier une complémentaire santé efficiente et à bon coût. Qu'est-ce qui nous garantit que les choses n'iront pas dans le sens que je viens de dire ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR. – M. Guillaume Chiche applaudit aussi.*)

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements à l'article.

Je suis saisie de trois amendements identiques de suppression, n^{os} 2, 10 et 29.

La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n^o 2.

M. Guillaume Chiche. Cet amendement tend à supprimer l'article 2, qui autorise une résiliation infra-annuelle pour les contrats souscrits avec des institutions de prévoyance. Comme j'ai pu l'expliquer précédemment, cet article remettra en question le principe même de la mutualisation du risque entre les assurés et grèvera leur pouvoir d'achat.

Mais, au-delà de cet aspect, il posera concrètement un problème d'opérationnalité. Dans une pharmacie, un assuré présente sa carte Vitale, mais aussi sa carte de mutuelle, auquel cas il n'a plus à la présenter pendant un an. En cas de changement de complémentaire santé, s'il ne présente pas sa nouvelle carte, cela générera des indus, notamment dans la mise en œuvre du tiers payant.

Face à la complexité induite, les pharmaciens, les professionnels de santé, pourront refuser d'appliquer le tiers payant. En outre, le temps que son changement de mutuelle soit pris en compte, notamment par la télétransmission, l'assuré en sera réduit, pour être remboursé, à remplir des feuilles de soins sous format papier. Or, vous le savez comme moi, le délai de remboursement, avec une transmission sous format papier, peut atteindre deux, trois, voire quatre mois. Certains ménages ne peuvent se permettre une telle sortie de trésorerie.

Aussi paraît-il hasardeux d'arguer d'un gain de pouvoir d'achat : concrètement, on risque de plonger certains de nos concitoyens dans une précarité plus grande encore. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Régis Juanico, pour soutenir l'amendement n^o 10.

M. Régis Juanico. Le présent texte part d'un présupposé que notre groupe conteste : la concurrence serait bonne en soi. Selon votre exposé des motifs, « cette mesure de simplification permettra aux assurés de bénéficier d'une concurrence accentuée en matière de couverture complémentaire santé [...]. L'amélioration de la concurrence s'effectue en premier lieu au bénéfice du pouvoir d'achat des assurés ». La possibilité de résilier à n'importe quel moment son contrat de complémentaire santé engendrerait donc une baisse des tarifs.

Pourtant, en matière de santé, cette concurrence risque surtout de mettre de côté les plus fragiles et de mettre à mal notre système de solidarité intergénérationnelle. Je rappelle que tous les acteurs, et j'entends par là non seulement le secteur mutualiste mais aussi les organisations syndicales et les associations de patients, rejettent ces mesures et l'ont fait clairement savoir. Même France Assos Santé a fait part de ses inquiétudes à leur égard en rappelant qu'elles pourraient conduire à des ruptures de prise en charge.

Pour justifier votre choix, vous vous appuyez sur ce qui a été fait dans le cadre de la loi relative à la consommation de 2014, dite loi Hamon, en matière d'assurance habitation et automobile. Mais cette loi, que nous avons votée ici même, avait trait à la consommation. La santé, elle, ne se consomme pas. Vous réduisez la complémentaire santé à un bien de consommation courante, avec pour seule logique le bilan coûts / avantages pour soi-même, sans aucune réflexion sur la logique de solidarité qui prévaut aujourd'hui. Avec vos mesures, il y aura demain le bon risque, essentiellement pour les catégories les plus favorisées auxquelles profitera votre texte, et le mauvais risque, qui ne sera que peu couvert.

Ces mesures répondent à une logique libérale qui assimile la santé à un marché comme les autres. C'est pourquoi le groupe Socialistes et apparentés s'y oppose, et demande ici la suppression de l'article 2.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Dufrière, pour soutenir l'amendement n^o 29.

