

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du lundi 25 mai 2009

(105<sup>e</sup> jour de séance de la session)



[www.senat.fr](http://www.senat.fr)



7771050 905906

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE MME MONIQUE PAPON

### Secrétaires :

**Mme Christiane Demontès, M. Philippe Nachbar.**

1. **Procès-verbal** (p. 4925)
2. **Organisation des travaux** (p. 4925)
3. **Réforme de l'hôpital.** – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (*Texte de la commission*) (p. 4926)

Article 26 (*suite*);(p. 4926)

Amendement n° 1046 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. – Retrait.

Amendement n° 912 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Retrait.

Amendement n° 1156 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 879 de M. Jean Desessard et sous-amendement n° 1318 rectifié du Gouvernement. – M. Jean Desessard, Mme la secrétaire d'État, MM. le rapporteur, Guy Fischer, Bernard Cazeau, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n° 1327 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 209 rectifié de Mme Catherine Morin-Desailly. – Mme Anne-Marie Payet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendements n° 876 rectifié de M. Jean Desessard et 1021 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jean Desessard, Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 920 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Bernard Cazeau, Dominique Leclerc, Gilbert Barbier, Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 1050 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1053 de M. Yves Daudigny. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Bernard Cazeau, François Autain, Jean-Etienne Antoinette. – Rejet.

Amendement n° 1328 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Alain Vasselle. – Adoption.

Amendement n° 913 de M. François Autain. – Mme Brigitte Gonthier-Maurin, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1047 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendement n° 1048 de M. Georges Patient. – MM. Georges Patient, le président de la commission, Mme la ministre, M. Jean Desessard. – Rejet.

Amendement n° 1049 de M. Georges Patient. – MM. Georges Patient, le président de la commission, Mme la ministre, MM. Jean-Etienne Antoinette, Jean Desessard, Michel Magras. – Rejet.

Amendement n° 916 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le président de la commission, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 917 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 880 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements identiques n° 1137 de M. Jean-Marie Vanlerberghe et 1159 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Mme Anne-Marie Payet, MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 1325 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 1051 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, MM. Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Jacky Le Menn. – Rejet.

Amendements n° 918 de M. François Autain et 1052 de M. Jacky Le Menn. – Mmes Brigitte Gonthier-Maurin, Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 1054 de M. Jacky Le Menn. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n° 919 de M. François Autain et 1055 de M. Jacky Le Menn. – Mmes Isabelle Pasquet, Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 1056 de Mme Gisèle Printz. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 1329 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, le président de la commission, Yves Daudigny. – Adoption.

Amendement n° 1027 rectifié de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 915 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 923 rectifié de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements n° 1138 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe et 1160 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Mme Anne-Marie Payet, MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 1058 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre, M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendements n° 1012 rectifié *ter* de M. Alain Vasselle et 922 de M. François Autain. – M. Alain Vasselle, Mme Brigitte Gonthier-Maurin, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 1012 rectifié *ter* ; rejet de l'amendement n° 922.

Amendement n° 1022 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 1057 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 1059 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n° 1060 de M. François Rebsamen et 1157 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Yves Daudigny, Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 1157 ; rejet de l'amendement n° 1060.

Amendements n° 1144 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, 69 rectifié de M. Alain Houpert et 1061 de M. Jacky Le Menn. – Mme Anne-Marie Payet, MM. Alain Houpert, Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Paul Blanc, le président de la commission, Bernard Cazeau, Alain Vasselle. – Adoption de l'amendement n° 1144, les autres amendements devenant sans objet.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 4973)

#### PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT

##### Article 26 (*suite*) (p. 4973)

Amendements n° 1064 de Mme Bernadette Bourzai et 929 de M. François Autain. – MM. Jacky Le Menn, Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendements identiques n° 924 de M. François Autain et 1040 de M. Yves Daudigny. – MM. Guy Fischer, Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet, par scrutin public, des deux amendements.

Amendement n° 925 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1062 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n° 926 de M. François Autain, 1030 de M. Jean Desessard et 1063 de Mme Bernadette Bourzai. – Mme Isabelle Pasquet, MM. Jean Desessard, Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des trois amendements.

Amendement n° 927 rectifié de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Michel Mercier, Jean Desessard, le président de la commission, Alain Vasselle. – Rejet.

Amendement n° 1023 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre, M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 930 rectifié *bis* de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendements n° 1065 de M. Jacky Le Menn et 1024 de M. Bernard Cazeau. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jean Desessard, François Autain. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 928 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jean Desessard, Alain Vasselle. – Rejet.

Amendement n° 1320 du Gouvernement et sous-amendement n° 1345 de M. Alain Vasselle ; amendement n° 931 rectifié de M. François Autain. – Mme la ministre, MM. Guy Fischer, le rapporteur, François Autain, Alain Vasselle, le président de la commission. – Retrait du sous-amendement n° 1345 et de l'amendement n° 931 rectifié ; adoption de l'amendement n° 1320.

Amendement n° 932 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1163 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 933 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1066 de M. Georges Patient. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.



Amendements n° 934 de M. François Autain et 1067 de M. Jacky Le Menn. – M. François Autain, Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Jean Desessard. – Retrait des deux amendements.

Amendements n° 884 et 1031 rectifié de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 935 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1295 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 936 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1013 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle. – MM. Alain Vasselle, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n° 1014 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle, 1250 et 1249 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Retrait de l'amendement n° 1014 rectifié *bis* ; adoption des amendements n° 1250 et 1249.

Amendement n° 1015 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle. – Retrait.

Amendements n° 937 de M. François Autain et 1025 de M. Bernard Cazeau. – MM. François Autain, Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 938 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jean Desessard, Bernard Cazeau, François Autain. – Rejet.

Amendements n° 1068 de M. Jacky Le Menn et 939 de M. François Autain. – MM. Jacky Le Menn, François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 265 de M. Alain Houpert. – MM. Alain Houpert, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 940 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n° 941 de M. François Autain et 266 de M. Alain Houpert. – MM. François Autain, Alain Houpert, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 1069 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yannick Botrel, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1141 de M. Michel Mercier. – MM. Michel Mercier, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Retrait.

Renvoi de la suite de la discussion.

4. **Dépôt d'une proposition de loi** (p. 5003)
5. **Textes soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution** (p. 5003)
6. **Ordre du jour** (p. 5004)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTICE DE MME MONIQUE PAPON

**vice-présidente**

**Secrétaires :**

**Mme Christiane Demontès,  
M. Philippe Nachbar.**

**Mme la présidente.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à quinze heures.)*

1

## PROCÈS-VERBAL

**Mme la présidente.** Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

## ORGANISATION DES TRAVAUX

**Mme la présidente.** Par lettre en date du 22 mai de M. le secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement, adressée à M. le président du Sénat, le Gouvernement a pris acte des accords intervenus au sein de la conférence des présidents relatifs, notamment, à la programmation des activités de contrôle du Sénat.

Je vais vous donner lecture de cette lettre.

« Paris, le 22 mai 2009

« Monsieur le président,

« Comme cela a été convenu lors de la conférence des présidents du 19 mai 2009, j'ai bien noté que le Sénat consacrerait, pour l'essentiel, la semaine du 25 mai – normalement dévolue, par priorité, à des activités de contrôle, conformément à l'article 48, alinéa 4 de la Constitution – à la suite de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Je vous en remercie.

« Par voie de conséquence, j'ai l'honneur de vous informer que, conformément à ce que j'ai indiqué lors de cette même conférence des Présidents, en application de l'article 48, alinéa 2 de la Constitution et de l'article 29 du règlement du Sénat, le Gouvernement demande l'inscription à l'ordre du jour prioritaire du Sénat des textes, débats et questions qui suivent :

« Lundi 8 juin, le soir :

« - Sous réserve de sa transmission par l'Assemblée nationale, projet de loi relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires.

« Mardi 9 juin, le matin :

« - Questions orales.

« Mardi 9 juin, l'après-midi et le soir :

« - Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'accord de stabilisation et d'association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et la République du Monténégro, d'autre part ;

« - Projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de Croatie relatif à la coopération en matière de sécurité intérieure ;

« - Projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à l'accord de siège du 11 janvier 1965 entre le Gouvernement de la République française et le bureau international des expositions relatif au siège du bureau international des expositions et à ses privilèges et immunités sur le territoire français ;

« - Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres relatives à la garantie des investisseurs entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de Son Altesse Sérénissime le Prince de Monaco ;

« - Projet de loi autorisant l'approbation de la convention d'entraide judiciaire en matière pénale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de l'État des Émirats Arabes Unis ;

« - Projet de loi autorisant l'approbation des amendements aux articles 25 et 26 de la convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux ;

« - Suite de l'ordre du jour de la veille.

« Mercredi 10 juin, l'après-midi et le soir :

« - Débat sur le service civil volontaire ;

« - Question orale avec débat n° 32 de M. Martial Bourquin sur la crise de l'industrie ;

« - Question orale avec débat n° 34 de Mme Marie-France Beaufilet sur la réforme de la taxe professionnelle ;

« - Sous réserve de leur dépôt, lecture des conclusions de la commission mixte paritaire, sur le projet de loi relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires.

« Jeudi 11 juin, le matin, l'après-midi après les questions d'actualité et le soir :

« - Question orale avec débat n° 39 de Mme Bernadette Dupont sur le « plan Autisme » ;

« - Question orale avec débat n° 37 de M. Jean-Jacques Mirassou sur l'avenir du programme de l'Airbus A400M ;

« - Débat européen sur le suivi des positions européennes du Sénat sur les thèmes suivants : profils nutritionnels ; vin rosé.

« Mardi 16 juin, l'après-midi et le soir :

« - Projet de loi portant réforme du crédit à la consommation.

« Mercredi 17 juin, l'après-midi et le soir :

« - Déclaration du Gouvernement suivi d'un débat préalable au Conseil européen ;

« - Suite de l'ordre du jour de la veille.

« Jeudi 18 juin, le matin, l'après-midi et le soir :

« - Suite de l'ordre du jour de la veille.

« Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'expression de mes sentiments fidèles et dévoués.

« *Signé* : Roger Karoutchi. »

Acte est donné de cette lettre, qui sera publiée intégralement au *Journal officiel*.

3

## RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI  
DÉCLARÉ D'URGENCE

(*Texte de la commission*)

**Mme la présidente.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n<sup>os</sup> 290, 380 et 381).

Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen de l'article 26.

### Article 26 (*suite*)

#### (Texte modifié par la commission)

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« TITRE III

« **AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE**

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

« **Missions et compétences des agences régionales de santé et de l'autonomie**

« *Art. L. 1431-1.* - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé et de l'autonomie a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« - des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;

« - des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« - des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé et de l'autonomie contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code, ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1431-2.* - Les agences régionales de santé et de l'autonomie sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1<sup>o</sup> De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« À ce titre :

« *a)* Elles organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« *b)* Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« *c)* Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène relevant des compétences de l'État, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles s'assurent de la réalisation de ce programme ;

« *d)* Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

« 2<sup>o</sup> De réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« À ce titre :

« *a)* Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« *b)* Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> et 12<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

« *c)* Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« *d)* Dans le respect des compétences de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-

sociaux et des mécanismes d'accréditation et d'évaluation institués par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« e) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-11, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales complétant les programmes nationaux de gestion du risque et tendant à améliorer les modalités de recours aux soins et les pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

« Art. L. 1431-3. - Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et de l'autonomie et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé et de l'autonomie.

« Art. L. 1431-4. - Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'État, sauf disposition contraire.

## « CHAPITRE II

### « Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé et de l'autonomie

#### « Section 1

#### « Organisation des agences

« Art. L. 1432-1. - Les agences régionales de santé et de l'autonomie sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Les agences régionales de santé et de l'autonomie sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

« Au près de chaque agence régionale de santé et de l'autonomie sont constituées :

« 1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des actions menées par l'agence dans ses domaines de compétences ;

« 2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes, respectivement :

« - dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

« - dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

« Les agences régionales de santé et de l'autonomie mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

#### « Sous-section 1

#### « Directeur général

« Art. L. 1432-2. - Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie exerce, au nom de l'État, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence.

« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.

« Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.

« Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve des dispositions de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

« Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

« Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il peut déléguer sa signature.

#### « Sous-section 2

#### « Conseil de surveillance

« Art. L. 1432-3. - I. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et de l'autonomie est composé :

« 1° De représentants de l'État ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° Des personnalités qualifiées, dont des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.



« Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'État dans la région.

« Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

« Il approuve le compte financier.

« Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé et de l'autonomie concernée.

« II. - Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est salarié de l'agence ;

« 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;

« 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.

« III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« *Sous-section 3*

« *Conférence régionale de la santé et de l'autonomie*

« *Art. L. 1432-4.* - La conférence régionale de la santé et de l'autonomie concourt à la politique régionale de santé. Elle est composée de six collèges : un collège des représentants des collectivités territoriales, un collège des représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, un collège des représentants des professionnels de santé libéraux, un collège des représentants des gestionnaires des établissements de santé et médico-sociaux, un collège des représentants des usagers et personnalités qualifiées et un collège représentant l'éducation et la prévention à la santé.

« L'agence régionale de santé et de l'autonomie met à sa disposition des moyens de fonctionnement.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

« Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

« *Section 2*

« *Régime financier des agences*

« *Art. L. 1432-5.* - Le budget de l'agence régionale de santé et de l'autonomie doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.

« *Art. L. 1432-6.* - Les ressources de l'agence sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'État ;

« 2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

« 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

« Les contributions prévues au 2° et au 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1432-7.* - L'agence est dotée d'un comptable public.

« *Section 3*

« *Personnel des agences*

« *Art. L. 1432-8.* - Le personnel de l'agence comprend :

« 1° Des fonctionnaires ;

« 2° Des personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 ;

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

« 4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

« Les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence.



« *Art. L. 1432-9.* - Les emplois de direction des agences régionales de santé et de l'autonomie ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraites lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« *Art. L. 1432-10.* - Il est institué dans chaque agence régionale de santé et de l'autonomie un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au deuxième alinéa du même article 15 peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 2321-1 du même code.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'État en application de l'article L. 4111-2 du même code.

« *Art. L. 1432-11.* - Les modalités d'application de la présente section, notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-10, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

#### « CHAPITRE III

### « *Coordination des agences régionales de santé et de l'autonomie*

« *Art. L. 1433-1.* - Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé et de l'autonomie réunit des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé et de l'autonomie donne aux agences régionales de santé et de l'autonomie les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles auront à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

« Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.

« Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.

« Le comité de coordination veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé et de l'autonomie des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

« *Art. L. 1433-2.* - Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé et de l'autonomie un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.

« *Art. L. 1433-3.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

#### « CHAPITRE IV

### « *Planification régionale de la politique de santé*

#### « Section 1

#### « *Projet régional de santé*

« *Art. L. 1434-1.* - Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé et de l'autonomie dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« *Art. L. 1434-2.* - Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

« 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins, de plans de déplacements sanitaires et d'organisation médico-sociale ;

« 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-15.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

« *Art. L. 1434-3.* - Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'État dans la région.

« *Art. L. 1434-4.* - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de la présente section.

#### « Sous-section 1 « Schéma régional de prévention

« *Art. L. 1434-5.* - Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« *Art. L. 1434-5-1.* - Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé et de l'autonomie pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé et de l'autonomie attribue, dans des conditions fixées par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance maladie mentionnée à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, des crédits provenant du fonds national de prévention créé par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 88-16 du 5 juillet 1988 relative à la sécurité sociale. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de l'assurance maladie à chaque agence régionale de santé et de l'autonomie au titre des actions de prévention. Le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie en informe immédiatement les membres du conseil de surveillance.

« *Sous-section 2*

« *Schéma régional d'organisation des soins*

« *Art. L. 1434-6.* - Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes.

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« *Art. L. 1434-7.* - Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

« 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;

« 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

« 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.

« Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie en vertu des 2° et 3° doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

« *Art. L. 1434-8.* - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé et de l'autonomie peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« *Art. L. 1434-9.* - Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Sous-Section 3*

« *Schéma régional d'organisation médico-sociale*

« *Art. L. 1434-10.* - Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation et à la cohérence, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé et de l'autonomie et des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie prévus au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, élaborés par les conseils généraux.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

« *Art. L. 1434-10-1.* - Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et de l'autonomie correspondant aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et

des familles, la dotation régionale mentionnée aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du même code est abondée des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables.

« *Section 2*

« **Programme pluriannuel régional de gestion du risque**

« *Art. L. 1434-11.* - Le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé reprend les actions que les organismes et services locaux d'assurance maladie doivent mettre en œuvre dans le cadre des orientations et directives fixées par leur organisme national et comporte des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales. Les organismes d'assurance maladie complémentaire peuvent être associés à l'élaboration de ces actions complémentaires.

« Le programme fait partie du projet régional de santé. Il est révisé chaque année.

« Les modalités de participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre du projet régional de santé font l'objet d'un contrat entre le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie et chaque organisme et service d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé.

« *Art. L. 1434-12.* – *Supprimé par la commission*

« *Art. L. 1434-13.* - Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de la présente section.

« *Section 3*

« **Territoires de santé et conférences de territoire**

« *Art. L. 1434-14.* - L'agence régionale de santé et de l'autonomie définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part, et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'État dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

« *Art. L. 1434-15.* - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie constitue une conférence de terri-

toire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

« *CHAPITRE V*

« **Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé et de l'autonomie**

« *Section 1*

« **Veille, sécurité et polices sanitaires**

« *Art. L. 1435-1.* - Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

« Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence.

« Sous son autorité, les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires à la réduction des facteurs, notamment environnementaux et sociaux, d'atteinte à la santé.

« Ces actions font également appel aux services communaux d'hygiène et de santé, dans le respect de l'article L. 1422-1 du présent code.

« Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

« L'agence participe, sous l'autorité du représentant de l'État territorialement compétent, à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense.

« L'agence est signataire du volet sanitaire des contrats urbains de cohésion sociale.

« Elle fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 1435-2.* - Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé et de l'autonomie de la zone de défense. Leurs services sont placés pour



emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

« Section 2

« **Contractualisation avec les offreurs de services de santé**

« Art. L. 1435-3. - L'agence régionale de santé et de l'autonomie conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1. Elle peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans des conditions définies par décret, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

« L'agence veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art. L. 1435-4. - L'agence régionale de santé et de l'autonomie peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, dans le cadre négocié au niveau national par les organisations syndicales représentatives des professions de santé.

« Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service ou le réseau concerné. Le contrat visé au premier alinéa est conforme au contrat-type national. Ce contrat-type est adopté, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale; il est adopté, dans les autres cas, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. En l'absence de contrat-type national, l'agence régionale de santé et de l'autonomie établit un contrat-type régional soumis à l'approbation de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

« L'agence régionale de santé et de l'autonomie veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

« Art. L. 1435-5. - L'agence régionale de santé et de l'autonomie organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1 du présent code. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

« L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« Section 3

« **Accès aux données de santé**

« Art. L. 1435-6. - L'agence régionale de santé et de l'autonomie a accès aux données nécessaires, à l'exception des données personnelles, à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé ainsi que des organismes d'assurance maladie mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32 du code de la sécurité sociale. Elle est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmissions des données issues des établissements de soins.

« Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Commission nationale de l'informatique et des libertés présente au Parlement un rapport évaluant les conditions d'accès aux données de santé par les agences régionales de santé et de l'autonomie.

« Section 4

« **Inspections et contrôles**

« Art. L. 1435-7. - Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'État, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code.

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'État territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, de l'Agence de la biomédecine, de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail et de l'Institut de veille sanitaire toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

« Le représentant de l'État dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé et de l'autonomie chargés de missions d'inspection. »

**Mme la présidente.** Nous en sommes parvenus, au sein de l'article 26, à l'amendement n° 1046.

L'amendement n° 1046, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudignier et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche,



Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le b) du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après la référence :

7°,

insérer la référence :

, 9°

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement a pour objet de préciser que le secteur médico-social ne se limite pas aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

À cette fin, il importe de mentionner les structures qui interviennent en direction de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, comme les appartements de coordination thérapeutique, les structures dénommées « lits halte soins santé », les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, ou CAARRUD, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ou CSAPA, etc.

Le 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles mentionne les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les CAARRUD, les CSAPA, les « lits halte soins santé » et les appartements de coordination thérapeutique.

Ces structures doivent également être visées dans l'article L. 1431-2 du code de la santé publique.

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

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** Cet amendement nous semble satisfait, mais nous aimerions en avoir la confirmation de la part du Gouvernement.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Monsieur Le Menn, l'alinéa sur lequel porte votre amendement renvoie à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale, qui cite expressément toutes les catégories d'établissements dont vous souhaitez qu'il soit fait mention.

Votre amendement est donc déjà totalement satisfait par la rédaction actuelle, et j'en demande donc le retrait.