M. Jean-Paul Dufrière. Avec cette proposition de loi, vous partez du postulat que le renforcement de la concurrence se traduira par une baisse des prix des complémentaires santé. Nous sommes en désaccord avec cette analyse : la libre concurrence n'a jamais montré son efficacité pour répondre aux besoins sociaux. Au contraire, elle aggrave les inégalités et se traduit, le plus souvent, par une hausse des prix.

Surtout, promouvoir la libre concurrence laisse entendre que la santé peut être considérée comme un bien de consommation comme un autre ou comme une marchandise. Votre matrice, c'est donc la marchandisation de la santé. (« Oh ! » *sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

M. Sylvain Maillard. Mais non !

M. Jean-Paul Dufrière. Nous ne pouvons souscrire à cette philosophie, qui tourne le dos aux mécanismes de solidarité entre assurés et fragilise notre modèle social. Vous aviez l'occasion, en 2017, de mettre en place la généralisation du tiers payant. Vous avez fait le choix inverse. Maintenant, vous vous en remettez à la main invisible du marché.

Nous ne pouvons pas vous suivre dans ces choix, d'autant que les périodes sans assurance risquent de se multiplier pour un certain nombre de nos concitoyens. Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression du présent article. (*M. Pierre Dharréville applaudit.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Je ne reviendrai pas sur les arguments déjà développés sur l'article 1^{er} : ils restent les mêmes pour les institutions de prévoyance. Je me limiterai à trois remarques spécifiques.

En premier lieu, les contrats collectifs représentent 88 % de l'activité des institutions de prévoyance en matière de santé. Ils sont négociés et conclus par des entreprises, et leurs règles de renégociation rendent improbable une hausse du taux de résiliation.

M. Sylvain Maillard. Eh oui !

M. Dominique Da Silva, rapporteur. De plus, les institutions de prévoyance affichent des charges de gestion parmi les plus faibles, de 12 à 15 %, devant les mutuelles – 19 % – et les sociétés d'assurance – 22 %. Elles offrent ainsi le meilleur retour sur cotisations : de 85 à 88 %, devant les mutuelles – 80 % – et les sociétés d'assurance – 75 %. Très compétitives, elles ont donc tout à gagner à une stimulation de la concurrence.

D'autre part, les institutions de prévoyance sont, comme on l'a rappelé, des organismes à but non lucratif ; à ce titre, elles peuvent prendre des parts de marché aux assureurs, qui doivent entrer en compétition et dégager des profits.

Pour toutes ces raisons, je suggère le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je veux surtout répondre à M. Dufrenge, à qui je ne puis laisser dire que nous abandonnerions tout à la grande main invisible du marché. Il n'est nullement question ici d'un marché de la santé, mais du marché des organismes complémentaires, dont il est difficile de réguler les frais de gestion. Ces derniers, on le sait, n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières années, dans des proportions plus élevées que les coûts de l'assurance maladie et de l'ONDAM.

Il est donc difficile de rendre les contrats d'assurance lisibles pour nos concitoyens : c'est aussi le sens de l'accord signé à l'occasion du premier comité de suivi du « 100 % santé », qui permettra de comparer les contrats proposés par ces organismes. Au-delà de cette mesure, nous entendons exercer une certaine pression sur les organismes complémentaires, s'agissant de la façon dont ils sont gérés, afin de mettre un terme à l'inflation permanente des coûts, notamment des frais de gestion.

Ces frais, on l'a dit, diffèrent sensiblement d'un organisme à l'autre : ils sont plus faibles pour les institutions de prévoyance que pour les mutuelles, et plus faibles pour celles-ci que pour les assurances. L'enjeu auquel nous devons répondre est donc celui de la régulation, de la transparence et de la lisibilité. Tout cela participe des bonnes pratiques susceptibles d'améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens : loin de « marchandiser » la santé, il s'agit de la rendre accessible à tous les Français, en améliorant la lisibilité et la prévisibilité. L'objectif est bien de revoir à la baisse les dépenses qu'ils acquittent pour leurs complémentaires santé, afin qu'elles rendent le meilleur service possible au coût le plus bas.

M. Sylvain Maillard. Eh oui !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je voulais vraiment, monsieur Dufrenge, vous répondre sur cet argument de la main invisible du marché : il me paraît bien malvenu, sur un texte qui vise seulement à rendre du pouvoir d'achat aux Français. (*Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chiche.

M. Guillaume Chiche. Désolé d'insister, mais j'aimerais vraiment connaître les dispositions prévues pour assurer l'opérationnalité de la mesure. Cette proposition de loi, examinée en procédure accélérée, n'a fait l'objet d'aucune étude d'impact, et elle doit être appliquée à court terme. J'aimerais donc pouvoir expliquer à nos concitoyens qui bénéficient du tiers payant comment les choses se passeront lorsqu'ils changeront de complémentaire santé. Comment feront-ils lorsque la transmission se fera par feuilles de soins, sous format papier ? Cela impliquera pour eux des sorties de trésorerie, dont nous avons souvent entendu, lors du grand débat national lancé par le Président de la République, qu'ils ne pouvaient pas se les permettre. Passé le 20 du mois, certaines personnes ne savent plus comment remplir leur frigo. Que leur répond-on, dès lors qu'elles bénéficient du tiers payant et, plus généralement, qu'elles seront soumises à des délais de remboursement de deux, trois ou quatre mois ?

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Dufrenge.

M. Jean-Paul Dufrenge. Je fais miennes les observations de M. Chiche, s'agissant des procédures imposées à tout assuré qui quittera une compagnie d'assurance ou une mutuelle : s'il le fait, ce ne sera pas forcément pour aller vers une autre. Un récépissé obligatoire précisera-t-il que cette personne n'est plus assurée ? Lui dira-t-on qu'elle dispose d'un certain délai pour souscrire un nouveau contrat auprès d'une autre assurance ?

De fait, certaines périodes pourront être difficiles à gérer pour certains de nos concitoyens. Il me paraît donc essentiel de répondre aux questions touchant à l'effectivité de cette proposition de loi.

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. Je voudrais rebondir sur ce qui a été dit concernant le tiers payant et l'opérationnalité – la possibilité de lire les droits en temps réel. Je l'ai dit en commission, il ne manque pas de piquant que ce soit un médecin généraliste libéral qui propose de favoriser le tiers payant. Quoi qu'il en soit, j'ai déposé un amendement ayant pour objet de créer une plateforme numérique permettant de lire en temps réel les droits des assurés, ce qui va même au-delà des possibilités actuelles. Cette solution est beaucoup plus opérationnelle et la prise en charge dématérialisée est plus adaptée à ce que l'on est en droit d'attendre au XXI^e siècle.

Enfin, ne faisons pas dire à France Assos Santé ce qu'elle n'a pas dit : nous avons auditionné ses représentants et, comme ceux des associations de consommateurs, ils étaient très favorables au texte. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chiche, pour un rappel au règlement.

M. Guillaume Chiche. Sur le fondement de l'article 58, alinéa 1, madame la présidente, relatif à la bonne conduite de nos échanges. Monsieur Borowczyk, vous avez en effet déposé un amendement dont nous aurons l'occasion de débattre tout à l'heure et qui confie à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire – UNOCAM – une nouvelle mission qu'il n'est pas dans sa nature de mener : vérifier que les mutuelles, les bancassurances et les instituts de prévoyance tiennent un fichier qui

recense toutes les personnes relevant du tiers payant, de sorte que l'ensemble des professionnels de santé puissent... (*Protestations sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. Il s'agit non pas d'un rappel au règlement, monsieur le député, mais bien d'une intervention sur le fond.

M. Guillaume Chiche. Pour m'en tenir à mon rappel au règlement, il me semble que cet amendement s'appuyait sur un autre amendement déposé par le rapporteur et visant à rendre obligatoire la constitution de ce fichier, mais qui a été retiré, de sorte que l'amendement de M. Borowczyk devient sans objet.

Article 2 (*suite*)

Mme la présidente. Je vais mettre aux voix les amendements de suppression.

(Les amendements identiques n^{os} 2, 10 et 29 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n^{os} 21, 51 et 62, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 21 et 51 sont identiques.