**Mme la présidente.** Monsieur Le Menn., l'amendement n° 1046 est-il maintenu ?

**M. Jacky Le Menn.** Non, je le retire, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1046 est retiré.

L'amendement n° 912, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le cinquième alinéa (c) du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique :

« c) Elles créent, avec le concours des collectivités territoriales concernées, un service unique d'aide à l'installation ;

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Nous nous sommes réjouis de constater que l'Assemblée nationale avait comblé une lacune en prévoyant que l'agence régionale de santé, ou ARS, serait compétente pour créer ce fameux service unique d'aide à l'installation, promis depuis fort longtemps déjà puisque prévu en 2006 dans le plan de démographie médicale de votre prédécesseur ; mais, comme d'habitude dans ce domaine, le Gouvernement n'a rien fait (*Sourires*),...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Provocateur ! (*Nouveaux sourires*.)

**M. François Autain.** ...et il faut donc que les parlementaires interviennent.

Il serait à mon avis préférable de prévoir que les ARS ne font pas que contribuer à la création de ce service mais qu'elles en prennent l'initiative, d'où cet amendement.

Ce dernier prévoit en outre « le concours des collectivités territoriales concernées », car nous estimons que le guichet unique ne peut être mis en place sans les collectivités territoriales, dans la mesure où les collectivités régionales ou locales mettent en œuvre les mesures visant à faciliter l'implantation des médecins dans les zones sous-médicalisées. L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé, ou IRDES, avait d'ailleurs recensé au total 137 mesures régionales ou locales en 2003. Pour s'y retrouver, les étudiants en médecine ont donc besoin du guichet unique.

Nous sommes par conséquent favorables à ce guichet unique, mais nous souhaiterions que l'ARS prenne, avec le concours des collectivités territoriales, une part plus importante dans sa création.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a jugé que l'on ne pouvait pas contraindre les collectivités territoriales à participer à un service unique d'aide à l'installation si elles choisissaient d'agir indépendamment de l'ARS pour l'octroi de certaines aides.

C'est pourquoi la commission, préférant les termes : « elle contribue » aux termes : « elle crée », a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 912.

**M. François Autain.** C'est dommage !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** J'oppose la même argumentation que la commission à l'encontre de la participation des collectivités territoriales. Vous qui êtes tous ici les défenseurs de ces collectivités, vous conviendrez qu'on ne saurait rien leur imposer par subsidiarité.

En outre – c'est le deuxième point sur lequel je ne suis pas d'accord avec M. Autain –, dès 2006, mes services ont demandé aux missions régionales de santé, les MRS, de mettre en place, en concertation avec les collectivités territoriales, des guichets uniques à la disposition des professionnels de santé afin que ceux-ci disposent justement d'un interlocuteur unique.

Bien entendu, nous reprendrons les actions des MRS, qui feront intégralement partie des agences régionales de santé ; si l'on peut certes reconnaître certaines insuffisances, on ne peut

pas dire que rien n'a été fait, et je compte amplifier, grâce aux ARS, les missions relatives aux guichets uniques, qui sont en effet indispensables.

La rédaction actuelle du projet de loi correspond, bien entendu, à votre volonté, monsieur Autain, et c'est la raison pour laquelle, sans émettre un avis véritablement défavorable sur votre amendement, je considère que ce dernier est déjà satisfait.

**Mme la présidente.** Monsieur Autain, l'amendement n° 912 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Je vais le retirer, madame la présidente, mais après avoir dit qu'il s'agissait non pas d'imposer quoi que ce soit aux collectivités territoriales mais seulement de faire en sorte que ces dernières participent, avec le directeur général de l'ARS, au même titre qu'elles le faisaient avec les MRS, à l'élaboration des schémas.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 912 est retiré.

L'amendement n° 1156 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Dans l'avant-dernier alinéa (d) du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation

par les mots :

, en lien avec les ordres compétents, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux et paramédicaux, au bon usage des médicaments et

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Je suis favorable de manière générale – je suis déjà intervenu à plusieurs reprises sur ce point – à ce que, dans le cadre de la politique de sécurité et de qualité de l'organisation régionale, les ordres des médecins, des pharmaciens et des dentistes puissent être associés à la mise en place de la politique de santé publique. Or, ils en sont à peu près systématiquement écartés.

La semaine dernière, nous sommes parvenus à introduire la participation des professionnels de santé. De même, les ordres professionnels peuvent à mon avis jouer un rôle dans cette politique, ne serait-ce que dans le respect des codes de déontologie des uns et des autres.

Cet amendement vise en outre à prévoir que les ARS veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux et paramédicaux – et non plus seulement des actes médicaux –, ainsi qu'au bon usage des médicaments, domaines qui ne figurent pas dans le texte alors qu'il s'agit tout de même d'aspects très importants de l'organisation de la santé régionale.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission souhaite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable, car elle considère qu'il ne relève pas de la mission des ordres professionnels d'exercer un contrôle technique.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** S'il n'appartient en effet pas aux ordres d'exercer une mission de contrôle technique, il paraît néanmoins bon qu'ils soient associés à cette mission.

Je n'utiliserai pas exactement les termes employés par M. Barbier, mais je partage son souhait de voir l'ARS et les ordres professionnels travailler – chacun dans son rôle, bien entendu – en bonne coordination.

C'est la raison pour laquelle je vais proposer lors de l'examen du titre II...

**M. François Autain.** La semaine prochaine peut-être... (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ...un amendement à l'article 19 *ter* qui prévoira explicitement la consultation du conseil de l'ordre des médecins par l'ARS sur les sujets et questions qui relèvent de ses compétences.

Aussi, monsieur Barbier, je vous serais reconnaissante de retirer votre amendement au bénéfice de celui que je vous présenterai dans quelque temps – du moins je l'espère... (*Nouveaux sourires*) – et peut-être aujourd'hui même.

Pour ce qui concerne l'ajout des actes paramédicaux et de l'usage des médicaments, je précise que le champ de veille de l'ARS couvre les produits de santé, dont les médicaments font partie intégrante.

De la même façon, les agents seront compétents dans le domaine des « actes médicaux », acception qui recouvre aussi bien les actes pouvant être pratiqués par des médecins que ceux pouvant l'être par des auxiliaires médicaux.

La définition donnée par le code de santé publique recoupe donc bien le champ que vous souhaitez voir relever de la responsabilité des ARS.

Voilà une seconde raison de vous inviter à retirer votre amendement, qui, je le répète, sera satisfait par des dispositions que nous examinerons ultérieurement.

**Mme la présidente.** Monsieur Barbier, l'amendement est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** En ce début de semaine, je fais bien entendu confiance à Mme la ministre...

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1156 rectifié est retiré.

L'amendement n° 879, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller, est ainsi libellé :

Après l'avant-dernier alinéa (d) du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence ;

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** Trois amendements ont déjà été retirés. Je me demande donc quel destin aura le mien... J'ai néanmoins eu le plaisir de découvrir que le Gouvernement l'avait sous-amendé. Depuis que je siège dans cet hémicycle, c'est la première fois que cette situation se produit ! Vraiment, la semaine commence bien ! (*Sourires.*)

J'espère donc que mon amendement recueillera un avis favorable, de la part du Gouvernement...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Eh oui !

**M. Jean Desessard.** ... ainsi que l'assentiment de l'ensemble de la Haute Assemblée. Mais, puisqu'il est si important, je ne vais pas plus tarder à le présenter ! (*Nouveaux sourires.*)

Cet amendement tend à préciser les missions et compétences de l'ARS en matière d'offre de services de santé, afin de garantir l'accès aux soins des personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence.

Chaque hiver, les autorités sanitaires lancent des appels d'offres pour l'accueil des personnes sans abri. De nombreuses associations y répondent. Elles assurent l'accueil, les repas du soir et du matin de ces personnes, et offrent à ces dernières un accompagnement dans la mesure de leurs moyens, notamment en les aidant à faire valoir leurs droits à la CMU, à mener leurs démarches administratives ou encore à rassembler les documents nécessaires à celles-ci.

Selon une étude réalisée par l'INSEE en 2003 – je n'en ai pas trouvée de plus récente –, 63 % des usagers de ces services d'aide souffrent d'une maladie grave ou chronique.

Les pathologies qui affectent ces personnes en situation très précaires sont liées à l'indigence et au froid : maladies respiratoires – bronchites chroniques, asthme, tuberculose –, affections du système digestif, maladies du foie et troubles du comportement alimentaire, maladies de la peau, telles que eczéma, mycoses et psoriasis.

Ces personnes souffrent également de maladies psychologiques récurrentes. Ainsi, la dépression touche un quart des usagers des services d'aide, et l'on dénombre de très nombreux suicides. Les addictions au tabac et à l'alcool font également des ravages importants.

Toutes ces pathologies nécessitent des diagnostics professionnels, d'autant que certaines d'entre elles, comme le diabète ou l'hypertension, peuvent se soigner, mais obligent à un suivi dans la durée. En revanche, une évolution sans soins de ces maladies, outre les profondes détresses physiques et mentales qu'elle est susceptible d'engendrer, peut conduire à un état de santé extrêmement dégradé, nécessitant des soins beaucoup plus lourds et coûteux, et laissant parfois des séquelles irréversibles.

Il nous semble donc essentiel que les ARS aient pleine compétence en matière d'organisation de l'accès aux soins des populations les plus précaires et fragiles de notre société. C'est à la fois indispensable sur le plan humain et rationnel du point de vue de la santé publique.

Le sous-amendement n° 1318, déposé par le Gouvernement, tend à préciser les catégories de personnes considérées comme vivant en situation de précarité et d'exclusion. Il recouvre un champ plus large que les seules populations accueillies en centre d'hébergement d'urgence, en incluant l'ensemble des structures d'accueil, sociales et médico-sociales, et les différentes formes d'hébergement et de logements adaptés.

Cet ajout, qui renforcerait les compétences des ARS dans la mise en place d'une politique de santé publique en direction des personnes sans abri, est donc positif, et c'est donc très favorablement que j'accueille ce sous-amendement du Gouvernement.

**Mme la présidente.** Le sous-amendement n° 1318, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

À la fin du second alinéa de l'amendement n° 879, remplacer les mots :

accueillies en centre d'hébergement d'urgence

par les mots :

en situation de précarité ou d'exclusion accueillies dans les structures sociales ou médico-sociales ainsi que les lieux d'hébergement ou les logements adaptés

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** L'amendement n° 879 a pour objet l'accès aux soins des personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence. Le Gouvernement partage pleinement cette préoccupation à l'égard des plus démunis et souhaite l'inscrire dans le cadre des dispositifs mis en place par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, au niveau de l'organisation des ARS.

Simplement, il semble utile au Gouvernement de ne pas exclure une partie des populations en situation de précarité. C'est pourquoi il propose, par ce sous-amendement n° 1318, de remplacer les mots : « accueillies en centre d'hébergement d'urgence » par les mots : « en situation de précarité ou d'exclusion accueillies dans les structures sociales ou médico-sociales ainsi que les lieux d'hébergement ou les logements adaptés ». Cette précision permettra de ne pas tenir à l'écart de la politique portée par le Gouvernement une partie des publics les plus en situation de précarité et de détresse de notre territoire.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Si la préoccupation portée par l'amendement n° 879 est extrêmement louable, elle n'en est pas moins couverte par les dispositions prévoyant l'élaboration, dans le cadre du projet régional de santé, d'un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Pour être précis, ces dispositions sont inscrites dans le texte proposé par la commission pour l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, à la page 123 du fascicule.

Par ailleurs, il est impossible que la loi précise en détail toutes les missions de l'ARS, surtout à cet article du code de la santé publique, qui en donne déjà une définition très générale.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement n° 879.

S'agissant du sous-amendement n° 1318 du Gouvernement, qui illustre bien les risques liés à des énumérations qui ne sont jamais complètes, elle considère qu'il est satisfait par le texte proposé pour l'article L. 1434-1 déjà mentionné.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** L'amendement n° 879 revêt à mes yeux une grande importance. En effet, nous savons fort bien qu'il ne suffit pas de voter un texte de loi relatif à la lutte contre la précarité et l'exclusion pour permettre véritablement l'accès aux soins des populations les plus défavorisées.

Je me souviens fort bien avoir accueilli Valérie Létard à Lyon, lorsque nous travaillions sur ce projet de loi (*Mme la secrétaire d'État, acquiesce.*), et avoir visité avec elle des centres d'hébergement d'urgence en vue d'apprécier les conditions dans lesquelles ceux-ci fonctionnaient et les moyens dont ils disposaient.

Nous savons bien – et nous en avons encore eu l'exemple à l'occasion de cette visite – que le suivi de ces populations soulève la plupart du temps de très grandes difficultés. Parmi ces problèmes, on trouve notamment le fait que les centres ne sont pas ouverts en permanence et que l'accueil n'est pas constant.



Par ailleurs, la crise qui explose actuellement fait apparaître des difficultés nouvelles pour un certain nombre de catégories de la population. On a même vu surgir une notion de « pauvreté laborieuse » : aujourd'hui, avoir des ressources ne suffit pas forcément pour vivre dans des conditions dignes ! Ce sujet fait partie des points qui méritent d'être pris en compte, et il y a beaucoup à faire dans ce domaine. Au-delà des discours, ce sont des actes qui sont exigés !

Ainsi, par exemple, pour les jeunes qui se trouvent confrontés à de multiples problèmes, la ressource moyenne sera-t-elle de 600 euros avec le RSA ? Ce sont autant de difficultés qu'il convient d'aborder au travers de nos débats et d'inscrire dans le projet de loi.

M. le rapporteur nous indique que la préoccupation de M. Desessard est déjà prise en compte. Pour ma part, je préfère voter l'amendement n° 879 !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** Je faisais également partie de l'expédition de Lyon, à laquelle ont participé Guy Fischer et Mme la secrétaire d'État. Le travail accompli alors n'avait d'ailleurs pas été complètement reconnu à l'époque, mais il semble que la situation évolue...

L'amendement n° 879 me paraît excellent parce qu'il est précis. Sous-amendé par le Gouvernement, il clarifie bien la situation et cible les objectifs. En revanche, l'argumentation de M. le rapporteur, qui, selon moi, fait référence à un article plutôt généraliste, semble assez faible.

Par conséquent, nous sommes favorables à l'amendement n° 879 et au sous-amendement n° 1318, et nous voterons ces propositions.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Je suis échaudé par le refus d'un certain nombre de médecins de s'occuper de malades bénéficiaires de la couverture maladie universelle, ou CMU. Ces situations existent, et nous le savons très bien !

Décider de ne pas réaffirmer qu'il faut faire quelque chose à l'égard des plus pauvres ou des personnes les plus en situation de précarité serait inquiétant. Cela signifierait, monsieur le rapporteur, que tout le monde agit bien à cet égard aujourd'hui, ce qui n'est pas vrai. Il est donc absolument nécessaire de réaffirmer cette priorité.

Par ailleurs, peut-être ai-je du mal à comprendre les débats en ce début de semaine, mais je ne trouve rien sur la précarité et l'exclusion dans le texte proposé pour l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, que vous avez cité dans votre argumentation, monsieur le rapporteur ! En revanche, des éléments apparaissent dans le texte proposé pour l'article L. 1434-2, à la page 123 du texte de la commission. La page était donc bonne !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Eh oui !

**M. Jean Desessard.** Cela n'empêche pas qu'il y avait déjà une erreur sur le numéro de l'article !

Selon le texte proposé par la commission pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, « le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ». Ce n'est pas tout à fait la même chose !

Le terme « articulations » signifie que, dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique régional de santé, on « fait avec » la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Or, ici, nous souhaitons affirmer qu'un des objectifs des ARS est de s'en occuper.

Je reprends le chiffre que j'ai déjà mentionné : 63 % des personnes précaires sont atteintes de maladie. Une telle disposition serait donc utile pour ces personnes, mais aussi pour nos finances. Nous savons parfaitement que ces pathologies, si elles ne sont pas soignées à temps, coûteront cinq, dix, voire vingt fois plus cher quelques mois ou quelques années plus tard.

L'argument est donc à la fois économique, social et humain, et la question n'a rien à voir avec les articulations nécessaires du plan stratégique régional de santé. Il s'agit ici de réaffirmer une préoccupation.

Monsieur le rapporteur, vous pouvez poursuivre votre démarche et continuer à considérer qu'il n'est pas nécessaire de traiter cette catégorie de la population avec attention et de manière spécifique. Mais cette attitude serait vraiment regrettable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Monsieur Desessard, j'ai bien compris votre volonté, mais M. le rapporteur a raison.

Même si, à la page 123 du texte de la commission, la préoccupation quant à la santé des personnes démunies apparaît uniquement à travers le plan stratégique régional de santé, elle porte, dans ce cas au moins, sur l'ensemble des exclusions et des situations de précarité.

À l'inverse, que signifie votre amendement, monsieur Desessard ? Si l'on en croit votre proposition, nous avons à prendre en compte la précarité dans les seuls cas où elle se traduit par un passage en centre d'hébergement d'urgence. C'est véritablement stupéfiant !

**M. Jean Desessard.** Il y a un sous-amendement !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Le sous-amendement n° 1318 est un texte de génie dans la mesure où il rappelle que certains hébergements ont été oubliés...

Mais, la précarité n'existe pas uniquement dans les centres d'hébergement d'urgence ou dans les appartements ! Il y en a aussi dans la rue !

Votre amendement, monsieur Desessard, tendrait-il à prévoir que les ARS ne devront en aucun cas prendre en compte la précarité et l'exclusion lorsque ces situations s'exprimeront en dehors des centres d'hébergement ?

**M. Guy Fischer.** On les rencontre dans tous les quartiers populaires !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Bien entendu, ce n'est pas l'objectif que vous vous fixez ! C'est pourquoi, malgré toute l'estime que je vous porte, j'estime malheureusement nécessaire de voter contre votre amendement, qui va à l'encontre du but que vous cherchez à atteindre.

Je préférerais d'ailleurs que cet amendement soit retiré. Cela nous permettrait d'éviter de voter contre le sous-amendement du Gouvernement, qui, malheureusement, ne nous donne pas pleinement satisfaction.



**Mme la présidente.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Je soutiens totalement l'amendement de M. Desessard. Je pense d'ailleurs que l'ensemble de cette assemblée partage un même souci de prise en compte des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

Cela étant dit, dans la mesure où, comme l'a indiqué à juste raison M. le président de la commission, il importe de n'omettre aucune de ces personnes en situation de précarité, nous pourrions articuler le sous-amendement en deux parties. Ainsi, après les mots : « en situation de précarité ou d'exclusion », nous pourrions ajouter le terme « particulièrement » ou « notamment » avant la suite de la phrase. Cela permettrait de mettre l'accent sur les populations les plus exclues qui se trouvent dans des structures d'accueil et d'hébergement d'urgence, et marquer ainsi l'intérêt que nous leur portons.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il me semblerait plus judicieux d'arrêter le texte proposé après le terme « exclusion ». Il me semble en effet que toutes les personnes en situation de précarité ou d'exclusion doivent être prises en compte, et qu'il ne faut donc pas apporter de précisions en spécifiant : « particulièrement celles qui sont accueillies dans les structures sociales ou médico-sociales ainsi que les lieux d'hébergement ou les lieux adaptés ».

D'ailleurs, dans leur malheur, ces personnes ont encore la chance de bénéficier d'un hébergement. D'autres n'ont même pas cette chance ! S'il fallait apporter une précision, j'aurais donc tendance à proposer qu'on insiste plutôt sur celles qui ne sont même pas accueillies dans des structures.

Vous voyez bien, mes chers collègues, que, pour éviter des non-sens ou des contresens, mieux vaudrait que le texte du sous-amendement s'arrête purement et simplement après le terme « exclusion ».

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je partage la position de M. le président de la commission des affaires sociales. Depuis le début de l'examen de ce projet de loi, nous tentons d'éviter les énumérations, qui entraînent inévitablement des omissions et nous contraignent par conséquent à intervenir de nouveau sur le texte pour réparer d'éventuels oublis.

C'est la raison pour laquelle la commission préfère que soit retenue une rédaction plus générale, s'arrêtant après les mots : « ou d'exclusion ».

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Vous avez raison, il ne faut omettre aucune catégorie de la population en situation de précarité ou d'exclusion. Je rectifie donc le sous-amendement n° 1318 dans le sens exposé par M. le président de la commission et M. le rapporteur. Ce faisant, nous donnons satisfaction à Jean Desessard, qui entend mettre l'accent sur une partie de la population qui souffre plus particulièrement en ce moment et qu'il convient de protéger.

Nous voyons bien là tout l'intérêt du débat et du travail parlementaires !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Très bien !

**Mme la présidente.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 1318 rectifié, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

À la fin du second alinéa de l'amendement n° 879, remplacer les mots :

accueillies en centre d'hébergement d'urgence

par les mots :

en situation de précarité ou d'exclusion

Je le mets aux voix.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 879 rectifié, modifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je constate que cet amendement a été adopté à l'unanimité des présents.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Très bien !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1327, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après les mots :

actions régionales

rédiger comme suit la fin du dernier alinéa (e) du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique :

prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Beaucoup se souviennent de l'amendement n° 1010 rectifié, présenté mercredi dernier par M. About, qui a recueilli un large consensus et qui prévoit à l'article L. 1434-11 du code de la santé publique que « le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé comprend, outre les actions nationales définies par la convention prévue à l'article L. 182-2-1-1, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales ».