La parole est à M. Pierre Cordier, pour soutenir l'amendement n^o 21.

M. Pierre Cordier. Il est essentiel que la mutualisation soit préservée, car elle permet notamment, par exemple dans la branche de la propreté, monsieur le rapporteur – il n'écoute pas...

M. Frédéric Reiss. Non, il n'écoute pas!

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. Oh!

M. Pierre Cordier. C'était gentil, madame Bourguignon, ne vous énervez pas!

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. Non, ce n'était pas gentil. Il n'y a pas de gentillesse ici!

M. Pierre Cordier. C'était amical, madame Bourguignon! Ne vous inquiétez pas, il n'y a aucun problème avec le rapporteur, ce n'était qu'un clin d'œil!

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. « Madame la présidente de la commission »!

M. Pierre Cordier. La mutualisation permet, disais-je, de garantir l'égalité de traitement entre les salariés et les entreprises de la branche en cas de transfert conventionnel; d'instaurer un fonds social, au nom d'un haut degré de solidarité pérenne et efficient; et d'éviter les « trous de couverture », notamment pour les salariés multi-employeurs. (*Approbation sur les bancs du groupe LR.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Vignon, pour soutenir l'amendement n^o 51.

Mme Corinne Vignon. Il tend à ajouter au code de la sécurité sociale un alinéa destiné à exclure du champ d'application du droit de résiliation infra-annuelle les contrats

souscrits auprès d'un ou plusieurs organismes recommandés dans les conditions mentionnées à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

L'amendement vise également à intégrer directement dans le corps de la loi la typologie des contrats concernés. En effet, le renvoi à un futur décret permettrait au pouvoir réglementaire de viser, soit dans le décret à venir, soit dans tout nouveau décret ultérieur, d'autres catégories de contrats, relevant par exemple de la prévoyance lourde, alors que ce n'était pas l'objet de la présente proposition de loi. Pour que ne soient pas dénaturées les ambitions affichées par le texte, il convient de viser spécifiquement le remboursement de frais de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Becht, pour soutenir l'amendement n^o 62.

M. Olivier Becht. Mes arguments sont les mêmes que ceux de mes collègues.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Le même qu'à l'article 1^{er}, pour les mêmes raisons, puisqu'il s'agit toujours de différencier les branches professionnelles. Avis défavorable, donc, par cohérence.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Becht.

M. Olivier Becht. Je suis désolé de vous contredire, monsieur le rapporteur, mais les arguments que vous évoquez ne sont pas ceux qui ont été employés pour défendre ces trois amendements. Il s'agit ici, à des fins de clarification, d'apporter plusieurs précisions dans la loi, notamment afin d'éviter que la prévoyance lourde ne soit concernée. Bref, cela n'a rien à voir avec l'argumentation développée à l'article 1^{er}.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Je maintiens mon avis défavorable: il s'agit vraiment du même argument.

(Les amendements identiques n^{os} 21 et 51 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 62 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n^o 92 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. La loi dite Hamon du 17 mars 2014 dispose, notamment pour les contrats d'assurance automobile et habitation, que la résiliation du contrat permise à tout moment prend effet un mois après que l'assuré en a reçu notification par l'assuré. Comme à l'article 1^{er}, la commission a souhaité prolonger ce délai jusqu'à la fin du mois suivant. Nous vous proposons de revenir sur cette mesure, car elle modifie les dispositions de la loi Hamon pour les contrats appartenant à son champ d'application, c'est-à-dire extérieurs au champ de la santé, ce qui va retarder la prise d'effet de leur résiliation et sera donc moins favorable aux assurés s'agissant par exemple des contrats d'assurance automobile ou habitation. Cet amendement a le même objet que celui du Gouvernement que vous avez adopté à l'article 1^{er}.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Comme à l'article 1^{er}, la commission n'a pas examiné cet amendement, mais j'y suis personnellement favorable.

(L'amendement n° 92 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 96.