Cette rédaction doit être reprise à l'article L. 1431-2 du même code. Tel est l'objet de cet amendement de cohérence.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis favorable.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1327.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 209 rectifié, présenté par Mmes Morin-Desailly et Férat, M. J.L. Dupont, Mme Dini, M. Détraigne, Mme Dumas, MM. Thiollière, Pozzo di Borgo et Merceron, Mmes Mélot et Payet et MM. Amoudry et Chauveau, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« ...) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

**Mme Anne-Marie Payet.** Il s'agit d'un amendement de coordination avec l'amendement n° 207 rectifié adopté à une large majorité à l'article 3, qui prévoit que les contrats d'établissement comportent non seulement un volet social mais également un volet culturel.

Depuis plusieurs années, les nombreuses expériences qui ont été menées dans les établissements de santé en matière culturelle l'ont été sur le fondement de la convention signée entre le ministère de la santé et le ministère de la culture le 4 mai 1999, qui définit un programme appelé « Culture à l'hôpital » et qui a posé les premiers jalons. Le protocole du 10 janvier 2006, signé entre les deux ministères, a renforcé cette dynamique. Ce programme s'est concrétisé par des conventions signées entre les agences régionales de l'hospitalisation et les directions régionales des affaires culturelles, les DRAC. Des programmes ont également été mis en place avec les collectivités territoriales. Comme l'a déjà expliqué ma collègue Catherine Morin-Desailly, ces dispositifs ont montré tout leur intérêt et ont pris place dans le cadre du projet d'établissement de nombreux hôpitaux.

Aussi nous semble-t-il utile de préciser que les nouvelles agences régionales de santé, en lien avec les DRAC, pourront, dans la continuité de ce que faisaient les ARH, jouer un rôle d'impulsion et d'initiative.

Tel est le sens de cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le volet culturel a déjà été introduit à l'article 3, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CEPOM.

Par conséquent, la commission considère que cet amendement est satisfait et en demande le retrait. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. le rapporteur vient de le rappeler, nous avons répondu à cette volonté au titre I<sup>er</sup>, dans le cadre du chapitre I<sup>er</sup> relatif aux missions des établissements de santé.

L'accès à la culture dans les hôpitaux est tout à fait primordial. Toutefois, réintroduire cette démarche au sein des ARS entraînerait une confusion entre les missions des différents services de l'État. Une gestion conventionnelle entre les ARS et les DRAC paraît donc suffisante.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement demande également le retrait de cet amendement, dont l'objet est satisfait à l'article 3 du projet de loi.

**Mme la présidente.** Madame Payet, l'amendement n° 209 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Anne-Marie Payet.** Madame la ministre, il est vrai que nous avons décidé à l'article 3, à l'unanimité d'ailleurs, que les contrats d'établissement comporteraient un volet culturel. Pour autant, nous n'en avons pas précisé les modalités. Bien entendu, cela reste de la responsabilité de chaque établissement. Malgré tout, il nous semble important de garantir la qualité des interventions culturelles prévues. Aussi nous semble-t-il utile de préciser, en nous appuyant sur le

résultat très positif des expérimentations menées depuis dix ans, que la mise en œuvre de ce volet culturel devra pouvoir être accompagné par les ARS, en association avec les DRAC et les collectivités territoriales qui le souhaitent et qui disposent elles-mêmes de savoir-faire.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons vivement que l'article L. 1431-2, qui porte sur les missions confiées aux ARS, puisse inclure la réflexion sur les politiques culturelles.

Tel qu'il est rédigé, cet amendement ne fait pas peser une contrainte extrême sur lesdits acteurs, puisque sont utilisés les verbes « souhaiter », « encourager », « favoriser ». Ce texte est important : son adoption permettra de garantir le sérieux et le professionnalisme des interventions dans le domaine culturel à l'hôpital.

Par conséquent, madame la présidente, je maintiens cet amendement, très cher au cœur de Catherine Morin-Desailly.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 209 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 876 rectifié, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« ...) Elles pilotent la mise en œuvre des registres des cancers en s'appuyant en tant que de besoins sur les observatoires régionaux de la santé ;

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** L'amendement n° 1021, déposé par M. Le Menn, étant très proche du mien, M. le rapporteur nous dira celui qu'il préfère... *(Sourires.)*

L'amendement n° 876 rectifié a pour objet de généraliser les registres du cancer en confiant aux agences régionales de santé le pilotage de leur mise en œuvre en coopération avec les observatoires régionaux de la santé. En effet, la mise en place des registres du cancer est une promesse du plan national santé environnement et une préconisation du groupe de travail n° 3 « Instaurer un environnement respectueux de la santé » du Grenelle de l'environnement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1021, présenté par MM. Le Menn, Cazeau et Desessard, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« f) Elle met en place un registre de cancers chargé d'effectuer le recueil continu et exhaustif des nouveaux cas de cancers de la région, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement est le frère jumeau de celui que vient de présenter Jean Desessard.

Je rappelle que, en 2003, selon le souhait du Président de la République, la lutte contre le cancer a été érigée au rang de priorité nationale de santé publique, ce qui a abouti à la mise en œuvre d'un premier plan quinquennal.

Au mois de mars dernier, madame la ministre, vous avez vous-même présenté les principales mesures du nouveau plan cancer, élaboré à partir des recommandations émises par le professeur Grünfeld dans son rapport *Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 – Pour un nouvel élan*, remis au Président de la République le 27 février 2009.

Nous souhaitons fortement que soit mis en place par chacune des ARS « un registre de cancers chargé d'effectuer le recueil continu et exhaustif des nouveaux cas de cancers de la région », afin de donner à la France les moyens de conduire et d'améliorer sa politique en matière de cancer, qui reste une pathologie extrêmement lourde à traiter.

**M. Jean Desessard.** Très bien !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La mise en œuvre des registres du cancer est effective et prise en charge par l'Institut de veille sanitaire, l'InVS, en collaboration avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'INSERM. Rien ne justifie de changer d'organisme.

**M. Gilbert Barbier.** Oui, cela se fait très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** C'est la raison pour laquelle, au risque de décevoir nos collègues Jean Desessard et Jacky Le Menn, la commission émet un avis défavorable sur les amendements n° 876 rectifié et 1021.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'objectif de Jean Desessard et Jacky Le Menn est largement atteint.

Il existe actuellement quinze registres généraux, qui ont pour mission de couvrir 20 % de la population métropolitaine. Les registres du cancer ont une expérience fort ancienne de l'épidémiologie. Les amendements n° 876 rectifié et 1021 visent tous deux à compléter ce dispositif en plaçant les registres du cancer sous l'égide des ARS, afin de développer notamment une surveillance dans les départements non couverts. Or l'Institut de veille sanitaire met en place un système multi-sources de surveillance des cancers, qui permettra de contrôler l'émergence des nouveaux cas dans chaque région et autorisera des comparaisons interrégionales.

Ces amendements tendent également à faire en sorte que les observatoires régionaux de la santé appuient ces registres du cancer. Ces organismes contribuent à mettre à disposition des informations générales sur la santé en recherchant des données à l'échelon tant régional qu'infrarégional. Pour autant, ils ne sont pas chargés des registres du cancer et n'interviennent pas dans leur mise en place. Il ne faut pas créer de confusion entre les responsabilités.

L'amélioration des registres du cancer fera l'objet de mesures très précises, qui seront inscrites dans le plan cancer 2009-2013, publié dans quelques semaines.

S'il apparaissait, ce qui est loin d'être certain, qu'un certain nombre de ces mesures méritaient un fondement législatif, nous les inscririons dans la future loi de santé publique, dont l'examen est prévu prochainement.

Pour l'instant, monsieur Desessard, monsieur Le Menn, le dispositif de progression que vous souhaitez est d'ores et déjà à l'œuvre.

**Mme la présidente.** Monsieur Desessard, l'amendement n° 876 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean Desessard.** Compte tenu des explications de Mme la ministre, je retire cet amendement, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 876 rectifié est retiré.

Monsieur Le Menn, l'amendement n° 1021 est-il maintenu ?

**M. Jacky Le Menn.** Non, je le retire également, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1021 est retiré.

L'amendement n° 920, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Elles autorisent les installations dans les zones surdenses dans la limite d'un plafond fixé par décret.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement tend, pour contribuer à mieux équilibrer la répartition des médecins sur le territoire, à s'inspirer de ce qui a été mis en place pour les infirmiers libéraux. Pour ces derniers, un arrêté ministériel a déterminé les critères communs permettant de définir les zones surdenses, afin que les missions régionales de santé puissent mener des études à l'échelon local et déterminer ainsi les zones surdotées. L'obligation réciproque de régulation de l'offre dans les zones surdenses a fait alors l'objet d'une circulaire adressée à tous les préfets de département ainsi qu'aux directeurs des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

Mme la ministre de la santé et des sports et Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité ont précisé que ces nouvelles mesures seraient prolongées sans la moindre difficulté, puisque la prise en charge de la globalité de cette régulation serait confiée aux missions régionales de santé, avant que les agences régionales de santé ne se voient confiées, en plus de la définition des zones surdenses, le soin de veiller à sa mise en œuvre, en lien avec les acteurs locaux.

La disposition que nous vous soumettons n'est que le miroir, adapté aux médecins, des dispositions qui ont été prises pour les infirmiers libéraux. Il ne s'agit pas là d'une mesure à proprement parler répressive. Cette disposition vise plutôt à pondérer la cadence des installations en zones surdenses, en permettant ce faisant aux zones sous-dotées d'être un peu mieux loties.

Nous sommes en effet à la croisée des chemins. D'une part, on observe que, lors de leur installation, les médecins privilégient des critères tels que la proximité de la capitale et, en général, des centres-villes, l'ensoleillement ou la proximité de la mer, au détriment des zones rurales et des zones urbaines sensibles.

D'autre part, les projections de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé montrent que le potentiel démographique des médecins a commencé à baisser



depuis 2008, le nombre de praticiens partant à la retraite étant plus important que celui des nouveaux diplômés, et que cette situation durera jusqu'en 2025.

Si l'offre de soins est appelée à se contracter, comme le rappelle M. le député Bernier dans le récent rapport de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, la demande de soins risque de croître avec le vieillissement de la population et la forte prévalence des maladies chroniques.

L'amendement n° 920 vise à prendre en compte cet avertissement et à le traduire rapidement en mesures concrètes.

**M. Guy Fischer.** Très bien !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable, par cohérence avec ses précédentes positions. En effet, elle ne prévoit pas de soumettre à autorisation administrative l'installation des praticiens libéraux.

Une comparaison ayant été faite avec les infirmières, je rappelle que la limitation de la liberté d'installation de ces dernières a été faite par voie conventionnelle et non par voie législative.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement fondamental constitue un point de fracture, une ligne de démarcation entre la majorité et l'opposition.

La majorité est très attachée à la liberté d'installation des professionnels libéraux. Lors de l'examen du titre II, nous aborderons toute une série de mesures tendant à équilibrer la démographie médicale, à pallier la désertification que connaît notre territoire en professionnels de santé, quels qu'ils soient, mesures concernant aussi bien les études, l'installation, les modes d'exercice, le développement des coopérations entre professionnels de santé.

Nous étudierons également la création d'un corps de médecins boursiers qui seront à la disposition des agences régionales de santé afin d'étoffer l'offre de soins dans les zones sous-denses, tout cela dans le respect de la liberté d'installation.

Comme l'a fort bien indiqué M. le rapporteur, les mesures acceptées par les infirmiers et les infirmières l'ont été dans le cadre de la négociation conventionnelle, en échange de prises en charge substantielles et d'aides financières très importantes.

Si, dans le cadre de la négociation conventionnelle, les médecins souhaitaient aller dans cette voie, le Gouvernement agirait en conséquence.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ce serait surprenant !

**M. Guy Fischer.** Surtout par les temps qui courent !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur About, je vous laisse la paternité de votre observation !

Quoi qu'il en soit, le Gouvernement émet un avis philosophiquement défavorable, si je puis dire.

**M. Guy Fischer.** Vive le libéralisme et la liberté !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** On ne peut balayer d'un revers de main l'amendement n° 920. Néanmoins, monsieur Autain, on ne peut pas, au détour d'un amendement, prendre une décision sur un sujet aussi important.

**M. Dominique Leclerc.** Très bien !

**M. Bernard Cazeau.** Le débat aura lieu lors de l'examen du titre II, quand sera abordé le problème de la démographie.

Madame la ministre, nous disposons de certains éléments. Le rapport Bernier nous a donné différentes pistes. Les entretiens que nous avons pu avoir les uns et les autres avec les associations nationales d'étudiants en médecine ou d'internes nous ont permis de connaître l'avis des jeunes, et pas seulement celui de la Confédération des syndicats médicaux français, la CSMF, qui campe sur son conservatisme habituel.

Un débat doit avoir lieu. Il doit être plus riche que celui que vous nous proposez, madame la ministre, et qui constitue un pis-aller, un processus d'attente ou d'appel, selon la formule que vous préférerez. Vous renvoyez le traitement des problèmes à 2012, date à laquelle il sera plus facile de les régler – M. About le sait également –, après l'échéance que vous connaissez.

Il existe un véritable problème démographique auquel il faut essayer de trouver des solutions. Nous ne pourrions pas nous contenter des propositions qui sont faites, sauf à décevoir grandement nos concitoyens, particulièrement tous ceux qui, aujourd'hui, dans un certain nombre de départements, peinent à trouver le médecin généraliste de premier recours qui va être institué et qui se tournent, parfois en vain, vers les médecins de dernier recours.

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** N'anticipons pas sur le débat qui aura lieu lors de l'examen du titre II. Cependant, dès maintenant, je veux vous faire remarquer, monsieur le rapporteur, vous qui vous en remettez à la négociation conventionnelle pour régler le problème de l'installation des médecins, que jusqu'à présent, dans ce domaine comme dans bien d'autres, ce processus a échoué.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il a réussi pour ce qui concerne les infirmières !

**M. François Autain.** Lors de l'examen d'un amendement défendu puis retiré par M. Vasselle, nous avons évoqué la négociation relative au secteur optionnel, aujourd'hui complètement enlisée, qui a commencé non pas il y a quelques mois, comme vous l'avez indiqué, madame la ministre, mais voilà bientôt cinq ans.

Comment faire confiance à la négociation conventionnelle pour régler des problèmes d'une grande importance, tels la répartition inégale territoriale de l'offre de soins et les dépassements d'honoraires ? Un jour ou l'autre – le plus tôt sera le mieux –, le Gouvernement devra bien prendre ses responsabilités.

D'année en année, au fil de l'examen des différentes lois de financement de la sécurité sociale, vous avez promis, madame la ministre, de faire œuvre législative si la négociation conventionnelle n'aboutissait pas. Malheureusement, aucun projet de loi n'a été déposé. Vous continuez à vous en remettre à une négociation qui n'aboutit pas.

Par ailleurs, vous faites de la liberté d'installation des médecins l'alpha et l'oméga de votre politique. Vous l'avez défendue bec et ongles, sans beaucoup de mérite puisque vous aviez à vos côtés l'ensemble de la profession. Malheureusement, cette attitude ne répond pas à la demande des patients, qui sont lésés par cette liberté.



Force est de constater que l'accessibilité géographique et tarifaire de tous à des soins de qualité, loin de s'améliorer, est en train de régresser, et que la politique que vous avez mise en œuvre a par conséquent échoué.

Le moment est venu, selon moi, de remettre en cause cette politique. Il ne suffit pas de revendiquer un attachement à la liberté d'installation des médecins pour que tous les patients soient pris en charge comme ils le devraient. Il va bien falloir un jour essayer de revoir les fondements de la médecine ambulatoire, à savoir la liberté d'installation et le conventionnement systématique, quel que soit le lieu d'installation.

Enfin, le système applicable aux infirmiers l'est également aux pharmaciens, qui ont accepté de s'installer dans des zones complètement désertes, bien qu'ils aient eux aussi une famille. Seuls les médecins rencontrent des problèmes majeurs en matière d'installation. Sans doute existe-t-il une raison que j'ignore...

Quoi qu'il en soit, on ne peut pas se retrancher derrière une défense intangible de la liberté d'installation. Cette attitude est complètement dépassée, eu égard aux besoins actuels de la population.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Dominique Leclerc, pour explication de vote.

**M. Dominique Leclerc.** Il ne serait pas judicieux de faire un débat avant l'heure sur l'installation des médecins généralistes. Mais, en cet instant, je veux formuler quelques observations.

Nous sommes attachés à la liberté d'installation et nous sommes convaincus que des mesures autoritaires et coercitives n'amèneront pas les jeunes médecins à exercer dans des zones défavorisées. Un point ne doit pas être oublié : indépendamment de toute disposition coercitive, les vocations de médecins vont se tarir. En effet, comment faire accepter à des jeunes ayant suivi une dizaine d'années d'études d'exercer dans des zones qu'ils ne considèrent pas comme attractives, pour des raisons que nous connaissons ?

**M. François Autain.** Et les pharmaciens ?

**M. Dominique Leclerc.** Par ailleurs, selon les statistiques, les médecins n'ont jamais été aussi nombreux. Mais aujourd'hui, seuls 30 % des jeunes diplômés en médecine générale s'installent,...

**M. François Autain.** Ils sont un peu plus nombreux !

**M. Dominique Leclerc.** ...et ils attendent dix ans avant de le faire, quel que soit le lieu géographique choisi. Réfléchissez aux raisons pour lesquelles les jeunes hésitent à s'orienter vers un exercice libéral contraignant, n'offrant pas les garanties qu'ils seraient en droit d'attendre au bout de vingt années d'exercice professionnel, puisque doivent être pris en compte les temps de formation et de remplacement.

**M. François Autain.** Eh oui ! Peut-être ne sont-ils pas assez rémunérés...

**M. Dominique Leclerc.** La voie conventionnelle est la seule possible. Pourquoi est-elle bloquée aujourd'hui ? Posez-vous la question !

Voilà quelques jours, nous évoquions les honoraires « à un juste prix ».

**M. François Autain.** Eh oui !

**M. Dominique Leclerc.** Au nom de quelle légitimité la CNAM adopte-t-elle une position aussi bloquée sur des tarifs qui ne correspondent parfois à aucune prestation chirurgicale ?

**M. François Autain.** C'est un élément !

**M. Dominique Leclerc.** Soyons raisonnables : quelle somme nette perçoit le praticien qui touche une rémunération brute de 300 euros pour l'opération d'une hernie discale ? Ce professionnel acceptera-t-il de prendre la responsabilité d'effectuer un tel acte technique pour une rétribution qu'en votre qualité d'élus, mes chers collègues, vous n'accepteriez pas à titre d'indemnité ? N'exigez pas des autres ce que vous n'acceptez pas pour vous-mêmes !

Le système conventionnel est aujourd'hui bloqué parce qu'un partenaire campe sur des positions totalement irréalistes. De quel droit ? Telle est la question que je pose à nouveau.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** Certes, nous abordons une question qui n'aurait peut-être pas dû être examinée en cet instant. Mais je suis très surpris par l'attitude de la Haute Assemblée qui, de manière systématique, entend prendre des sanctions ou des mesures coercitives à l'encontre de professionnels dont nous essayons de corriger la pénurie extrême. Cette méthode serait excessivement dangereuse.

Comme vous, madame le ministre, je considère qu'il s'agit d'un problème philosophique de base, sur lequel nous devons nous prononcer.

Il est curieux d'assister, dans cette enceinte, à des attaques aussi violentes que celle qu'a lancée la semaine dernière un collègue socialiste, affirmant que les internes et les chefs de clinique coûtaient à la société. Compte tenu du travail effectué par ces praticiens dans les hôpitaux publics, ce propos est proprement scandaleux !

**M. François Autain.** Vous déformez les propos tenus par notre collègue !

**M. Gilbert Barbier.** Par ailleurs, madame le ministre, vous devriez demander à vos services de vous fournir des chiffres exacts. En effet, le montant de 7 350 euros mensuels que vous avez cité correspond au salaire brut d'un praticien hospitalier en fin de carrière, soit après vingt-cinq ans d'activité hospitalière, le salaire net mensuel s'élevant à 5 800 euros ; quant au praticien hospitalier débutant, il perçoit un salaire net mensuel de 3 200 euros.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Et les primes ?

**M. Gilbert Barbier.** Il faut par conséquent ramener les choses à leur juste proportion. Demandez donc à vos services, madame le ministre, de vous fournir des renseignements exacts ! Mais je peux vous communiquer les décrets que vous avez pris en la matière...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous ne comptez par les primes, monsieur le sénateur !

**M. Gilbert Barbier.** Les primes sont accessoires et s'élèvent à 450 euros par mois pour les praticiens hospitaliers. Je vous concède cette somme, madame le ministre. Mais il me paraissait utile de rappeler que la différence entre le salaire brut et le salaire net correspond à un prélèvement de 22 % au titre des charges sociales.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Je suis heureux que l'amendement que nous avons déposé suscite une telle discussion !

Toutefois, je ne laisserai pas passer les propos de Dominique Leclerc : il est trop facile d'imputer à la politique de la Caisse nationale d'assurance maladie tous les problèmes auxquels les médecins et les patients sont confrontés.

Je le répète, il s'agit d'un amendement d'appel : nous voulons que tous les territoires soient dotés de professionnels de santé véritablement impliqués et que les patients les plus démunis, les plus défavorisés, notamment ces exclus que nous évoquions tout à l'heure, soient correctement soignés.

Pardonnez-moi d'évoquer de nouveau les Minguettes, mais je constate que dans des quartiers qui se « ghettoïsent », les inégalités d'accès aux soins se creusent ; c'est l'un des problèmes fondamentaux qui se posent à nous.

Par ailleurs, dans la négociation conventionnelle, on sait bien que c'est Mme la ministre qui décide de tout, ...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je me découvre un pouvoir insoupçonné !

**M. Guy Fischer.** ... notamment en ce qui concerne la politique tarifaire.

Pour participer, ainsi que certains de mes collègues, aux petits-déjeuners organisés par la Caisse nationale d'assurance maladie, je n'ignore pas qu'il existe en la matière un tuteur, à savoir M. Van Roekeghem, que j'appelle pour ma part le « consul sanitaire », et je le lui ai d'ailleurs dit.

**M. François Autain.** Et M. Fischer n'a plus été réinvité ! (*Sourires sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

**M. Guy Fischer.** Ainsi, pour ne donner qu'un seul exemple, l'augmentation de vingt-deux à vingt-trois euros du tarif de la consultation chez le médecin est subordonnée aux réductions de dépenses de soins et au bon vouloir de Mme la ministre ! (*M. Henri de Raincourt s'exclame.*) Voilà ce que sont les négociations conventionnelles !

La politique tarifaire est aujourd'hui étatisée – s'il est encore permis d'utiliser cette expression ! –, ce qui explique le mécontentement des professionnels de santé.

**M. Gilbert Barbier.** Et en plus vous voulez leur taper dessus !

**M. Guy Fischer.** Pas du tout, monsieur Barbier ! Nous les fréquentons régulièrement, car nous sommes tous des malades en puissance.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** « En puissance »... (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

**M. Guy Fischer.** Et que nous disent-ils ? Vous devez le savoir, monsieur Barbier, vous qui êtes chirurgien...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pas d'attaques personnelles ! (*Nouveaux sourires sur les mêmes travées.*)

**M. Guy Fischer.** Ils nous disent que les tarifs ont été bloqués et le sont encore et que, dans ces conditions, seuls les dépassements d'honoraires permettent à certains professionnels de vivre décemment.

Sans doute le problème de la réactualisation des politiques tarifaires se pose-t-il, mais il ne faut pas faire payer à la CNAM, et encore moins aux patients et à leurs familles, des dépenses qui devraient être assurées par la solidarité nationale !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 920.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1050, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé,

MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« f) Elles répertorient l'ensemble des associations effectuant des actions de prévention en santé publique sur le territoire de son ressort.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement devrait susciter moins de passion que celui que nous venons d'examiner...

On ne le dira jamais assez : l'efficacité d'un système de santé repose sur l'organisation de l'offre de soins curatifs, mais aussi sur la capacité à agir en amont, par la prévention.

Or notre approche de la santé et les moyens que nous y consacrons privilégient largement les aspects curatifs, au détriment du préventif, qui passe bien trop souvent au second plan.

Cette vision de la santé n'est pas sans conséquence, et vous le savez, madame la ministre, car, si l'on ne peut nier que la médecine soigne de mieux en mieux, ce qui est positif, on doit aussi reconnaître que notre pays est marqué par un niveau de mortalité lié à des facteurs en partie évitables.

Cet amendement vise à imposer aux agences régionales de santé de répertorient l'ensemble des associations effectuant des actions de prévention, en matière de santé publique, afin qu'elles puissent faire appel à ces dernières dans le cadre de leurs missions de prévention ou d'éducation thérapeutique du patient.

En effet, des associations de plus en plus nombreuses travaillent sur les questions de prévention en matière de santé publique. Il serait donc judicieux que les ARS les répertorient afin de les impliquer dans certains programmes ou de coordonner leurs actions.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a estimé que l'on ne pouvait imposer aux ARS de procéder à un inventaire exhaustif des associations de prévention qui interviennent dans leur ressort, même s'il est évidemment souhaitable que celles-ci puissent coopérer avec elles.

Elle a donc émis un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Même avis.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1050.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1053, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, M. Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, par un alinéa ainsi rédigé :

« f) Elles fixent des durées maximales d'accessibilité à tous les différents services de santé de la région et contribuent à en assurer l'effectivité.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** La question de l'accessibilité aux soins est bien au cœur de cette réforme, et je ne ferai à personne ici le procès de la négliger.

Toutefois, cette accessibilité dépend non pas seulement de la démographie médicale, de la répartition géographique des professionnels de santé – nous venons d'évoquer ce thème – et du coût pour l'usager, mais aussi, de façon discriminante et essentielle, du temps de parcours.

C'est pourquoi l'accessibilité aux services de santé doit expressément figurer dans le projet de loi, au titre des missions de l'agence régionale.

Les compétences transversales de l'agence donneront à ses responsables une vision étendue de la question des transports, qui doit permettre, de même que la carte des services de santé, de réaliser une répartition tenant compte des besoins de l'ensemble du territoire.

Au surplus, cet amendement s'inscrit dans la droite ligne du texte qui a été adopté à l'Assemblée nationale pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, aux termes duquel la proximité doit s'apprécier selon à la fois la distance et le temps de parcours.

Comme on vient de le rappeler, de récentes enquêtes montrent une augmentation alarmante des renoncements aux soins, particulièrement de la part des personnes les plus vulnérables. Les ARS doivent permettre de lutter contre cette tendance. Notre proposition s'inscrit dans cette perspective.

Cet amendement est réaliste. Il tend à fixer des durées maximales d'accessibilité, dont les agences contribueraient – j'y insiste – à assurer l'effectivité.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Comme l'a souligné Yves Daudigny, cet amendement vise à déterminer des durées maximales d'accessibilité.

À l'évidence, cette mesure serait extrêmement difficile à appliquer : quels critères devrions-nous prendre en compte ? La géographie, le mode de locomotion, l'offre de soins, la pathologie en cause ? Le problème est très difficile, pour ne pas dire impossible à résoudre.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si je comprends que cet amendement vise à apprécier l'accès aux soins en fonction des durées de parcours, afin d'assurer le maillage territorial le plus efficace possible, au plus près des patients, il est toutefois impossible de traduire une telle mesure dans la loi, pour les excellentes raisons que vient d'indiquer M. le rapporteur et qui tiennent aux différences de climats, de topographie et de moyens de locomotion, notamment, entre les différentes régions.

Toutefois, les ARS intégreront bien entendu ce critère dans l'élaboration du maillage territorial qui relèvera de leur responsabilité.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Je ne comprends pas l'argumentation qui est avancée. Je ne vois pas pourquoi on ne prendrait pas en compte la notion de temps de parcours, qui est absolument fondamentale aujourd'hui.

D'ailleurs, pour citer un exemple qui n'a aucun rapport avec la santé, dans la mesure de l'accessibilité de certains services publics, comme les bureaux de poste, on tient compte à la fois des distances et des temps de parcours.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** L'argumentation invoquée pour rejeter cet amendement est tout de même assez curieuse : comme on ne sait pas comment s'y prendre pour mettre en œuvre cette mesure, on y est défavorable !

Nous savons très bien que les temps d'intervention sont plus élevés dans les milieux ruraux, notamment durant les périodes de garde, surtout au cours de la deuxième partie de la nuit, quand le service d'aide médicale urgente, le SAMU, intervient souvent seul.

À l'évidence, certaines personnes qui vivent en milieu rural ne peuvent survivre à un accès aigu, à la différence de celles qui résident dans les secteurs urbains. Il n'y a pourtant aucune raison pour qu'elles soient défavorisées ! (*Marques d'approbation sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Dans certaines zones du département dont je suis l'élu, qui, certes, est peut-être spécifique, madame la ministre, en raison de son étendue, il faut au SAMU de vingt-cinq à trente minutes pour accéder à un malade durant la deuxième partie de la nuit.

**M. Guy Fischer.** Dans mon département aussi !

**M. Bernard Cazeau.** Or, avec un tel délai, il est souvent trop tard pour soigner nombre de pathologies !

Il serait tout à fait possible de prévoir un temps moyen d'intervention, même s'il est vrai, monsieur le rapporteur, qu'il faudrait s'en donner les moyens, car cette mesure aurait un coût.

Lorsque, dans un département très vaste, il n'existe qu'un seul centre de SAMU, dont l'action n'est pas complétée par des SMUR, c'est-à-dire par des services mobiles d'urgence et de réanimation, il est évident qu'une telle mesure ne peut être mise en œuvre. On retrouve alors l'argumentation de M. le rapporteur : « ce n'est pas possible ou c'est trop compliqué, donc je suis défavorable ! » Je trouve que c'est un peu facile !

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Cet amendement est bienvenu, et par conséquent nous le voterons.

Pour illustrer la démarche de nos collègues socialistes, je rappellerai que le député Marc Bernier dans son rapport d'information prévoyait pour les interventions une durée limite, au-delà de laquelle il n'était pas envisageable de dispenser des soins dans de bonnes conditions. Il était précisé que celle-ci ne devait pas excéder trente minutes.

Il faut garder à l'esprit cette durée pour apprécier l'intérêt d'un tel amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-Etienne Antoinette, pour explication de vote.



**M. Jean-Etienne Antoinette.** Je soutiendrai cet amendement.

Tout à l'heure, quand mon collègue Georges Patient présentera ses amendements, j'aurai l'occasion d'insister sur le cas particulier de la Guyane. En effet, si, en métropole, les secours mettent trente minutes pour arriver, il leur faut une heure à l'intérieur de ce département. Et parfois, quand il n'est pas possible d'utiliser les hélicoptères, l'intervention doit être remise au lendemain. Par ailleurs, le premier CHU se trouve à la Martinique, à deux heures de vol.

Il serait utile de fixer un temps moyen, me semble-t-il, comme il en existe d'ailleurs pour les secours délivrés par les sapeurs-pompiers. Et il est clair que les moyens nécessaires doivent accompagner cette politique.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1053.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1328, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« ... ) Elles attribuent les aides régionales finançant les actions concourant à la qualité et à la coordination des soins mentionnés au I de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et disposent à cet effet de la dotation régionale qui leur est notifiée dans les conditions fixées aux V et VI du même article.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il s'agit, une fois encore, d'un amendement de cohérence.

L'article 1435-4 prévoit expressément que l'ARS alloue des crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le fameux FIQCS, que celles et ceux d'entre vous qui suivent la loi de financement de la sécurité sociale connaissent bien.

Ce levier financier n'étant pas explicitement confié à l'ARS dans l'article L. 1431-2 que nous examinons, il convient, par cohérence, de prévoir les modalités d'attribution du FIQCS à l'ARS. Ce levier lui est évidemment totalement indispensable pour accomplir la mission d'organisation qui lui est confiée, en particulier dans le domaine des maisons de santé pluridisciplinaires, même si ce n'est qu'un exemple parmi d'autres.

L'amendement n° 1328 est donc un amendement de cohérence avec les votes précédemment intervenus.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission s'en est remise à la sagesse de notre assemblée sur cet amendement, étant donné que les dotations dont parle Mme la ministre étaient attribuées par les missions régionales de santé que remplacent les ARS, à qui il reviendra de les attribuer.

Par ailleurs, le d) du 2° de l'article L. 1431-2 prévoit également les compétences de l'ARS en matière de contrôle. Il ne semble donc pas utile de compléter le texte par cet alinéa et de faire référence au FIQCS, déjà mentionné, comme on vient de le rappeler, dans l'article L. 1434-4 relatif à la contractualisation.

La commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'amendement n° 1328.

**M. Alain Vasselle.** Comme M. le rapporteur, je m'interroge sur la pertinence de cet amendement. Il s'en est remis à la sagesse, en considérant que la dimension de contrôle n'avait pas forcément sa place dans cet alinéa.

Estimant que l'on doit mener le raisonnement jusqu'à son terme pour être parfaitement en cohérence avec des dispositions antérieurement adoptées, je pose donc la question suivante : M. le rapporteur propose-t-il un sous-amendement à l'amendement du Gouvernement ? Ou bien le Gouvernement envisage-t-il de rectifier son amendement pour tenir compte des observations faites par le rapporteur ?

La question des moyens mis à la disposition de l'ARS pour exercer sa mission de contrôle se posera effectivement.

Nous considérons déjà que la CNAM dispose de moyens parfois insuffisants pour exercer ses missions de contrôle. S'il faut envisager des transferts de personnel de la CNAM vers les ARS pour accomplir cette mission, que restera-t-il à la CNAM pour exercer ses propres missions de contrôle en matière de gestion du risque au niveau national ?

J'aimerais bien comprendre – je crois que nous en avons bien besoin – l'articulation du dispositif qui sera mis en œuvre. Je pense qu'il serait utile que Mme le ministre puisse nous éclairer sur ces points, afin que, le moment venu, il n'y ait aucune ambiguïté entre les deux acteurs devant exercer des missions de contrôle, la CNAM et les ARS.

Comment leurs actions respectives s'articuleront-elles pour que les unes et les autres soient complémentaires ? Comment éviterons-nous des tensions ou une possible concurrence entre les deux acteurs ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne pense pas que des tensions soient à craindre.

M. Jean-Marie Bertrand, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, présent au banc du Gouvernement, mène les négociations avec les différents échelons de l'assurance maladie. Bien entendu, les personnels actuellement chargés du contrôle de ces actions et de la mise en œuvre du FIQCS seront affectés aux ARS. Il n'y a absolument aucun souci. Les missions de contrôle seront effectivement assurées par les ARS.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1328.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 913, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De veiller à ce que les programmes d'observation et de contrôle prévus au a du 1° et les actions prévues au b du 1° contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales au sein de la région.

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.



**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** Le texte proposé pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique précise que les agences régionales de santé « organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ».

Il dispose également que les agences régionales « contribuent [...] à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ».

Notre amendement vise donc à compléter les dispositions prévues en précisant que ces actions et ces programmes contribuent à réduire les inégalités territoriales de santé.

Ces inégalités s'analysent aujourd'hui comme un véritable frein dans l'accès aux soins et s'accompagnent, d'après le rapport remis par M. Flajolet, d'inégalités territoriales de l'action sociale dans son ensemble. On ne peut que valider cette réflexion qui témoigne de ce que nous dénonçons : les professionnels de santé suivent le même mouvement d'abandon des territoires que l'ensemble des services publics.

Nous considérons donc que les agences régionales de santé doivent intégrer la lutte contre les inégalités territoriales et sociales au nombre de leurs priorités.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'objectif visé par cet amendement est explicitement rempli par les missions confiées aux agences régionales de santé.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable, non parce qu'il serait en désaccord sur le fond mais parce que l'amendement est déjà satisfait.

**Mme la présidente.** Madame Brigitte Gonthier-Maurin, l'amendement n° 913 est-il maintenu ?

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** Oui, madame la présidente.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 913.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1047, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les agences régionales de santé sont chargées de veiller à la mise en accessibilité des lieux de dépistage, de soins et de prévention, ainsi que des établissements médico-sociaux conformément aux dispositions de l'article 41 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Madame la ministre, l'accessibilité des personnes en situation de handicap dans la vie ordinaire constituait l'un des axes forts de la loi du 11 février 2005

pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. De nombreuses associations s'étaient mobilisées afin que ce principe ne reste pas lettre morte du fait des trop nombreuses dérogations accordées.

La loi du 11 février 2005 prévoit, dans son article 45, que « la chaîne du déplacement, qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite ».

S'agissant plus précisément du cadre bâti, l'article 41 dispose qu'« une collectivité publique ne peut accorder de subvention pour la construction, l'extension ou la transformation du gros œuvre d'un bâtiment [...] que si le maître d'ouvrage a produit un dossier relatif à l'accessibilité ».

Cet amendement s'inscrit dans une démarche de responsabilisation des ARS, afin qu'elles soient chargées de veiller à la mise en accessibilité des lieux de soin, de dépistage, de prévention, ainsi qu'à celle des établissements médico-sociaux.

En effet, si, aujourd'hui, l'accès aux soins spécifiques des personnes en situation de handicap est en partie assuré en France, ce n'est souvent ni le cas des soins courants ni celui des actions de dépistage ou de prévention.

Pourtant, nul ne l'ignore, la morbidité et la mortalité de ces personnes sont plus élevées que celles de la population générale, non seulement du fait de leur handicap, qui les prédispose à un risque plus élevé de pathologie, mais également du fait d'une prise en charge médicale souvent insuffisante ou inadéquate, ces problèmes d'accès aux soins ne faisant d'ailleurs que s'accroître lorsque les personnes sont polyhandicapées ou handicapées mentales.

Parce que l'accès aux soins primaires et préventifs est l'un des enjeux majeurs de l'égalité des chances, cet amendement tend à traiter l'une des causes identifiées de cette inégalité : l'inaccessibilité physique des structures aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission considère que cet amendement est satisfait, puisque la loi du 11 février 2005 a prévu des obligations en la matière ainsi que les modalités d'application de ces dernières.

La commission demande donc le retrait de l'amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Même avis, pour les mêmes motifs : la loi du 11 février 2005 a prévu toutes les conditions nécessaires à sa pleine application, y compris dans les établissements médicaux ou médico-sociaux.

**Mme la présidente.** Monsieur Le Menn, l'amendement n° 1047 est-il maintenu ?

**M. Jacky Le Menn.** Non, je le retire.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1047 est retiré.

L'amendement n° 1048, présenté par MM. Patient, Antoinette, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuhejava, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mme Le Texier,

MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les départements-régions d'outre-mer, les agences régionales de santé organisent l'offre de soins au niveau interrégional dans les conditions définies par la loi n° du .

La parole est à M. Georges Patient.

**M. Georges Patient.** Compte tenu de l'isolement des départements-régions d'outre-mer par rapport à l'hexagone, il est urgent, dans ces territoires, d'aider au développement et au renforcement de la coopération interrégionale.

L'offre de soins à l'échelle interrégionale est un élément primordial à mettre en place. Les concepts de mutualisation et de complémentarité sont incontournables pour améliorer l'offre de soins afin de s'inscrire dans une logique de santé publique.

Or cette coopération est difficilement réalisable, compte tenu des situations géographiques de ces territoires. Par exemple, dans la zone Antilles-Guyane, les structures les plus proches se situent, au mieux, à deux heures d'avion, sinon, lorsque les compétences requises sont absentes, à une journée d'avion. Encore faut-il qu'il y ait un avion !

Certes, la mise en place du schéma interrégional d'organisation sanitaire de la zone Antilles-Guyane est un pas non négligeable, qui témoigne de cette volonté de coopération et d'un souci de qualité au profit des populations de ces départements, mais elle est insuffisante.

L'adoption de cet amendement permettra à l'État de prendre les dispositions indispensables à la réalisation de ces coopérations, afin que ces départements-régions deviennent autonomes sur le plan sanitaire et puissent ainsi offrir un panel de soins complet. (*M. Jean Desessard applaudit.*)

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

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Cet amendement est satisfait par les dispositions figurant à l'article suivant. La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Le Gouvernement émet également un avis défavorable.

Il est vrai que la situation particulière de nos compatriotes ultramarins ne doit pas les empêcher de disposer d'une offre de soins de proximité ou, du moins, de relative proximité, qui soit de qualité. Cependant, cela n'est pas du ressort de la loi.

Nous avons déjà largement amorcé cette démarche. Les agences régionales de santé auront pour mission d'approfondir la coopération interrégionale.

Il faut également convenir de la nécessité d'approfondir les coopérations avec les départements. J'aurai l'occasion d'y revenir lors de la discussion de l'article 33, puisque le Gouvernement a l'intention de développer, entre la région de la Réunion et le département de Mayotte, une coopération du type de celle que vous souhaitez. Ce département et cette région disposeraient d'une agence de santé commune.

Il faut donc laisser beaucoup de souplesse à ces coopérations interrégionales que, comme vous, je défends. Cela ne me paraît pas, pour autant, ressortir au domaine de la loi. Légiférer tendrait, au contraire de démarches *ad hoc*, à imposer un carcan.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote sur l'amendement n° 1048.