M. Dominique Da Silva, rapporteur. Sur le fondement des arguments déjà développés à l'article 1^{er}, mais appliqués ici au code visé à l'article 2, il tend à simplifier les modalités de notification de la résiliation du contrat.

(L'amendement n° 96, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 68 de M. le rapporteur est rédactionnel.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sagesse, car le code de la sécurité sociale emploie le seul terme de « dénonciation », là où le code des assurances parle de « résiliation » : c'est au nom de la lisibilité des différents codes, qui passe par le respect des spécificités de chaque type d'organisme, que nous sommes dubitatifs.

(L'amendement n° 68 est adopté.)

(L'article 2, amendé, est adopté.)

Article 3

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article.

La parole est d'abord à M. Guillaume Chiche.

M. Guillaume Chiche. L'article 3 tend à ouvrir le droit à résiliation infra-annuelle pour les contrats d'assurance complémentaire santé souscrits auprès des mutuelles.

Je souhaite donc rappeler de nouveau ici la singularité des mutuelles. Premier acteur de soins à but non lucratif, sans actionnaires ni distribution de dividendes, elles ne poursuivent qu'un objectif : l'organisation et la structuration solidaires des risques de santé.

Certains aiment à signaler qu'elles réalisent des excédents – d'aucuns parlent même de bénéfices. S'agissant des bénéfices, c'est faux ; quant aux excédents, c'est vrai : ils leur permettent de financer divers dispositifs dont des établissements et services médico-sociaux. La Mutualité française en déploie ainsi plusieurs milliers, 2 600 pour être exact : 217 EHPAD mutualistes, 100 services de soins infirmiers à domicile, 156 établissements et services aux personnes en situation de handicap, 350 établissements mutualistes de la petite enfance, 515 centres dentaires mutualistes, 368 centres d'audition, et j'en passe. Bref, ces acteurs contribuent au maillage territorial en matière de santé dans nos circonscriptions.

Proximité, qualité des soins, solidarité entre les assurés, intérêt général : telles sont toutes les valeurs du modèle mutualiste que la présente proposition de loi risque de remettre en cause. Voilà pour quoi, sur cet article comme précédemment, je défendrai un amendement de suppression.

M. Jean-Paul Dufrègne. Bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Castellani.

M. Michel Castellani. Le texte de l'article 3 aura des conséquences aussi bien sur les citoyens que sur les professionnels de santé. C'est d'abord le tiers payant qui est en cause : les professionnels de santé n'accepteront plus de le pratiquer de peur d'un impayé, si les frais sont avancés à un patient qui peut avoir changé de mutuelle ; les citoyens devront donc engager tous les frais, ce qui affectera les plus fragiles d'entre eux.

Deuxièmement, faute de pouvoir s'appuyer sur la solidarité intergénérationnelle, les mutuelles n'auront d'autre choix que de calibrer les cotisations en se réglant sur la population mutualiste la plus âgée, donc la plus exposée aux dépenses de santé. Les seniors sont ceux qui ont le plus à perdre, car ils bénéficient aujourd'hui de mécanismes de solidarité intergénérationnelle, ce qui risque de ne plus être le cas à l'avenir.

Troisièmement, des centaines d'organismes vont entrer en concurrence, ce qui va entraîner une inflation généralisée des frais de communication et de marketing, de sorte qu'au lieu de rembourser leurs adhérents, les mutuelles risquent d'investir dans une artillerie commerciale coûteuse.

La solution pour redonner du pouvoir d'achat ne consisterait-elle pas à revoir la fiscalité payée par les assurés sur les contrats d'assurance complémentaire santé ? On sait que, pour 100 euros qu'ils versent afin de se protéger des aléas de santé, plus de 14 euros partent en taxes, comme pour des biens de consommation courante, et s'ajoutent aux frais de fonctionnement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. S'agissant de l'article 3, j'avais proposé, pour agir concrètement sur le pouvoir d'achat des Français – but affiché du texte –, la portabilité d'un contrat collectif vers un contrat individuel sans frais supplémentaires. Mais mon amendement, ne portant pas spécifiquement sur la résiliation des complémentaires santé, n'a pas été soumis au débat. Si je comprends que, prenant acte de la jurisprudence nouvelle du Conseil constitutionnel concernant les cavaliers législatifs, l'on recoure plus souvent à l'article 98 de notre règlement, je le regrette dans le cas d'espèce, et je profite de l'occasion pour alerter mes collègues afin que nos définitions des règles de mise en œuvre de cet article qui soient claires, impartiales et partagées par tous.