**M. Jean Desessard.** Je voudrais insister non seulement sur la spécificité de l'outre-mer mais aussi sur les différences existant entre départements de l'outre-mer.

Certes, lorsque vous êtes à Mayotte, vous accédez à une offre de soins de proximité, avec un grand hôpital, mais ce n'est pas du tout la même chose quand vous allez en Guyane.

On dit que la Guyane est aussi vaste que le Portugal ou la Belgique ; en tout cas, c'est un très grand territoire où la question de l'accessibilité se pose de manière cruciale. Il faut tenir compte de cette spécificité pour déterminer les moyens à donner à un tel département.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Vous abondez dans mon sens !

**M. Jean Desessard.** Les mesures générales doivent se décliner en fonction des caractéristiques particulières d'un territoire.

Puisque mes collègues guyanais sont présents, je vous rappellerai, madame la ministre, un voyage que vous avez fait il y a un an...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Vous aurez votre réponse !

**M. Jean Desessard.** Vous vous êtes rendue en pirogue à Twenke, (*Sourires.*) que mes collègues guyanais, bien au fait des conditions difficiles des villages amérindiens, connaissent bien.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Nous sommes pour que vous retourniez tous deux à Twenke, madame la ministre et monsieur Desessard ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. Jean Desessard.** Je voudrais surtout, madame la ministre, que l'engagement que vous avez pris auprès du village amérindien de Twenke soit tenu, et que le centre médical de prévention soit réhabilité ; cela ne coûterait vraiment pas cher.

Vous m'avez d'ores et déjà annoncé que vous alliez me donner une réponse positive. Je l'attends donc avec impatience ; j'espère en tout cas l'obtenir avant vendredi soir, puisque c'est à cette date qu'est prévu le terme de l'examen du présent projet de loi !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Vous l'aurez au titre II !

**M. Jean Desessard.** Au demeurant, j'aurai de nouveau l'occasion, lors de la discussion d'amendements ultérieurs, d'appuyer les demandes spécifiques formulées sur d'autres sujets par mes collègues guyanais compte tenu de l'immensité du territoire et des difficultés de communication rencontrées. C'est ainsi que je reviendrai notamment sur la situation du centre médical d'Apatou.

**Mme la présidente.** Monsieur Patient, l'amendement n° 1048 est-il maintenu ?

**M. Georges Patient.** Oui, je le maintiens, madame la présidente.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1048.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1049, présenté par MM. Patient, Antoinette, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuhejava, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mme Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schilling, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les départements-régions d'outre-mer, les agences régionales de santé sont consultées pour la création des postes de praticiens hospitaliers universitaires visant à renforcer les moyens de formation et de recherche des unités de formation et de recherche concernées.

La parole est à M. Georges Patient.

**M. Georges Patient.** Nous en sommes tous convenus, les systèmes de formation doivent inciter les étudiants à se tourner vers la médecine générale, afin de « repeupler » en médecins généralistes les territoires qui en sont dépourvus.

En effet, si le problème de la démographie médicale est inquiétant dans l'ensemble des départements de l'hexagone, il est encore plus prégnant dans les départements d'outre-mer, qui souffrent du niveau le plus faible de France en la matière.

En 2006, on y dénombrait ainsi 219 médecins pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale était de 327. Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, les effectifs baisseront de 10 % d'ici à 2030.

En outre, force est de constater une sous-dotation chronique en praticiens universitaires, qui met en danger des universités encore jeunes. La faculté de médecine des Antilles-Guyane, créée en 1988, ne dispose ainsi, à l'heure actuelle, que de 23 personnels hospitalo-universitaires.

Sans une accélération du nombre de création de postes, cette faculté n'atteindra que dans soixante ans le niveau constaté au CHU de Limoges, lequel est, après celui des Antilles-Guyane, le moins pourvu de France.

Il est donc urgent de pallier ces déficits, et c'est tout l'objet de notre amendement, qui vise à permettre au Gouvernement de prendre des dispositions particulières en ce sens.

Les ARS, de par leurs missions et compétences, seront en mesure de transmettre aux ministères concernés les besoins de chaque département-région d'outre-mer.

Madame la ministre, mes chers collègues, à l'heure où, d'une part, la mission commune d'information sénatoriale sur la situation des départements d'outre-mer – certains de mes collègues ici présents en font d'ailleurs partie et nous ont accompagnés lors de nos multiples déplacements –, et, d'autre part, les états généraux de l'outre-mer poursuivent leurs travaux, je vous remercie de bien vouloir entendre ces arguments qui visent à transcrire une réalité difficile à vivre.

**M. Jean Desessard.** Bravo !

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

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Mon cher collègue, si nous sommes très favorables à la consultation des agences régionales de santé dans ce domaine, nous sommes en revanche défavorables au fait d'élever une telle contrainte au niveau législatif. Malgré tout, je comprends toutes les raisons qui vous poussent à défendre cet amendement, ayant moi-même des liens familiaux avec des personnels hospitaliers de Guyane.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Monsieur Patient, la création d'emplois hospitalo-universitaires peut évidemment contribuer à l'amélioration de l'offre de soins en Guyane et dans d'autres départements d'outre-mer. D'ailleurs, un dispositif quelque peu similaire à celui que vous proposez fonctionne déjà aussi bien dans les DOM qu'en métropole.

Le directeur général de l'ARS pourra, comme l'exécutif de l'ARH actuellement, participer avec les autres services compétents de mon ministère et de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche, que je n'aurais garde d'oublier lorsqu'il est question de praticiens hospitalo-universitaires, et aux côtés des représentants des CHU – vous savez à quel point ceux-ci souhaitent garder la main dans cette affaire ! –, à la définition de la politique à suivre en matière de recrutement hospitalo-universitaire.

Mesdames, messieurs les sénateurs, une attention particulière sur les postes de praticiens hospitalo-universitaires pourra évidemment faire partie des objectifs régionaux spécifiques à assigner au directeur général de l'agence régionale de santé dans le contrat d'objectifs et de moyens que je serai amenée à signer avec lui. Soyez assurés que, dans ce cadre, je souhaite agir de manière extrêmement volontariste pour que la situation de l'outre-mer dans le domaine de la santé fasse l'objet d'un examen attentif. C'est d'ailleurs l'une des propositions qui figure dans le plan santé outre-mer.

Par conséquent, monsieur Patient, nous partageons vos objectifs : la situation particulière des ultra-marins sera bien prise en compte.

Cela étant, comme l'a très bien dit M. le président de la commission des affaires sociales, une telle disposition ne ressortit pas au domaine législatif. Je vous serai donc très reconnaissante de bien vouloir retirer votre amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-Etienne Antoinette, pour explication de vote.

**M. Jean-Etienne Antoinette.** Nous avons bien entendu les arguments avancés tant par Mme la ministre que par M. le président de la commission des affaires sociales.

Pour autant, après plusieurs décennies, un constat s'impose : que ce soit pour des raisons historiques ou structurelles, à ce jour, dans nos départements, certaines pathologies ne sont pas soignées et d'autres y sont plus développées qu'ailleurs. Nous avons également le taux de natalité le plus élevé de tous les départements.

Nous sommes, ici, au cœur du sujet : l'écart se creuse entre l'offre de soins dans la France hexagonale et celle dans les départements d'outre-mer. Le déséquilibre est tel que, à un moment donné, c'est le législateur qui doit intervenir pour y remédier.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.



**M. Jean Desessard.** Madame la ministre, mes chers collègues, permettez-moi de rappeler ce que demandent, au juste, les auteurs de l'amendement n° 1049 : « Dans les départements-régions d'outre-mer, les agences régionales de santé sont consultées pour la création des postes de praticiens hospitaliers universitaires visant à renforcer les moyens de formation et de recherche des unités de formation et de recherche concernées. » Franchement, comment pouvons-nous être hostiles à une telle proposition ?

Elle a au contraire tout son intérêt : au-delà des spécificités de l'outre-mer, il s'agit de prendre en considération le retard en termes d'offre médicale constaté dans ces territoires.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Les ARS seront évidemment consultées. N'inscrivons pas une telle contrainte dans la loi !

**M. Jean Desessard.** Monsieur About, si, à un moment donné, les élus ne donnent pas l'impulsion nécessaire, que pensez-vous qu'il adviendra ? Au regard des difficultés de gestion que rencontre le ministère, notamment au niveau financier, les spécificités de l'outre-mer ne seront jamais prises en compte ! Dans la mesure où tout est centralisé à Paris, si rien n'est fait, les ultra-marins devront se débrouiller tout seuls et, comme le disait notre collègue guyanais, le déséquilibre constaté pourra ainsi persister encore pendant dix ou vingt ans. Tant que les arbitrages ne seront pas rendus en leur faveur, aucun financement ne leur sera attribué. Quand l'argent manque, comme c'est le cas aujourd'hui, on réduit les crédits partout où c'est possible !

Refuser que les agences régionales de santé soient consultées à propos des besoins en personnels, c'est véritablement ne pas tenir compte de la spécificité des départements d'outre-mer, en particulier celle de la Guyane.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Michel Magras, pour explication de vote.

**M. Michel Magras.** Madame la ministre, mes chers collègues, l'un des objectifs affichés dans le présent projet de loi est l'égal accès aux soins pour tous les Français.

**M. Jean Desessard.** Ce n'est pas le cas !

**M. Michel Magras.** Et cela ne le sera jamais ! Nous avons examiné tout à l'heure un amendement visant à fixer des durées maximales d'accessibilité aux centres de soins. En théorie, j'aurais dû voter un tel amendement, mais je me suis abstenu parce qu'il est irréaliste, sauf à prévoir des délais différents en fonction des particularités de telle ou telle région, notamment outre-mer.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* C'est évident !

**M. Michel Magras.** À Saint-Barthélemy, nous n'avons pas de centre hospitalier. Or, plus aucun avion ne décolle de l'île en soirée, à partir de dix-neuf heures, et ce jusqu'au lendemain matin, six heures. Autrement dit, lorsque, durant cette plage horaire, une personne est victime d'un accident ou d'un malaise, quel qu'il soit, les urgentistes - auxquels je rends hommage - sont obligés de la prendre en charge la nuit entière. Pour les cas extrêmes, ils peuvent demander au préfet de procéder à une réquisition pour autoriser un décollage de nuit, mais sous la seule responsabilité du commandant de bord, car la piste ne mesure que huit cents mètres !

Nous sommes en train d'examiner une belle loi ; je la soutiens parce qu'elle prépare l'avenir et va dans le sens du progrès. Il faudra certes prendre en compte, à un moment donné, les spécificités de l'outre-mer et les inscrire dans la loi, mais il ne sera sans doute pas possible de le faire dans celle-là.

Par ailleurs, il est heureux, de mon point de vue, d'avoir décidé que les représentants des collectivités continueront de présider les conseils de surveillance. Ce sont des élus du peuple, qui ont toute légitimité ; attendus au sein de ces conseils, ils prennent les engagements, notamment financiers, au nom des collectivités. Croyez-moi, si les collectivités des petites îles ne s'impliquaient pas autant dans le domaine de la santé, nous n'en serions pas là où nous en sommes aujourd'hui !

Madame la ministre, en tant que sénateur de Saint-Barthélemy, il est fort probable que, dans les semaines ou les mois à venir, je sois appelé à vous faire part des propositions émanant de ma collectivité d'origine, en vue d'adapter et d'améliorer la réglementation nationale à notre réalité.

**M. Jean Desessard.** Et alors ?

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1049.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 916, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le texte proposé par cet article pour l'article 1431-3 du code de la santé publique :

« *Art. L. 1431-3.* - Le ministre en charge de la santé peut proposer la constitution d'agences interrégionales de santé et de l'autonomie. Ce projet est transmis pour avis au représentant de chacune des régions concernées. Les agences ainsi constituées se voient confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé et de l'autonomie.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Votre projet de loi, madame la ministre, prévoit des agences interrégionales de santé, afin d'intégrer des politiques qui, selon vous, ne peuvent se limiter à une approche régionale trop restrictive compte tenu de la dimension des territoires concernés.

Cette proposition suscite un certain nombre d'interrogations de notre part, car nous craignons que la constitution de telles agences n'ait pour conséquence de contredire, dans les faits, les déclarations faites autour de la création des agences régionales de santé, à savoir le rapprochement du lieu de décision des acteurs de terrain.

Nous craignons également que cette concentration au-delà de la région ne vienne définitivement marquer la reprise en main de l'offre de soins et de la gestion du risque par le Gouvernement, qui pourra, si cet article était adopté en l'état, décider seul de constituer de telles agences.

De telles craintes sont fondées. Pour s'en convaincre, il n'est qu'à voir ce qui s'est passé avec les anciennes directions départementales de l'équipement.

Nous avons vu que, dans le domaine de la santé, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les DRASS, et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les DDASS, et bien d'autres organismes seraient en fait intégrés dans les ARS.

Nous connaissons aussi l'exemple des directions départementales de l'équipement : des directions interrégionales ont été mises en place. On a vu, par exemple, se créer une direction interrégionale Centre Est Atlantique. J'ai été étonné de recevoir, dans ma permanence, des personnes ayant parcouru des centaines de kilomètres pour venir m'expliquer, à propos d'importants projets routiers, les conséquences de la concentration et de la mise en place de ces directions interrégionales.

Pour le groupe CRC-SPG, l'idée d'impulser une dynamique interrégionale pourrait être positive – nous n'y sommes pas *a priori* défavorables! –, si toutefois cette construction se faisait dans le respect des schémas et des décisions arrêtées au niveau national et, naturellement, ne privait pas les collectivités territoriales de leur champ d'intervention.

Nous considérons, par ailleurs, et c'est l'objet de notre amendement, que la création de telles agences interrégionales doit impérativement être approuvée par les représentants des collectivités territoriales, particulièrement par les conseillers régionaux car, par leur connaissance du terrain ainsi que des réalités sociales et territoriales, ils sont les mieux à même de constater les besoins de constitution de ces agences.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** On ne peut être que très favorable à l'idée de consulter les responsables des régions, qu'ils soient préfets ou présidents de conseils régionaux. Pourtant, la commission a considéré qu'il n'était pas nécessaire d'inscrire dans la loi une telle recommandation. Sinon, il faudrait également prévoir dans la loi, de peur que Mme la ministre n'oublie de les consulter, que le ministre ne peut agir avant d'avoir consulté le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le directeur général de la santé, etc.

**M. Bernard Cazeau.** Ce n'est pas la même chose ! Ce sont des fonctionnaires !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Nous serions contraints de multiplier les amendements afin de faire figurer dans la loi tous ces hauts responsables. Il est évident, en effet, que l'avis de toutes ces personnalités serait très intéressant avant la mise en place des structures interrégionales. Mais si le ministre ne consulte pas les préfets et les présidents de région, on se demande franchement à quoi ils peuvent bien servir !

La commission a donc émis, avec respect, un avis défavorable. (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

**M. François Autain.** Avec respect !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est évident que la procédure décrétole, réglementaire, emporte avec elle un certain nombre de consultations indispensables, qui seront menées préalablement à toute décision de mise en place de la coopération interrégionale.

Mais le problème, qui se pose de façon récurrente, est celui des listes. Soit la liste est exhaustive, soit elle n'est pas. En effet, si elle est incomplète, elle peut être source de confusion et « scotomiser » la décision publique, c'est-à-dire la « pureté » législative.

Il ne faut donc pas aller au-delà des dispositions prévues. C'est la raison pour laquelle j'émet un avis défavorable sur cet amendement. Mais, bien entendu, comme l'a dit fort justement M. le président de la commission, ces consultations auront lieu !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Il ne faudrait pas que M. le président de la commission caricature notre position. Nous savons, bien entendu, que tous les acteurs concernés de la hiérarchie administrative seront consultés. Mais cet amendement tendait à la saisine des élus.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela ne figure pas dans l'amendement !

**M. Guy Fischer.** Je l'ai dit en le présentant. Vous ne devez pas entendre uniquement ce que vous voulez, monsieur About !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 916.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 917, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

de surveillance

par les mots :

d'administration

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Comme nous l'avons déjà dénoncé, le schéma de l'article 26 vise concrètement à donner une large partie des pouvoirs de décision au seul directeur général de l'agence régionale de santé. La principale fonction de ce « superpréfet » du secteur sanitaire et social est de décliner la politique de régulation comptable des dépenses de santé décidée, en fonction de considérations purement financières, dans les lois de financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire de décliner la politique du Gouvernement. Le conseil de surveillance de chaque agence serait simplement habilité à lui donner quitus.

Or ce n'est pas d'un simple contrôle *a posteriori* dont ont besoin les professionnels de santé et les patients, c'est d'une véritable définition, la plus démocratique possible, d'objectifs prenant en compte les besoins de santé de la population. Un conseil d'administration serait mieux à même d'accomplir cette mission. Mais vous avez systématiquement supprimé cette structure pour la remplacer, comme on l'a vu pour l'hôpital, par un conseil de surveillance. Quant au conseil d'exécution, vous l'avez remplacé par un directoire. Ces deux structures, conseil de surveillance et directoire, sont empruntées à la gestion des entreprises.

Nous aurions préféré, pour différentes raisons, que le conseil d'administration soit maintenu à la place du conseil de surveillance.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Nous comprenons le souhait des auteurs de cet amendement, mais nous préférons rester cohérents avec notre position ; l'avis est donc défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. Autain manie comme une injure les termes de « préfet sanitaire ».

**M. François Autain.** Pas du tout !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour ma part, je les revendique ! L'État assume des fonctions éminentes dans l'organisation de la santé. Il s'agit même d'une fonction régaliennne. Le préfet, qui applique sur le terrain les politiques de l'État, décidées par un gouvernement démocratiquement choisi, assume une fonction absolument indispensable.

Il commence à être lassant de vous entendre, monsieur Autain, au fur et à mesure de ce débat, traiter de façon méprisante les directeurs généraux d'ARS de « préfets sanitaires ».

**M. Guy Fischer.** Non !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je revendique le fait que les missions relevant de la responsabilité de l'État soient mises en œuvre et assurées. Les citoyens ne s'y trompent pas lorsqu'ils demandent au Gouvernement des comptes sur la politique de santé. Vous-même, en tant que parlementaire, vous nous demandez des comptes, et vous avez raison de le faire !

Il faut en finir avec cette vision méprisante des futurs directeurs généraux des agences régionales de santé mais aussi des préfets, qui remplissent au nom de l'État démocratique des missions éminentes.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Absolument !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je le répète, je trouve cela déplaisant.

Le conseil de surveillance des agences régionales de santé est doté d'un réel pouvoir d'orientation sur les objectifs et les dispositions qui permettront de mettre en œuvre, au niveau de la région, la politique nationale et régionale de santé.

Comparons ce dispositif avec celui qui existe actuellement. Je vous le demande, mesdames, messieurs, les sénateurs, vous qui êtes pour la plupart des élus locaux : quel rôle ont les élus au sein des agences régionales de l'hospitalisation ? Un rôle quasiment nul, reconnaissez-le ! Cette disposition représente donc un progrès considérable pour les élus locaux dans le cadre de la création des agences régionales de santé.

Pourquoi avoir choisi la structure du conseil de surveillance plutôt que celle du conseil d'administration ? Justement parce que l'État ne veut pas fuir ses responsabilités et parce que l'ARS n'est pas un établissement public classique ! L'ARS est le symbole de l'union de l'État et de l'assurance maladie, au service de la santé de nos concitoyens, ce que traduit la place des deux acteurs clés au sein du conseil de surveillance. Le conseil de surveillance de l'ARS sera aussi un lieu de rencontre et de concertation entre les décideurs et les bénéficiaires des politiques de santé dans les régions, quand bien même ces dernières ne financent pas toutes les politiques mises en œuvre par l'ARS.

Le conseil de surveillance est doté de réelles compétences qui, jusqu'à présent, étaient totalement inexistantes au sein de l'administration de la santé, et permet une représentation équilibrée des décideurs et des bénéficiaires. Je crois qu'il faut en rester à ces avancées majeures et aux responsabilités de chacun dans ce domaine.

C'est la raison pour laquelle je suis défavorable à cet amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Vous avez mal compris mes propos, madame la ministre. Il n'y a aucune connotation péjorative dans le fait de nommer « préfet » le directeur général de l'agence régionale de santé. J'ai même entendu certains le désigner comme un « superpréfet sanitaire ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'éprouve tout de même une certaine lassitude ! À chaque fois, nous avons droit aux « préfets sanitaires » !

**M. François Autain.** Il s'agissait de mieux caractériser les responsabilités que vous lui confiez !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous commencez à vous excuser !

**M. François Autain.** Par ailleurs, vous ne semblez pas assumer véritablement l'ampleur des fonctions que ce directeur général sera amené à exercer.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je l'assume parfaitement ! Assumez, vous aussi, vos propos !

**M. François Autain.** Il aurait mieux valu l'appeler, je ne dirais pas « commissaire de la République de santé », mais « préfet de santé ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Directeur général de l'ARS !

**M. François Autain.** Ces termes conviendraient mieux, dans la mesure où sa fonction consiste uniquement à appliquer la politique du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Et de l'assurance maladie !

**M. François Autain.** Pour notre part, nous avons naïvement pensé, lorsque vous parliez de régionalisation et de démocratisation du système de santé, que ce directeur serait accompagné et aidé par une structure véritablement démocratique. Il nous semblait qu'un conseil d'administration et une conférence régionale de santé étaient des structures qui lui permettraient d'orienter ses choix.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ça patauge !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Laborieux !

**M. François Autain.** Or, au lieu d'un conseil d'administration, vous créez un conseil de surveillance, qui n'exerce qu'un rôle de contrôle, et une conférence régionale de santé dont la place, malheureusement, est tout à fait secondaire.

Vous nous avez présenté cette réforme comme une décentralisation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non ! Une déconcentration ! Ce n'est pas la même chose !

**M. François Autain.** Nous pensions que vous aviez la volonté de démocratiser le système. Peut-être avons-nous eu tort ! Nous sommes donc un peu déçus, et j'ai traduit tout à l'heure notre déception dans mon intervention.



**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si c'est la région qui finance, c'est une décentralisation. Mais ici, elle ne paie rien !

**M. François Autain.** Ne voyez de ma part aucune attaque contre ces piliers de la République que sont les préfets et les super-préfets, même s'il n'en existe plus beaucoup. À moins qu'ils ne réapparaissent en même temps que les directeurs généraux des agences régionales de santé...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Allez au bout de votre logique !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 917.  
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 880, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

Au début du quatrième alinéa (1°) du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée

par les mots :

Un conseil régional de la santé et de l'autonomie, chargé

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** Cet amendement a une valeur symbolique, puisqu'il porte sur la seule dénomination de la conférence régionale de santé. Mais il vise à exprimer une logique plus ambitieuse que celle qui anime le projet de loi.

La semaine dernière, j'ai déjà exprimé l'opinion des Verts : si nous sommes favorables, dans le principe, à la mise en place d'agences régionales de santé, c'est d'abord pour mettre sur pied une véritable démocratie sanitaire, qui doit être à la base de la réforme de l'organisation du système de santé.

En transformant la conférence régionale de santé en conseil régional de la santé, nous souhaitons conférer à cette instance une dimension réellement représentative de l'ensemble des acteurs des secteurs médical et médico-social, qu'il s'agisse des professionnels, des usagers ou des élus locaux, et lui confier un pouvoir de réflexion et d'initiative, notamment sur la politique de santé publique au niveau régional.

Cette dimension est d'autant plus importante que ce conseil, qui n'a qu'un caractère consultatif, serait ainsi mieux à même d'exprimer des avis éclairés et partagés par l'ensemble des acteurs des secteurs concernés.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le changement d'appellation proposé par M. Desessard ne modifie ni la nature ni le rôle d'une institution. En outre, il paraît souhaitable d'éviter toute confusion avec le conseil régional politique qui, rappelons-le, ne finance pas directement la politique de santé. J'émet donc, au nom de la commission, un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'avis du Gouvernement est défavorable pour les mêmes raisons : outre que ce changement d'appellation n'apporte pas d'amélioration, il risque de créer de la confusion.

**Mme la présidente.** Monsieur Desessard, l'amendement n° 880 est-il maintenu ?

**M. Jean Desessard.** Non, je le retire, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 880 est retiré.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1137 est présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste.

L'amendement n° 1159 rectifié est présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans le 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

par ses avis

La parole est à Mme Anne-Marie Payet, pour présenter l'amendement n° 1137.

**Mme Anne-Marie Payet.** L'objet de cet amendement est de faire en sorte que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, instance de la démocratie sanitaire, ne soit pas exclusivement un organe consultatif. Elle doit pouvoir pleinement participer à la définition des actions menées par l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 1159 rectifié.

**M. Gilbert Barbier.** Nous souhaitons étendre les compétences de la conférence régionale de santé au-delà d'une fonction consultative et lui conférer un rôle positif en rendant plus active sa participation à la définition de la politique de santé régionale à laquelle elle apportera sa contribution spécifique.

L'intérêt de cette conférence est de rassembler des personnes qui, grâce à leur bonne connaissance du milieu, peuvent transmettre des informations intéressantes au directeur de l'ARS ; il lui reviendra de les mettre en forme et de décider s'il y a lieu ou non les retenir.

Plutôt que d'organiser un système où les informations circulent du haut vers le bas, faisons en sorte d'inverser le processus et de faire remonter les informations !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur les amendements identiques n° 1137 et 1159 rectifié ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les actuelles conférences régionales de santé n'ont que des compétences consultatives, conformément à la logique qui a présidé à leur institution. S'il paraît difficile de confier à ces instances un pouvoir de décision...

**M. Gilbert Barbier.** Ce n'est pas ce que nous recherchons !

**M. Alain Milon, rapporteur.** ... dont on ignore sur quoi il pourrait porter, elles ne seront pas dépourvues d'une réelle influence : on leur reconnaît le droit de faire des propositions. Elles se voient attribuer des compétences consultatives, et leurs avis seront rendus publics. Elles pourront notamment organiser un débat public sur les questions de leur choix.

Je demande aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer ; sinon, l'avis sera défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je tiens à remercier Mme Payet et M. Barbier pour leur participation très active au débat et pour leurs propositions souvent très pertinentes.

Vous vous préoccupez, comme nous, de promouvoir la démocratie sanitaire. Le projet de loi est porteur d'avancées et de progrès considérables par rapport à la situation actuelle, où les acteurs de terrain sont exclus du processus d'élaboration de cette démocratie sanitaire. Quand la loi sera votée, j'invite les observateurs à procéder à un état des lieux comparé, avant et après!

Le projet de loi élargit considérablement le droit de regard et d'intervention des différents acteurs régionaux, jusqu'à maintenant très limité, voire totalement inexistant. La conférence régionale de santé et de l'autonomie est au cœur de cette gouvernance refondée du système de santé. Organe vivant de démocratie sanitaire, elle acte la reconnaissance d'une communauté des acteurs de santé et devient un lieu essentiel de contribution à la conception même de la politique régionale de santé.

Ses attributions s'exercent dans le cadre d'un périmètre d'action considérablement élargi puisqu'il va couvrir l'intégralité du champ de la santé. Elle sera un lieu de concertation sur les questions de santé, où s'exprimeront des perceptions croisées sur les besoins de santé existants et sur les problèmes de prise en charge correspondants. Ses prérogatives seront renforcées: elle pourra, notamment, se saisir de toute question de son choix.

Le point le plus important concerne sans doute les modalités d'exercice de ses compétences. Associée à la stratégie de l'agence régionale de santé pour définir ses objectifs et ses priorités d'action, elle participera à l'évaluation et à l'élaboration de la politique régionale de santé et donnera son avis sur un document fondamental, le plan stratégique régional de santé, où seront déterminés les objectifs de santé pour la région.

De plus, le directeur général de l'ARS rend compte, au moins une fois par an devant la conférence régionale, du bilan de la mise en œuvre de la politique régionale de santé. À cette occasion, il l'informe des suites qui auront été données à ses avis.

La conférence est chargée de l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

L'agence régionale de santé mettra à la disposition de la conférence régionale des moyens de fonctionnement qui seront les garants de son indépendance et de sa crédibilité.

Ces progrès de la démocratie sanitaire sont considérables. Il ne faut pas en minimiser la portée, bien au contraire!

En revanche, il ne me paraît ni raisonnable ni conforme à l'esprit du texte de confier la responsabilité des politiques à mener à une assemblée consultative composée d'une centaine de personnes qui n'auront pas de comptes à rendre à nos concitoyens puisqu'elles n'auront pas été élues.

Cet amendement vise clairement à transformer cette assemblée, jusque-là consultative, en instance exécutive. Or, ses membres, dépourvus de mandats électifs, pas plus qu'ils ne sont responsables devant nos concitoyens ne le sont devant une quelconque chaîne administrative. J'ajouterai, enfin et surtout, qu'ils n'ont pas la responsabilité du financement de ces politiques de santé! Pour toutes ces raisons, il faut que le rôle de ces assemblées demeure consultatif.

Au bénéfice des ces explications, je serais très reconnaissante à Mme Payet et à M. Barbier de bien vouloir retirer leurs amendements, non sans leur assurer que la conférence régionale de santé est un élément capital de la démocratie sanitaire. Je les remercie une fois encore de leur implication dans ce débat très important.

**M. Bernard Cazeau.** La pommade!

**Mme la présidente.** Madame Anne-Marie Payet, l'amendement n° 1137 est-il maintenu?

**Mme Anne-Marie Payet.** Non, je le retire, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1137 est retiré.

Monsieur Barbier, l'amendement n° 1159 rectifié est-il maintenu?

**M. Gilbert Barbier.** Non, je le retire, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1159 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1325, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

Dans le quatrième alinéa (1°) du texte proposé par cet article pour l'article L.1432-1 du code de la santé publique, remplacer les mots:

actions menées par

par les mots:

objectifs et des actions de

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai déjà défendu cet amendement en exposant l'avis du Gouvernement sur les amendements précédents qui m'ont permis de préciser le rôle de la conférence régionale de la santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Favorable.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1325.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1051, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé:

Après le 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé:

« 1°*bis* Un comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale qui, par ses avis, contribue à l'élaboration de la politique d'action sociale et médico-sociale mentionnée aux articles L.116-1 et L.116-2 du code de l'action sociale et des familles;

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** La consultation participe du bon exercice de la démocratie et constitue une aide souvent irremplaçable à la décision. Ce constat est valable quelles que soient les formes d'organisation concernées, y compris celle

qui est à la base de l'élaboration de la politique d'action sociale et médico-sociale telle qu'elle est mentionnée aux articles L. 116-1 et 116-2 du code de l'action sociale et des familles.

Au niveau consultatif, le projet de loi mentionne la conférence régionale de santé et prévoit la disparition des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, les CROSMS. Il est primordial de maintenir la seule instance transversale du secteur social et médico-social qui fait consensus auprès des acteurs des secteurs concernés. Il est donc souhaitable que le texte proposé pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique soit complété afin de faire référence à cette instance.

Très attentive à l'inquiétude des associations, je recueille leurs interrogations sur les risques qu'induit cette orientation : une culture des ARS qui se calerait sur celle des agences régionales de l'hospitalisation entraînerait, entre autres, une mise en œuvre des actions sans réelle concertation avec les associations représentatives des personnes en situation de handicap. Or ce secteur s'est précisément bâti sur sa connaissance fine, locale des personnes en situation de handicap. Ces associations sont bien souvent les mieux placées pour repérer les besoins et, surtout, élaborer des réponses adaptées et innovantes.

Les associations s'inquiètent donc légitimement : cette orientation augure-t-elle de leur mise à l'écart du conseil d'administration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA, des comités exécutifs, COMEX, ou des maisons départementales des personnes handicapées, MDPH ? Faut-il voir là le risque de résurgence de l'amendement About qui prônait, lors des débats de la loi de 2005, l'interdiction pour une association représentative d'usagers d'être gestionnaire d'un établissement ?

Ainsi la suppression des CROSMS, rayés de la carte par le projet de loi, signifie la disparition du seul organisme consultatif régional ayant une vision globale de l'ensemble des dispositifs sociaux et médico-sociaux et qui, de surcroît, de par sa composition plurielle, n'est pas confondu avec l'autorité publique en charge d'autoriser et de financer. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

**M. François Autain.** C'est un amendement très intéressant !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Tout l'intérêt de la création des agences régionales de santé est d'offrir une vue d'ensemble et une politique coordonnée en matière de santé et dans le domaine médico-social. Il serait donc peu cohérent de rétablir une dichotomie au sein des organes consultatifs.

La commission est défavorable à l'amendement n° 1051.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Le maintien des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale sèmerait la confusion dans l'organisation très pensée de ce texte.

Le projet de loi crée un organe stratégique : la conférence régionale de santé et de l'autonomie, qui aura une formation plénière et une formation spécialisée dans le médico-social.

Les partenaires du CROSMS y seront représentés et continueront d'exercer les principales missions qui leur sont dévolues dans l'actuel comité. Les compétences ainsi

reprises, notamment celles qui sont relatives à l'évaluation des besoins et aux schémas, s'inscriront dans le cadre d'ensemble des problématiques de santé à l'échelon régional.

En outre, les autres instances de concertation avec les acteurs, notamment les usagers et les professionnels, sont maintenues dans le champ social avec une dimension intersectorielle. Je citerai quelques exemples : les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées, les CDCPH, et les comités départementaux des retraités et personnes âgées, les CODERPA, ne vont pas disparaître. Ils continueront d'exister, en complémentarité avec les CROSMS.

Enfin, je rappelle que la mise en place d'une nouvelle procédure d'appel à projets préalable à l'autorisation vise à organiser de façon plus efficace la sélection des projets de création d'établissements et de services : les projets s'inscrivent dans l'approche collective des besoins et des choix stratégiques. La participation des membres qui étaient présents dans le cadre des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale est maintenue. Cette procédure comparative plus transparente offrira davantage de garanties aux promoteurs.

Par ailleurs, les projets retenus auront vocation à être autorisés et financés immédiatement par l'autorité publique compétente, ce qui, vous le savez, n'est pas le cas aujourd'hui : une autorisation du CROSMS n'est pas forcément assortie d'un financement, lequel peut n'être accordé que bien plus tard. Avec ce nouveau système, autorisation et financement iront de pair.

Enfin, une instance de coordination est prévue au sein de cette organisation globale, qui permettra aux collectivités territoriales que sont les conseils généraux et aux représentants de l'État dans les ARS d'assurer, en amont des schémas, un vrai travail d'articulation. C'est la commission des affaires sociales qui a d'ailleurs apporté cette précision dans le texte que nous examinons aujourd'hui.

Cela permettra d'avoir une vision globale stratégique, partagée le plus en amont possible, puisque chacun sera consulté, à son niveau, dans le respect de ses compétences, et ce dans l'intérêt tant des opérateurs que des populations visées.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Très bien !

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour explication de vote.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Madame la secrétaire d'État, j'ai écouté très attentivement vos explications.

Le secteur médico-social, dont nous sommes toutes deux issues, n'a pas la même culture que l'entreprise ; ainsi, le système des appels à projets, qui a pu être mis en place dans le cadre de la formation professionnelle, a montré ses limites.

Nos collègues se posent donc de nombreuses questions sur ce sujet : ces procédures concerneront-elles des extensions ou des créations ? Seront-elles destinées à délivrer des habilitations annuelles ? Je souhaite que vous puissiez nous apporter des précisions dans ce domaine.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Pour ma part, je partage tout à fait les inquiétudes que Mme Jarraud-Vergnolle vient d'exprimer.



L'expérience montre en effet que la procédure d'appel à projets a pour première conséquence d'éliminer les petites structures.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Procès d'intention!

**M. Guy Fischer.** Non, madame la ministre! Je vous fais simplement part de mon expérience, notamment dans le domaine de la formation professionnelle.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est curieux de soutenir une telle position tout en plaidant en faveur de la démocratie!

**M. Guy Fischer.** Vous n'êtes pas la seule à vous soucier du développement de la démocratie. Mais, jusqu'à présent, vous n'avez fait que la bâillonner! (*Mme la ministre sourit.*)

Vous pouvez toujours sourire et prendre les choses à la légère (*Mme la ministre proteste.*), il n'en demeure pas moins que le monde médico-social, y compris les grandes associations, est très inquiet pour son avenir. Pour ma part, je partage tout à fait leurs inquiétudes.

Vous encouragez avant tout la mutualisation des moyens et les restructurations, c'est-à-dire les regroupements, afin de réduire la dépense. Je ne dis pas qu'il ne faut pas veiller à la façon dont l'argent public est dépensé! Mais ce qui est au cœur de votre projet, c'est la diminution de la dépense publique. Vous pensez que le secteur médico-social représente un véritable gisement à cet égard.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est le contraire! Il est le grand bénéficiaire!

**M. Guy Fischer.** Nous verrons dans quelques années comment ces dispositions s'appliqueront.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Que de contre-vérités!

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Je souhaite apporter quelques précisions à la suite de ces deux interventions.

Contrairement à ce qui vient d'être dit, la première partie du travail législatif, effectué par l'Assemblée nationale et la commission des affaires sociales du Sénat, a permis d'enregistrer de nombreuses avancées et, notamment, de sécuriser complètement le secteur médico-social, grâce à l'affirmation de certains principes que j'ai rappelés au début de la discussion.

Si des inquiétudes avaient pu naître concernant les financements, qui étaient prévus sans toutefois être inscrits précisément dans le projet de loi initial, le principe de la fongibilité asymétrique est désormais clairement énoncé.

**M. Guy Fischer.** C'est splendide!

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela vous gêne!

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Cela signifie, vous le savez bien, que les moyens du secteur médico-social ne pourront pas être utilisés dans le secteur sanitaire. En revanche, en cas de transformation d'unités, les moyens du secteur sanitaire seront transférés au secteur médico-social.

La loi garantira donc désormais que le secteur médico-social bénéficiera des moyens dont il a besoin.

Par ailleurs – il est important de le rappeler –, l'enveloppe votée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a progressé cette année de

920 millions d'euros. On ne peut donc pas parler d'un désengagement des pouvoirs publics s'agissant de la politique menée en faveur du secteur médico-social!

L'évolution démographique de notre pays, nous en sommes conscients, nécessite de poursuivre cet effort. C'est tout le sens de l'action menée par le Gouvernement.

J'ai omis d'évoquer tout à l'heure l'innovation, qui constitue l'un des critères des commissions d'appels à projets.

Je pense notamment aux expérimentations qui seront bientôt mises en œuvre pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de créer des unités spécifiques « Alzheimer », qui bénéficieront de dotations renforcées en personnel, lequel comprendra notamment des ergothérapeutes et des psychologues. Cela ne pourrait pas se faire en dehors de cette logique d'appels à projets!

Pour ce qui concerne l'autisme, plusieurs projets relevant de l'expérimentation et qui s'appuient sur de nouvelles méthodes ont été rejetés par les CROSMS.

Les appels à projets permettront à des opérations innovantes et expérimentales de voir le jour. Nous ne serons plus dans la situation où les dossiers sont rejetés par les CROSMS, alors que tous les acteurs du secteur, notamment dans le cadre du plan autisme, ont la volonté de les soutenir et de les financer, afin de rénover et de moderniser leurs pratiques.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous le garantis, notre objectif, à travers les commissions d'appels à projets, n'est pas de réduire les ambitions des associations, quelle que soit leur taille. Nous serons très attentifs à cette question. En tout état de cause, le partage des objectifs, la mutualisation des moyens ne sont pas du ressort des commissions d'appels à projets, cela relève simplement du bon sens!

Sachez en tout cas – et ce point a d'ailleurs été au centre du débat sur le secteur médico-social –, que nous voulons intégrer, sans cloisonnement, une politique qui doit être menée de pair avec le sanitaire et la prévention, que nous voulons la sanctuariser, mais sans l'enfermer.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Je ne voterai pas l'amendement n° 1051. En effet, les deux systèmes, l'ancien et le nouveau, ne peuvent coexister sans développer des tensions tout à fait inadmissibles.

Madame la secrétaire d'État, je souhaite tout de même insister sur la nécessaire consultation des associations au sein de ce système.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Elle est prévue!

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Vous créez en effet auprès de chaque ARS une conférence régionale de la santé et de l'autonomie et deux commissions de coordination, en précisant que l'organisation des agences régionales de santé sera renvoyée pour l'essentiel à des décrets. La commission des affaires sociales a cependant inscrit dans le texte que la conférence régionale de santé et de l'autonomie serait composée de six collègues.

L'État, voilà une vingtaine d'années, n'a pas exercé toutes ses responsabilités dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées. Aujourd'hui, un certain nombre d'établissements médico-sociaux sont donc d'origine associative.

Il n'est pas de notre compétence de tirer un trait sur ces origines, en prévoyant que seuls les dirigeants de ces organismes seront désormais concernés.

Par conséquent, madame la ministre, madame la secrétaire d'État, je souhaiterais que vous envoyiez un signal à toutes ces associations, qui ont beaucoup travaillé, depuis très longtemps, pour organiser le système médico-social, dans des conditions qui n'ont peut-être pas toujours été parfaitement rationnelles : affirmez clairement que vous organiserez la représentation des principales associations régionales, au niveau tant de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie que des commissions de coordination, afin qu'elles n'aient pas l'impression d'une fonctionnarisation du système visant à supprimer toute activité associative.