M. Mansour Kamardine. Vous allez avoir du mal, madame !

Mme Delphine Bagarry. J'avais en outre proposé, ce qui a également été considéré comme un cavalier législatif, que soit remis un rapport d'évaluation concernant l'article 1^{er} de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, dite loi ANI, rendant obligatoires les propositions de complémentaires collectives par les entreprises.

Mon intervention vise donc à vous alerter afin que nous réfléchissions ensemble à la manière d'amender plus facilement nos textes.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Si je salue la faculté de résilier sans frais et sans complications administratives un contrat de couverture santé complémentaire, je déplore que la possibilité de résiliation infra-annuelle ne fasse pas l'objet d'une étude d'impact sérieuse actualisée, dans un domaine aussi sensible que celui de la santé.

Je rappelle que le modèle économique des mutuelles est fondé sur le principe de la solidarité entre adhérents. Cette philosophie de mutualisation est une particularité qui me semble incompatible avec l'individualisation des risques induite par la mesure proposée.

De plus, l'effet sur le pouvoir d'achat des Français ne serait pas nécessairement positif car le risque plane qu'avec cette mesure les acteurs du marché soient fortement incités à augmenter leurs frais de publicité. Par ailleurs, une hausse des frais de gestion administrative pourrait également être à prévoir en raison des entrées et sorties plus nombreuses.

Premier acteur en complémentaire santé, avec 35 millions de personnes protégées, premier acteur privé en prévention et promotion de la santé, premier offreur de soins médico-social à but non lucratif, les mutuelles interviennent tout au long du parcours de santé, de la prévention au soin. Elles sont des acteurs à part entière du système de santé. En effet, avec leurs réseaux de soins et leurs partenariats avec les professionnels de santé, elles contribuent activement à améliorer la prévention avec près de 7 300 actions de prévention par an sur l'ensemble du territoire. Elles œuvrent également au développement du tiers payant et des réseaux de soins et donc à l'amélioration de l'accès aux soins.

M. Régis Juanico. Tout à fait.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il est dès lors à craindre que les services non marchands d'intérêt général rendus par les mutuelles soient affectés par un accroissement de la concurrence entre les acteurs. Je souhaite donc avoir de plus amples éclaircissements sur les conséquences de l'entrée en vigueur d'une telle mesure. À défaut d'être rassurée, je voterai contre cet article.

M. Régis Juanico. Très bien!

Mme la présidente. La parole est à M. Julien Dive.

M. Julien Dive. Je souhaite à mon tour, madame la ministre, vous alerter sur la préservation du système mutualiste français et sur le risque que vous allez lui faire courir. Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif qui organisent, au sein de leur groupe, la solidarité. Les mutuelles offrent un contrat de couverture santé auquel est associé un prix, alors que les assurances santé offrent un prix, excédant souvent celui de la santé. Or les effets de concurrence feront courir un grand risque aux mutuelles qui ne pourront pas s'aligner sur les prix : elles auront des marges de manœuvre très minces, voire nulles. Comment vont-elles faire face à la hausse des dépenses de santé des seniors liée à l'accès aux nouveaux soins toujours plus onéreux?

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'engagement présidentiel était fort et portait essentiellement sur la lisibilité des contrats des complémentaires santé et c'est en effet le vrai problème, car le plus important est de comprendre son contrat. La présente proposition de loi est intéressante dans le sens où

elle peut faire gagner du pouvoir d'achat à nos concitoyens – je pense que les mutuelles sont suffisamment armées pour se défendre contre les assurances. Je souhaite néanmoins, comme cela a été le cas pour les assurances automobiles, avoir des garanties sur l'absence de recours de la part des actuaire pour avoir communication d'un relevé d'information santé afin de pouvoir calculer le risque et donc le montant de la prime.