À mon sens, il ne faut pas maintenir les deux systèmes, et c'est pourquoi je ne voterai pas cet amendement. Toutefois, les représentants des associations devront figurer dans l'organisation de ces trois instances nouvelles, à savoir, je le répète, la conférence régionale et les deux commissions de coordination des politiques publiques de l'État.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur Fourcade, les associations d'usagers sont d'ores et déjà représentées à tous les niveaux du dispositif. Des amendements ont d'ailleurs été adoptés en ce sens dans le cadre de la première partie du débat parlementaire.

En outre, nous avons pris l'engagement de présenter à l'ensemble des acteurs du champ médico-social tous les décrets qui les concerneront.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Il ne s'agit pas uniquement des usagers ! J'évoquais tout à l'heure les associations qui ont créé et gèrent des établissements médico-sociaux. Je pense notamment à la Croix-Rouge, ...

**M. François Autain.** Elle gère de moins en moins !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** ... ou à l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, l'UNAPEI. Ce sont ces associations que vous devez intégrer dans vos nouvelles structures. Je souhaiterais que vous l'annonciez clairement.

**M. François Autain.** Pourquoi ne pas voter l'amendement ?

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Pour ne pas laisser coexister deux structures !

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Pour ne pas verrouiller la rédaction des décrets relatifs à la participation des associations, je propose que l'ensemble des acteurs du champ médico-social soit consulté préalablement et qu'il bénéficie d'une présentation de ces décrets.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Parfait !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

**M. Jacky Le Menn.** Madame la secrétaire d'État, la transformation de lits MCO, médecine-chirurgie-obstétrique, permettra de libérer des crédits du secteur sanitaire. Ces derniers serviront-ils à l'ensemble des opérations médico-sociales d'une région donnée ou bien seront-ils affectés à l'établissement qui a dégagé cette enveloppe, pour ses propres besoins en restructuration médico-sociale ?

**M. Guy Fischer.** Bonne question !

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** La priorité sera bien sûr donnée à l'établissement. Les crédits en question seront ensuite affectés vers d'autres projets médico-sociaux.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1051.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 918, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

et leurs groupements

insérer les mots :

, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** Dans le droit fil du déficit démocratique dont souffre cet article 26 figure un oubli qui n'est pas secondaire.

En effet, si les collectivités locales – on se demande d'ailleurs lesquelles, et à quel niveau – sont appelées à participer aux conseils de surveillance des agences régionales de santé, l'on oublie d'associer à la démarche de suivi sanitaire et social quelques établissements publics pour le moins essentiels dans le paysage, à savoir les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale.

Je me permettrai d'emblée de faire une observation de fond : selon les termes du code général des collectivités territoriales, les établissements publics de coopération intercommunale, les EPCI, n'ont pas nécessairement la compétence sociale dans leur champ d'attributions. Ainsi, la mission « action sociale à caractère communautaire » n'est exercée qu'à titre optionnel par les communautés de communes, les communautés d'agglomération et les communautés urbaines.

Cela n'empêche nullement les communes participant à l'une ou l'autre de ces catégories d'EPCI de s'associer au sein d'un centre communal d'action sociale – CCAS – communautaire ou intercommunal, pour des raisons d'efficacité et de cohérence des politiques sociales.

Quelles que soient leur taille, leurs compétences et leurs fonctions, la spécificité des CCAS doit être clairement prise en compte dans le cadre de ce texte.

Les CCAS mènent en effet, au plus près du terrain – une chose que l'on ne peut évidemment pas leur retirer –, des politiques de prévention sanitaire et sociale qui passent par le repérage des besoins et des inégalités ainsi que par le développement de réponses adaptées. Ces politiques ne peuvent être ignorées.

Cet amendement vise précisément à faire « entendre » leur spécificité dans le texte de l'article 26 du présent projet de loi.

On notera enfin, pour que les choses soient parfaitement claires, que les CCAS de France participent à une union nationale qui permettra aisément, par son maillage territorial, d'assurer leur légitime représentation.

C'est sous le bénéfice de ces observations que nous vous invitons à adopter cet amendement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1052, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. - Dans la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

et leurs groupements

insérer les mots :

, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale

II. - Compléter le 3° du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par les mots :

et des centres communaux et intercommunaux d'action sociale

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** La section 1 du chapitre II du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, créée par l'article 26 du projet de loi, détermine l'organisation des agences régionales de santé. Elle prévoit, au 2° de l'article L. 1432-1 du même code, la création de commissions de coordination des politiques publiques de santé auxquelles il est prévu d'associer, outre les services de l'État et les organismes de sécurité sociale compétents, les collectivités territoriales. De même, elle prévoit, dans sa sous-section 2, la création d'un conseil de surveillance qui serait composé, outre de représentants de l'État, des usagers et des collectivités territoriales, de membres des organismes de sécurité sociale et de personnalités qualifiées. Par contre, il est omis une représentation des centres communaux et intercommunaux d'action sociale, comme le disait Mme Gonthier-Maurin.

Ces derniers sont des établissements publics administratifs qui n'entrent pas dans la catégorie des collectivités territoriales, conformément à l'article L. 123-6 du code de l'action sociale et des familles. Les CCAS et les centres intercommunaux d'action sociale, les CIAS, se situent pourtant au plus près des besoins exprimés par les populations, qu'il s'agisse des problématiques de santé ou de l'accès à des services sociaux et médico-sociaux.

Rappelons en outre que les CCAS et les CIAS sont, à l'inverse des communes, habilités à gérer des établissements et services sociaux et médico-sociaux au titre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les CCAS-CIAS seront enfin des interlocuteurs privilégiés des agences régionales de santé, les ARS, parce qu'ils disposent, par le biais de l'analyse des besoins sociaux qu'ils réali-

sent chaque année sur leur territoire, d'une connaissance suffisamment fine des besoins des populations pour permettre aux ARS de renforcer le pilotage des politiques de santé.

Soulignons aussi que les CCAS-CIAS s'investissent fortement dans les secteurs sanitaire, social et médico-social à travers leur politique d'action sociale extra-légale et sont concernés à plusieurs titres par la mise en place des ARS : d'abord dans le cadre de la gestion de nombreux équipements ou services tels que les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, les EHPAD, les services de soins infirmiers à domicile ou les unités spécifiques Alzheimer ; ensuite au titre de leurs actions en matière de santé pour faciliter l'accès à la santé et aux soins des personnes en difficulté ou en situation d'exclusion sociale – je pense par exemple aux actions de prévention et de participation à des réseaux de coordination locale ; enfin en tant que partenaires des acteurs directement ciblés par la réforme, à savoir les directions départementales des affaires sanitaires et sociales – DDASS –, les conseils généraux, les caisses régionales d'assurance maladie – CRAM – et les maisons départementales des personnes handicapées – MDPH.

Nous souhaitons donc que ces établissements publics administratifs soient reconnus dans les commissions de coordination des politiques des ARS ainsi qu'au sein de leur conseil de surveillance afin de favoriser l'ancrage territorial des politiques de santé dont le renforcement est recherché par ces agences.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Tout d'abord, je n'ai pas constaté le déficit démocratique dont souffrirait l'article 26, madame Gonthier-Maurin... (*Sourires.*)

Ensuite, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements, tout simplement parce que rien n'empêche les collectivités territoriales ou leurs groupements de se faire représenter par des élus membres des conseils d'administration des CCAS ou des CIAS. Par ailleurs, les collectivités ou leurs groupements peuvent consulter les travaux de ces centres pour se faire une idée.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il convient de lever une confusion sur la nature des commissions de coordination : leur mission est de faire travailler ensemble les autorités publiques responsables de ces politiques. C'est particulièrement important dans le domaine médico-social – je parle sous le contrôle de Valérie Létard – où s'enchevêtrent les compétences de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales.

Or, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale ne sont pas des autorités publiques en charge des politiques médico-sociales. Ce ne sont pas des décideurs mais des opérateurs chargés, dans les municipalités ou les intercommunalités, de la gestion d'un ensemble de services.

Je me tourne plus particulièrement vers ceux et celles qui œuvrent dans l'administration publique décentralisée et déconcentrée : de grâce, ne confondons pas les autorités publiques et les opérateurs ! Faire entrer ces derniers dans les commissions de coordination changerait la nature de ces instances, qui ne regrouperaient plus seulement les décideurs des politiques publiques, mais également les gestionnaires de ces politiques.



J'invite donc les auteurs de ces amendements à réfléchir sérieusement à ces arguments et je sollicite le retrait de ces amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 918.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1052.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1054, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

les collectivités territoriales et leurs groupements

insérer les mots :

, les représentants de la fédération nationale de la mutualité française

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** L'article 26 prévoit que l'ARS s'appuie sur deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, compétentes dans le secteur de la prévention et dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Acteur essentiel du système de santé, la Mutualité française constitue non seulement un mouvement social, mais aussi un financeur, un pourvoyeur de soins et de services médico-sociaux ainsi qu'un acteur de santé publique, notamment en matière de prévention. À ce jour, la Mutualité est représentée dans différentes instances ou organismes. Pour mener à bien ses missions, et au-delà de ses règles de gouvernance démocratique, elle a, depuis sa création, développé une expertise unanimement reconnue dans l'exercice de ses mandats de représentation.

La Mutualité est actuellement le troisième acteur en matière de prévention, après l'État et l'assurance maladie. S'adressant à tous les publics, mutualistes et non mutualistes, l'activité prévention et promotion de la santé de la Mutualité française est portée notamment par le réseau des unions régionales. Aujourd'hui, le réseau national de prévention et de promotion de la santé mutualiste est présent dans la totalité des régions métropolitaines et la plupart des unions départementales. Plus de 120 professionnels formés s'organisent en « pôle régional » pour participer à la réflexion stratégique, la coordination, la mutualisation des méthodes et des outils.

Par ses propositions et son implication, la Mutualité française a participé à la conception de nombreuses réformes cherchant toujours à promouvoir l'intérêt général.

Lors du dernier congrès de la Mutualité française en juin 2006, le ministre de la santé et des solidarités de l'époque avait insisté sur la place particulière occupée par le mouvement mutualiste au sein du système de santé. Rappelant « combien [la sécurité sociale] doit à la Mutualité et à la

mobilisation de ses adhérents », il avait ajouté : « D'ailleurs, conscients du rôle des mutuelles, les fondateurs de notre sécurité sociale ont souhaité, par l'ordonnance du 19 octobre 1945, réaffirmer le rôle des mutuelles en soulignant leur complémentarité par rapport aux régimes de sécurité sociale. Cette spécificité demeure aujourd'hui. »

Pour toutes ces raisons, la Mutualité française a légitimement sa place dans les deux commissions de coordination sur lesquelles s'appuieront les ARS.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'avis est défavorable, par cohérence avec les positions antérieures de la commission.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Une fois encore, la confusion, comme le progrès, fait rage ! *(Sourires.)*

Loin de moi l'idée d'ignorer le rôle éminent de la Mutualité française, ainsi que la qualité de ses actions et de ses missions. Je travaille d'ailleurs de façon extrêmement approfondie avec cette institution pour améliorer la prise en charge solidaire des soins.

Je rappelle toutefois que la fonction des commissions de coordination est de faire travailler ensemble les autorités publiques. Or la Mutualité française n'en est pas une. Elle est un opérateur. Il ne faut pas qu'il y ait de confusion à ce niveau et que des opérateurs soient ainsi juge et partie des actions menées et des décisions prises.

La Mutualité sera bien sûr associée aux travaux des agences régionales de santé. J'ai donné mon accord pour qu'elle participe à l'élaboration des actions complémentaires régionales de gestion du risque, qui intégreront le programme régional à côté des actions nationales, suivant en cela une proposition du président Nicolas About. Mais chacun restera dans son rôle.

En conséquence, l'avis est défavorable.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1054.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 919, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique par les mots :

ainsi que les associations représentant chacune des catégories d'usagers

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Comme nous l'avons indiqué dans nos précédentes interventions, l'article 26 souffre singulièrement d'une absence de contenu démocratique.

Ainsi, les commissions régionales de santé sont constituées sans le concours des principaux intéressés, c'est-à-dire les usagers de la santé.

Il est finalement assez normal que les commissions régionales, dont la composition précise sera fixée par voie réglementaire – on pouvait s'y attendre ! –, associent collectivités locales, organismes de sécurité sociale et services de l'État.

Par contre, comment ne pas relever que les assurés sociaux, qui, aux dernières nouvelles, assurent par leurs cotisations et quelques impôts complémentaires le financement de l'ensemble de la protection sociale, ne sont aucunement pris en compte dans le schéma proposé par l'article 26 ?

Ainsi donc, contrairement à toute logique, ce sont ceux-là mêmes qui prennent en charge, notamment par leur travail, le financement de la sécurité sociale, qui seraient privés demain de toute possibilité de donner leur avis sur les choix des politiques de santé !

Parce que la santé est l'affaire de tous et que les assurés ont le droit de savoir de quelle manière leur contribution au financement des dépenses de santé est utilisée, il faut inscrire dans la loi la présence des usagers dans les conférences régionales.

Tel est le sens de cet amendement que nous vous invitons à adopter.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1055, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans la seconde phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après le mot :

décret

insérer les mots :

associent la participation des représentants des usagers et des professionnels ; elles

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** De nombreuses associations interviennent d'ores et déjà dans le secteur de la santé, notamment en matière de prévention et d'éducation thérapeutique. Certaines d'entre elles bénéficient de subventions de la part des départements ou de la sécurité sociale, voire des deux. Leur pertinence n'est donc plus à démontrer, y compris du point de vue institutionnel. Ces associations, en tant qu'acteurs à part entière de notre système de santé, devraient de ce fait pouvoir siéger au sein des deux commissions spécialisées des agences régionales de santé.

Cette nouvelle étape dans la reconnaissance du tissu associatif pourra aussi être l'occasion d'envisager de possibles intégrations dans certains programmes et favorisera la coordination et l'optimisation de leurs actions.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Madame la présidente, ces deux amendements sont sensiblement les mêmes. Aussi, la réponse de la commission sera la même pour les deux. Les commissions de coordination des politiques publiques ont vocation à associer les responsables de ces politiques : l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Elles ne sont pas des lieux de débat. Il n'y a pas de raison d'y faire siéger des représentants des usagers et des professionnels. La commission donne donc un avis défavorable sur les amendements n° 919 et 1055.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Les commissions de coordination rassemblent des décideurs publics : les collectivités territoriales, l'assurance maladie et l'État. Le projet de loi accroît la place des associations d'usagers dans l'administration de la santé mais cette place se situe au sein de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, aussi bien dans sa commission plénière que dans ses commissions spécialisées, et dans la conférence des territoires. Il ne doit pas y avoir de confusion.

**Mme la présidente.** Monsieur Cazeau, l'amendement n° 1055 est-il maintenu ?

**M. Bernard Cazeau.** Je le retire.

**Mme la présidente.** Monsieur Autain, l'amendement n° 919 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Je le retire.

**Mme la présidente.** Les amendements n° 919 et 1055 sont retirés.

L'amendement n° 1056, présenté par Mmes Printz et Schillinger, MM. Masseret, Todeschini, Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mme Le Texier, MM. Mirassou, Rebsamen, Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans la seconde phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

fixées par décret

insérer les mots :

en tenant compte du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Chacun connaît certainement le régime d'assurance maladie de l'Alsace-Moselle, hérité de l'annexion allemande. Son principe est simple : les assurés bénéficient de prestations spécifiques, financées par des cotisations plus élevées et à leur charge exclusive. Depuis 1995, le régime local d'assurance maladie est géré par un organisme autonome, l'instance régionale de gestion dont le siège est à Strasbourg. Son conseil d'administration dispose de compétences étendues. Dans un contexte économique défavorable, il a su préserver une forte solidarité régionale englobant soin et prévention, le tout financé par les seules cotisations des assurés.

S'agissant des actions de prévention, l'instance de gestion du régime local participe à leur financement. Il est seul responsable de l'équilibre de ses comptes mais il ne peut pas participer à une politique de prévention sous la forme d'une simple subvention à une institution. Il souhaite donc, comme c'est le cas dans le cadre des groupements régionaux de santé publique, pouvoir être associé au processus de décision s'agissant de fonds propres strictement affectés à la prévention. La représentation du régime local dans les conférences régionales de santé et dans les commissions de santé publique, placées auprès des deux agences régionales de santé d'Alsace et de

Lorraine, nous semble nécessaire. Nous proposons donc d'y faire expressément référence dans les dispositions que le décret aura à mettre en place.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Selon nous, mon cher collègue, il n'y a aucune raison que le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle n'ait pas les mêmes droits que les autres et ne soit pas représenté dans les conférences régionales et les commissions de coordination auprès des ARS d'Alsace et de Lorraine. Madame la ministre, si vous nous affirmez que le vote de cet amendement est nécessaire, nous nous rallierons bien sûr à votre avis.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La question de la place du régime d'Alsace-Moselle dans l'instance doit naturellement être posée. L'ensemble des concertations nécessaires ne sont pas encore terminées mais j'estime que des caisses locales, notamment par le biais du collège de la CRSA représentant l'assurance maladie, pourront naturellement participer aux travaux de la CRSA et apporter leur éclairage sur les besoins de leurs assurés.

Si la concertation devait mettre en évidence que la représentation du régime d'Alsace-Moselle en tant que tel permettrait une meilleure appréhension des situations locales, je veillerais à ce qu'il en soit tenu compte. J'en prends l'engagement ici-même et je veux vous rassurer sur ce point. Néanmoins, il me paraît préférable que cette question soit traitée au niveau réglementaire plutôt que législatif, et surtout dans le cadre de la concertation et des partenariats qui se mettront en place localement. Il va de soi que les dispositions réglementaires n'affecteront pas l'organisation du régime d'Alsace-Moselle et la protection qu'il offre à ses assurés.

Au regard de ces éléments et de l'engagement que je prends devant vous pour respecter à la fois le rôle dans les instances de concertation et la spécificité du régime d'Alsace-Moselle que nous avons hérité de notre histoire, histoire particulièrement douloureuse, je vous serais très obligée si vous retiriez votre amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Au vu des engagements que vous venez de formuler, madame la ministre, je retire cet amendement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1056 est retiré.

L'amendement n° 1329, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans la seconde phrase du cinquième alinéa (2°) du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après le mot :

compétentes

insérer les mots :

pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous ne serez pas surpris, mesdames, messieurs les sénateurs, que je souhaite réintroduire le rôle des commissions de coordination dans l'article sur la gouvernance des ARS. Les commissions de coordination constituent une forte innovation du projet de loi. Nous en avons parlé de façon surabondante au travers de plusieurs amendements et il est important de pouvoir expliciter le rôle de ces commissions dans le texte de loi, à savoir :

« assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres ». Tel est donc le sens de cet amendement tout à fait logique.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet ajout, selon la commission, alourdira la phrase. Il ne lui a pas paru utile. Puisqu'il s'agit de commissions de coordination des politiques publiques, elles auront naturellement pour mission d'assurer la cohérence et la complémentarité de l'action de leurs membres. Sinon, ce ne seraient pas des commissions de coordination. La commission des affaires sociales a donc donné un avis défavorable sur cet amendement. En revanche, elle a jugé essentielle cette mission de coordination.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je dirais bien au rapporteur que cela ne mange pas de pain ! (*Sourires.*)

J'ai été un peu elliptique dans l'explication de mon amendement. Il faut bien comprendre que les commissions de coordination constituent une avancée très importante de ce projet de loi et elles répondent à une inquiétude qui a été exprimée par un certain nombre de décideurs locaux, en particulier les présidents de conseils généraux qui sont en charge de politiques à destination des personnes âgées et des personnes handicapées. La question est de savoir comment, à travers les agences régionales de santé, vont se faire la coordination et l'écoute.

Ces commissions de coordination organisent le travail collectif nécessaire entre les autorités publiques compétentes dans le domaine de la prévention et du médico-social afin de renforcer les complémentarités. Ainsi, la commission du conseil médico-social va permettre de mieux articuler au quotidien l'action de l'agence régionale de santé et celle des conseils généraux.

Je comprends bien M. le rapporteur quand il dit que cela va de soi, mais il s'agit d'une innovation de gouvernance qui mérite un certain nombre d'explications. Les débats que nous venons d'avoir sur les différents amendements, monsieur le rapporteur, justifient pleinement que nous explicitions le contenu de la commission de coordination pour éviter les confusions qui pourraient exister entre les décideurs publics et les opérateurs.

Dans ces conditions, ne pourriez-vous pas, monsieur le rapporteur, vous rallier à ma proposition ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Merci, madame la ministre, de ces explications qui nous ont enfin permis de comprendre tout l'intérêt de cet amendement. C'est avec grand plaisir que nous l'adopterons. J'en serai heureux pour le Sénat et pour la démocratie.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Voilà deux fois en peu de temps que je suis pleinement convaincu par les propos de Mme la ministre. Je veux dire combien nous soutenons cet amendement, qui traduit dans les faits la volonté d'atteindre une plus grande cohérence des actions dans le secteur médico-social.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Madame la présidente, après cet appel au peuple de la part de Mme la ministre, je me range à la grande sagesse de notre assemblée.