Nous devons par ailleurs examiner la manière dont protéger les plus fragiles. Imaginez quelqu'un dont le compte est à découvert. Son banquier lui proposant dès lors une assurance moins chère mais moins bonne, le client ne sera-t-il pas incité à y souscrire?

Nous proposerons donc un amendement visant à assurer la lisibilité des contrats.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. M. Isaac-Sibille vient d'évoquer les risques de dumping et je n'y reviendrai pas – reste qu'ils me semblent bien réels et c'est pour cela que j'estimais que l'accès aux soins peut être entravé par les mesures que nous sommes en train d'examiner. On ne devrait pas pouvoir faire de profit sur la santé, qui est un droit. Et si j'écoute les interventions des uns et des autres, je me dis que nous sommes peut-être plus nombreux que je ne pensais à partager cette conviction – si c'était le cas, ce serait plutôt une bonne nouvelle. Quand on observe les acteurs des complémentaires, ils ne sont pas tous égaux, de ce point de vue, l'objectif de certains étant précisément de réaliser des profits.

Parmi les arguments avancés sur les frais de gestion et l'utilisation de l'argent des cotisations, je suis à fond pour la transparence. Tout cela mérite donc examen : ne prenons pas une décision à la va-vite sans connaître plus précisément la réalité du secteur dont il est question, y compris dans ses différents segments. La transparence est nécessaire, je le répète, et du reste, même si on peut les critiquer sous divers aspects, les mutuelles sont un mouvement démocratique avec une gestion démocratique, qui se saisit des enjeux de santé pour tâcher d'y répondre, les décisions appartenant aux mutualistes eux-mêmes. Or la transparence peut aussi passer par des organismes de cette nature et c'est donc cette démarche qu'il serait nécessaire de conforter.

Notre collègue Pietraszewski a évoqué la publicité et l'argent qui serait investi dans des lignes discutables. Je me suis renseigné sur ma propre mutuelle : 0,2 % de son budget est consacré à la publicité. Or le dispositif que vous proposez va encourager les pratiques publicitaires pour résister aux pratiques commerciales agressives – il ne va donc pas dans le bon sens.

M. Jean-Paul Dufrègne. Très bien!

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je tiens à apporter des éléments d'information sur notre travail avec les organismes complémentaires. Nous avons en particulier, lors du comité de suivi, eu une grande discussion avec leurs représentants concernant les frais de gestion. Certains nous ont expliqué qu'on comptabilise parfois, parmi les frais de gestion à 20 %, des missions de support alors qu'il s'agit de missions en faveur de la prévention. Nous nous sommes engagés à travailler avec les assureurs tout au long de l'année 2019 afin, précisément, de faire la part entre ce qui est comptabilisé en frais de gestion et ce qui revient vraiment aux fonctions de support stricto sensu et à des fonctions consistant, par

exemple, à téléphoner pour favoriser la prévention auprès des assurés. Ce travail, qui est en cours, permettra de savoir qui fait quoi et quelle est la part, dans les frais de gestion, de ce qui relève vraiment des missions de l'organisme complémentaire et de ce qui relève des fonctions de support qui seraient trop importantes. Voilà pour répondre au désir de transparence exprimé par M. Dharréville. J'espère donc qu'avant la fin de l'année 2019, nous pourrions décrypter un peu mieux les causes de l'augmentation des frais de gestion de ces dernières années.

M. Dufrière a évoqué tout à l'heure le risque que certains, en résiliant leur contrat, encourraient de ne plus être assurés. Cette bonne question se pose déjà ! Quand quelqu'un résilie un contrat d'assurance au 1^{er} janvier...

M. Jean-Paul Dufrière. Et s'il le résilie deux mois plus tôt ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le fait de le résilier deux mois plus tôt n'augmente pas le risque de façon considérable. Grâce à un amendement voté par la commission, l'assurance qui sera contractée par l'assuré qui veut changer d'assurance facilitera précisément la résiliation en la prenant en charge. Le texte apporte donc une garantie supplémentaire sur le fait que l'assuré qui résilie son contrat s'adressera à une nouvelle assurance qui l'aidera à faire sa démarche, garantie qui n'existe pas aujourd'hui quand il s'agit d'une résiliation à date fixe. Le texte augmente peut-être un peu le risque mais le diminue aussi grâce à cet amendement adopté en séance. En tout cas, je ne pense pas que ceux qui ont proposé la résiliation d'un contrat au 1^{er} janvier s'étaient préoccupés du fait de savoir si l'on courait le risque de ne pas être assuré – risque qui, je le répète, n'augmente pas considérablement si on résilie son contrat plus tôt.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n^{os} 3, 11 et 30, visant à supprimer l'article 3.

Sur ces amendements, je suis saisie par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n^o 3.

M. Guillaume Chiche. L'augmentation des frais de gestion est naturellement induite par le fait que les assurés changent de complémentaire santé et iront d'un organisme à un autre de manière beaucoup plus récurrente qu'auparavant. Je rappelle au passage que le législateur ne fixe pas lui-même ni le montant des frais de gestion ni la tarification des gammes complémentaires : cela revient bien au marché. Les acteurs économiques, sur un marché concurrentiel, qui organiseront la recherche de nouveaux assurés investiront et donc repercuteront le montant de ces investissements sur leurs tarifications.

Le présent amendement vise à supprimer l'article. Je ne dispose en effet d'aucun élément de nature à rassurer les Français dans leur vie quotidienne sur le fait que, lorsqu'ils changeront de complémentaire santé, le temps de la mise en place de la télétransmission, on aura recours aux feuilles de soins papier pour les remboursements qu'on attendra pendant deux, trois voire quatre mois – ce qui, je le répète, est insupportable pour bon nombre de nos concitoyens.

Mme la présidente. L'amendement n^o 11 de M. Boris Vallaud est défendu.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 30.

M. Pierre Dharréville. Le présent amendement, visant tout simplement à supprimer l'article 3, illustre la constance de mes positions. J'ajoute cet argument au risque de relancer un débat : il ne faudrait pas qu'après avoir compressé les dépenses de la sécurité sociale, on s'attache désormais à compresser les dépenses des mutuelles, ce qui pourrait avoir des effets délétères sur la santé de nos concitoyens.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Dominique Da Silva, rapporteur. J'entends l'exigence de solidarité et de mutualisme – nous la partageons tous. Maintenant, les mutuelles n'ont pas à s'inquiéter de la concurrence étant donné que, contrairement aux assureurs, elles n'ont pas à dégager de bénéficiaires et qu'elles ont un bon ratio prestations / cotisations. La concurrence ne devrait donc pas leur être défavorable, bien au contraire.

Les mutuelles auront tout intérêt à appliquer la mutualisation entre leurs propres clients puisque, je le répète, les contrats collectifs leur font perdre 275 millions d'euros par an alors que les contrats individuels, concernant notamment les personnes âgées, leur en font gagner 281 millions. Autrement dit, les moins bien assurés paient pour les mieux assurés et ceux qui cotisent le moins. Pour toutes ces raisons, qui s'ajoutent aux arguments invoqués lors de l'examen des deux premiers articles, j'émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chiche.

M. Guillaume Chiche. Je partage votre avis, monsieur le rapporteur : les mutuelles n'ont pas à redouter la concurrence. Organismes à but non lucratif, elles se déploient déjà sur un marché concurrentiel. Ce sont les assurés, les Français, qui doivent en avoir peur, puisqu'elle aura pour conséquence directe l'augmentation de la tarification des gammes.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 3, 11 et 30.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	52
Nombre de suffrages exprimés	49
Majorité absolue	25
Pour l'adoption	13
contre	36

(Les amendements identiques n^{os} 3, 11 et 30 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

3

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion de la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé ;

Discussion de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, de simplification, de clarification et d'actualisation du droit des sociétés.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures.)

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

SERGE EZDRA