**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1329.

*(L'amendement est adopté à l'unanimité.)*

**M. François Autain.** C'est un grand succès !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1027 rectifié, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Jeannerot, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le sixième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

santé au travail

insérer les mots :

, de la santé environnementale

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** Cette question a déjà été soulevée la semaine dernière mais elle s'inscrit aujourd'hui dans un contexte différent. Vous avez refusé mon amendement au motif qu'il ne fallait pas découper la santé en morceaux : santé environnementale, prévention, santé au travail, santé à l'école. Une telle énumération figure pourtant à l'article 26, puisqu'il y est dit que les commissions de coordination sont compétentes « dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile ». Il convient donc d'ajouter la santé environnementale.

La semaine dernière, je comprenais que l'on puisse considérer que la santé environnementale était comprise dans la santé en général ; aujourd'hui, je demande qu'elle soit mentionnée particulièrement.

On me répondra que la santé environnementale, c'est aussi la santé au travail, la santé à l'école, la prévention ! Soit, mais il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas réductible à l'une ou à l'autre, comme je l'ai expliqué la semaine dernière. J'entends par santé environnementale l'attention qui est portée aux produits qu'on utilise, dans la mesure où ils peuvent, à long terme, causer des pathologies. Par exemple, les agriculteurs doivent être très attentifs aux pesticides et aux insecticides ; dans les entreprises on fait attention aux produits qu'on utilise ; chez soi, la même attention doit être accordée aux produits ménagers. Pour toutes ces raisons, les agences de santé doivent engager une démarche volontariste pour évaluer la dangerosité d'une utilisation passive de tous ces produits.

Certes, la santé à l'école et la santé au travail sont importantes, mais elles ne se confondent avec la santé environnementale, qui est un concept nouveau lié au développement d'un ensemble de produits sources de pathologies.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Par cohérence, la commission émet un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je voudrais rassurer M. Desessard, dont je connais l'implication dans les questions de santé environnementale et dont je partage les préoccupations.

Bien entendu, je confirme de nouveau que la santé environnementale fera partie des sujets que traitera la commission de coordination sur la prévention, de même qu'elle entre dans le champ de compétences des ARS. C'est un point que nous avons déjà abordé lorsque nous avons étudié l'architecture des responsabilités de cette dernière. Aussi, dès lors qu'est mise en place une commission chargée d'articuler entre elles les différentes politiques publiques en faveur de la santé, dès lors que l'activité de cette commission portera sur la prévention, elle en traitera évidemment toutes les dimensions, y compris le volet de la santé environnementale.

Par ailleurs, monsieur Desessard, je me demande même si le fait de traiter la santé environnementale dans une autre commission que celle qui s'occupe des questions de prévention ne pourrait pas avoir un effet pervers, à savoir la ghettoïser plutôt que de la mettre au cœur de ces politiques de prévention.

C'est un point que je me permets de souligner.

**Mme la présidente.** Monsieur Desessard, l'amendement n° 1027 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean Desessard.** Madame la ministre, je vous remercie de vos explications, mais je maintiens mon amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est votre droit !

**M. Jean Desessard.** Je le maintiens pour plusieurs raisons.

La santé environnementale, ce n'est pas de la prévention. La prévention consiste à éviter qu'une pathologie, dont on a préalablement identifié les causes, ne se propage. Une politique de santé environnementale, quant à elle, consiste par exemple à déterminer l'ensemble des cancers qui peuvent survenir dans une région donnée et à en identifier les causes. Ainsi, on peut mener des recherches dans le milieu agricole sur les cancers qui sont apparus récemment chez les agriculteurs. Il s'agit là d'une démarche supplémentaire qui intègre les aspects environnementaux. Pour autant, il n'est pas exclu que l'un et l'autre de ces domaines puissent être complémentaires.

Madame la ministre, vous affirmez que l'écologie étant désormais prise en considération par tout un chacun, il convient de ne pas la traiter à part comme une spécialité. Pour ma part, mon vœu le plus cher serait que tel soit le cas. Or, à défaut d'être constamment placée au cœur des débats, l'écologie est vite oubliée ! Bien sûr, on peut toujours organiser des Grenelle, mais encore faudrait-il que les lois censées les mettre en œuvre aboutissent ! Or, au lieu de cela, le plan de relance est arrivé !

Vous ressortez des tiroirs la prise de conscience écologique quand cela vous arrange. En réalité, les politiques environnementales manquent de moyens, ce qui est particulièrement grave.

Que M. le rapporteur ne tienne pas compte de mon amendement peu importe puisque je ne suis pas élu par ses électeurs mais par un certain nombre de personnes qui accordent une grande importance à l'écologie. Notre mode de développement productiviste génère des problèmes de santé. Vous êtes persuadés que ce qui est bon pour les patrons l'est

aussi pour la société. Et tant pis si le contribuable doit supporter le coût des traitements nécessités par l'utilisation de ces multiples produits pathogènes!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pas de caricature! Vous me décevez, monsieur Desessard!

**M. Jean Desessard.** Notre logique est différente. ; ce n'est pas grave, je ne siège pas du même côté de l'hémicycle que vous. Moi, j'estime qu'il est extrêmement important pour la défense de l'environnement d'être attentif à ce que l'on produit. Vous, vous considérez les choses différemment. Mais, dans plusieurs années, vous aurez à supporter les conséquences de votre politique.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1027 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 997 rectifié *bis*, présenté par MM. Leroy, Doligé, Sido, Lambert, César et Huré, est ainsi libellé:

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique par les mots:

dans le respect des compétences qui leur sont dévolues et en coordination avec eux

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 915, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé:

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée:

Cette communication est rendue publique.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Je crois me souvenir que cet amendement a été accueilli plutôt favorablement par la commission, ce dont je me réjouis.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** N'anticipez pas! *(Sourires.)*

**M. François Autain.** Il vise à ce que le compte rendu de la mise en œuvre de la politique régionale de santé élaborée par le directeur général de l'agence régionale de santé devant le conseil de surveillance de celle-ci soit rendu public. Le texte du projet de loi ne le prévoyait pas, ce qui est sans doute un oubli.

Il s'agit là d'une mesure de transparence et de bons sens. La commission a déjà comblé une lacune du texte en adoptant une disposition similaire pour les conférences régionales de santé. Aussi, mes chers collègues, j'espère que vous accepterez d'en faire autant pour la mise en œuvre de la politique régionale de santé en adoptant notre amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Même avis.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 915.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 923 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé:

Compléter le troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée:

Elle comprend une annexe retraçant la totalité des opérations de reconversion mentionnées au 2 de l'article L. 1431-2 et détaillant l'incidence financière sur la dotation régionale mentionnée aux articles L. 314-3 et L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Comme chacun a pu le constater, le principe de fongibilité asymétrique qu'avait introduit l'Assemblée nationale a disparu dans la version du texte adoptée par la commission des affaires sociales, à tout le moins en apparence.

La fongibilité asymétrique conférait aux directeurs régionaux d'ARS le pouvoir aujourd'hui dévolu par la loi organique relative aux lois de finances aux directeurs de programmes et de missions du budget de l'État.

Cela dit, la question de la reconversion des dépenses entre activités hospitalières et activités médico-sociales illustre bien ce qu'est la démarche suivie par le Gouvernement. Le non-dit de ce projet de loi, c'est évidemment le recours à d'autres solutions que l'hôpital public pour répondre aux attentes de la population en matière sanitaire et sociale.

Pour résumer sommairement, vous dites que l'hôpital coûte cher, qu'il est lourd à gérer et, de plus, qu'il est un foyer de contestation sociale. De votre point de vue, il faut donc lui rogner les ailes et réduire autant que faire se peut son implication dans la gestion sanitaire et sociale du pays.

**M. Guy Fischer.** Voilà la vérité!

**Mme Isabelle Pasquet.** Ce qu'attendent de ce projet de loi ses concepteurs, ce sont des économies de gestion qui reportent vers le secteur médicosocial, vers le privé, sinon vers le caritatif, une bonne part de ce que fait aujourd'hui l'hôpital public.

On commence par transformer en établissements de moyen et long séjour les hôpitaux ruraux ou ceux qui sont faiblement pourvus en activités de chirurgie et de médecine, et on finit par laisser croître et embellir l'offre d'établissements privés d'accueil des personnes âgées ou dépendantes, sans omettre de valoriser le maintien à domicile et les emplois de service.

De fait, à la situation de dépendance des personnes les plus vulnérables, on recherche la solution la plus acceptable sur le plan comptable, portée évidemment par un moins-disant social, du point de vue des personnels s'entend, qui rend cette solution parfois parfaitement inadaptée.

La fongibilité asymétrique, ce n'est rien d'autre qu'une manière de gérer la pénurie de structures d'accueil des personnes en souffrance et de doubler cette gestion de la pénurie d'une recherche continue de la moindre qualité de l'emploi et d'une plus grande prise en charge par les assurés sociaux et leurs familles eux-mêmes de leur affection ou de leur situation.

Il importe donc que les conférences régionales soient éclairées sur les orientations et les choix faits dans le cadre de ces politiques de reconversion des dépenses.

Tel est l'objet de cet amendement, que nous ne pouvons que vous inviter à adopter.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement est bien conçu ; en revanche, les arguments qui le sous-tendent sont plus contestables.

Il paraît utile qu'un document retrace les opérations de conversion qui auront bénéficié du système de fongibilité asymétrique et leur incidence sur les dépenses consacrées au médico-social.

En commission, nous avons formulé deux observations. Premièrement, cette annexe devrait être incorporée à l'état financier transmis au conseil de surveillance aux termes de l'article L. 1432-3 du code de la santé publique. Deuxièmement, cet amendement n'est pas cohérent avec le texte de la commission, qui a reporté – mais peut-être les auteurs de cet amendement l'ignorent-ils – à l'article L. 1434-10-1 les dispositions relatives à la fongibilité asymétrique des dépenses sanitaires et médicosociales.

Aussi, je suggère à leurs auteurs de rectifier cet amendement de manière à insérer correctement dans le code de la santé publique les dispositions qui y sont visées. Le cas échéant, la commission s'en remettra à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Je confirme les propos de M. le rapporteur : la fongibilité asymétrique n'a pas été supprimée, mais, pour des raisons d'organisation, elle a été insérée dans une autre partie du texte.

Par ailleurs, l'inscription dans la loi de ce principe de fongibilité asymétrique constitue la meilleure des garanties. En outre, comme l'a dit M. le rapporteur, les opérations de fongibilité seront recensées au niveau national et pourront être identifiées dans chaque région, puisqu'elles feront l'objet d'un abondement de l'enveloppe médico-sociale. Par conséquent, la CNSA, comme le comité de pilotage national des agences régionales de santé, pourra suivre ces opérations puisque l'annexe sera bien transmise au conseil de surveillance. Les garanties de suivi seront données tant à la CNSA qu'au conseil de surveillance des ARS.

**Mme la présidente.** Madame Pasquet, l'amendement n° 923 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Isabelle Pasquet.** Non, je le retire, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 923 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1138, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Au début du cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, remplacer le mot :

arrête

par le mot :

prépare

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

**Mme Anne-Marie Payet.** L'objet de cet amendement est de confier au directeur général de l'agence régionale de santé la compétence de préparer, mais non d'arrêter lui-même, le projet régional de santé.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1160 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Dans le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, remplacer le mot :

arrête

par le mot :

élabore

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Cet amendement vise, comme le précédent, à confier au directeur général de l'agence régionale de santé la compétence d'élaborer, mais non d'arrêter, le projet régional de santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'architecture du projet régional de santé est un peu complexe, mais il nous semble que ce projet, constitué des différents documents énumérés à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, devra d'abord être cohérent avec le CPOM conclu entre le directeur général de chaque agence et ses ministres de tutelle. Si tel est le cas, il semble logique que le directeur général, responsable de l'exécution du CPOM, arrête lui-même le projet régional de santé.

La commission souhaite donc le retrait de ces amendements. À défaut, elle y sera défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ces amendements nous ramènent à la discussion que nous avons eue voilà environ une demi-heure sur les responsabilités des différents acteurs.

Revenons-en aux fondamentaux : qu'est-ce que le projet régional de santé ?

Le projet régional de santé précise la manière dont les politiques nationales de santé vont être mises en œuvre dans les régions.

Je ne vois pas qui peut avoir plus de légitimité que le directeur général de l'ARS pour arrêter – les mots ont un sens – ce programme régional de santé.

Cela ne m'empêche pas d'entendre les observations de Mme Payet et de M. Barbier. Le projet régional de santé doit en effet émaner de la démocratie sanitaire à laquelle ils aspirent. Le texte prévoit un processus de copréparation avec les acteurs concernés. Les différentes composantes du projet régional de santé feront l'objet de propositions, de concertations, d'avis de la part des conférences du territoire, de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, des commissions de coordination, du conseil de surveillance des agences régionales de santé.

L'établissement du projet régional de santé est donc, vous pouvez le constater, bordée par de nombreux avis, concertations et travaux.



Ne croyez-pas que je le regrette. Cette copréparation me paraît au contraire tout à fait légitime. Elle donne un droit de regard et d'intervention tant aux élus locaux qu'aux différents acteurs, aux usagers et aux professionnels du monde de la santé. C'est, il faut en être conscient, une avancée majeure de la démocratie sanitaire qui est ainsi actée dans ce projet de loi.

Mesdames, messieurs les sénateurs, aujourd'hui, les acteurs locaux, qu'ils soient élus, membres d'une association ou professionnels de santé – et je sais que certains d'entre vous assument ces trois missions – ne donnent aucun avis sur les politiques de santé, ou alors de façon tout à fait marginale.

Certains ont un droit de regard sur les politiques de santé publique, ou sur les politiques médico-sociales s'ils ont la chance d'être conseillers généraux. Mais pour le reste, vous n'avez pas votre mot à dire. Vous n'avez aucune visibilité sur les politiques de santé qui sont décidées.

Le présent projet de loi change radicalement les choses. Désormais, au travers de la participation de différents acteurs au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé, à la conférence régionale de santé et de l'autonomie, les élus locaux donneront un avis sur le plan stratégique régional de santé, qui est le document fondamental dont j'ai fixé les principaux axes tout à l'heure. Ce progrès majeur et bien concret est inscrit au cœur du projet de loi.

Après la phase de copréparation, vient l'heure où il faut arrêter le programme régional de santé. Cette mission relève clairement de l'État et de l'assurance maladie. Dans la mesure où elle n'est pas décentralisée, elle incombe à l'État, en l'occurrence au directeur général de l'ARS.

Il s'agit là d'une question de responsabilité. Je constate que la plupart des acteurs de ce débat n'ont aucun objectif affiché de décentraliser l'organisation de la santé. Mesdames, messieurs les sénateurs, lorsque l'on se réfère au pacte de 1945, c'est bien que l'on souhaite que l'État assume sa fonction de solidarité.

Les acteurs qui, selon vous, devraient arrêter le projet régional de santé n'ont ni comptes à rendre aux électeurs, ni la responsabilité de lever les impôts ou les cotisations qui permettent de financer le système. Ils n'ont donc pas vocation à arrêter le programme régional de santé.

J'ai bien conscience d'avoir été un peu longue, et je demande au Sénat de bien vouloir m'en excuser, mais il s'agit d'un sujet très important. Copréparer le projet régional de santé se fera d'une façon démocratique que vous n'avez jamais connue jusqu'à présent. Mais ensuite, parce que c'est la responsabilité régalienne de l'État, c'est à son représentant d'arrêter ledit projet.

Sous le bénéfice de ces explications, je souhaite le retrait de ces amendements ?

**Mme la présidente.** Madame Payet, l'amendement n° 1138 est-il maintenu ?

**Mme Anne-Marie Payet.** Non, je le retire.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1138 est retiré.

Monsieur Barbier, l'amendement n° 1160 rectifié est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Madame la ministre, si votre intervention montre comment doit être compris le projet de loi, reconnaissez que la rédaction de ce dernier est très succincte, pour ne pas dire brutale. Peut-être conviendrait-il d'envoyer à

toutes les agences régionales de santé le compte rendu intégral de cette intervention afin qu'elles puissent s'y référer le moment venu.

Cela dit, je retire mon amendement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1160 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1058, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, après les mots :

Il arrête

insérer les mots :

, après avis du conseil de surveillance,

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Madame la ministre, votre intervention démontre tout l'intérêt du projet régional de santé. Nonobstant les arguments que vous avez avancés pour rappeler son articulation avec les priorités nationales, je me demande pourquoi on ne sollicite pas l'avis du conseil de surveillance. D'autant que vous avez prévu que le conseil de surveillance se prononce pour avis sur le plan stratégique régional de santé.

Il me semble que, dans un souci de cohérence, de bonne articulation, le conseil de surveillance devrait émettre un avis sur le projet régional de santé. Le conseil de surveillance étant composé de personnalités d'une extrême compétence et présidé par le préfet, le saisir pour avis ne pourrait, me semble-t-il, que renforcer l'importance que vous voulez accorder à ce plan régional de santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le conseil de surveillance étant déjà consulté sur le CPOM de l'agence sur le plan stratégique régional de santé, il ne serait pas illogique qu'il le soit également sur le projet régional de santé, même si, au bout du compte, il aura de nombreux avis à donner.

La commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Permettez-moi, afin de dissiper toute confusion, de rappeler l'architecture de la réforme et les responsabilités de chacun.

Monsieur Barbier, je reconnais que les textes législatifs sont parfois rédigés avec sécheresse et qu'ils peuvent receler des formules elliptiques qui demandent à être précisées.

Le secrétaire général a pour mission de mettre en œuvre la réforme. L'instance nationale que nous avons créée donnera bien entendu un certain nombre de consignes aux directeurs généraux des ARS, conformément aux explications que je vous ai apportées et qui donnent de la chair à un texte par nature sobre, ce qui est une qualité pour un texte législatif.

Le conseil de surveillance a pour rôle d'orienter les décisions stratégiques de l'agence. Celles-ci sont donc définies dans un document spécifique – le plan stratégique régional de santé – qui fixe les objectifs de santé pour la région, la stratégie de l'ARS pour remplir ses objectifs et ses priorités d'actions.

Le plan régional stratégique de santé est, je le répète une nouvelle fois, une innovation majeure de la réforme. Établir un diagnostic d'ensemble à l'échelle d'une région, le copréparer – comme le texte le prévoit – c'est avoir une politique adaptée, territorialisée. Pour élaborer une telle politique, il faut associer à la préparation de ce projet des acteurs qui, pour l'instant, n'ont jamais été consultés.

Il me semble qu'il ne faut pas aller plus loin. En effet, demander au conseil de surveillance de donner un avis reviendrait à le mêler à l'opérationnel. Il perdrait alors de sa cohérence. Faire approuver les schémas et les programmes qui sont les composantes du projet régional de santé par le conseil de surveillance reviendrait à lui conférer une mission propre à un conseil exécutif.

Je conçois que cela puisse nous opposer, mais je voudrais, comprenez-le, que ma réforme soit en prise directe sur l'action opérationnelle de l'agence.

Vous en appelez à la responsabilité régaliennne de l'État en matière de solidarité et j'ai cru comprendre que nous étions tous d'accord sur cette vision. C'est pourquoi il ne faut pas confondre conseil de surveillance et conseil exécutif.

Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé n'a pas à examiner le détail des choses, à entrer dans la gestion du quotidien. Ce serait un facteur d'inertie considérable. Les membres du conseil de surveillance n'ont évidemment pas vocation à assurer une gestion au jour le jour.

Le conseil de surveillance est un organe délibérant, distinct de l'exécutif, et il doit le demeurer. Nous serons plus opérationnels et plus efficaces si chacun remplit son rôle. Il faut laisser de la respiration à l'ARS, ne pas y introduire de l'inertie. Il ne faut pas déresponsabiliser l'agence régionale de santé ni son directeur. Il faut au contraire, et c'est l'objet du présent projet de loi, mettre chacun devant ses responsabilités.

En revanche, il est nécessaire d'évaluer les résultats. C'est la mission du conseil de surveillance. Le projet de loi prévoit que, au moins deux fois par an, le directeur général de l'agence régionale de santé rend compte de sa politique régionale au conseil de surveillance. Cette démarche a d'ailleurs été étendue à la conférence régionale de santé et de l'autonomie.

Mesdames, messieurs les sénateurs, il m'a semblé utile de rappeler les responsabilités de chacun des acteurs afin de bien expliciter les raisons qui, vous l'aurez compris, me conduisent à émettre un avis défavorable sur cet amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Madame la ministre, nous ne pouvons pas vous suivre.

Votre argumentation est bâtie comme si l'amendement visait à instaurer une codécision alors qu'il ne s'agit que de demander l'avis du conseil de surveillance. Or, un avis n'engage en rien la responsabilité de celui qui prendra ultérieurement la décision. Lorsqu'un conseil économique et social régional donne un avis sur un projet de budget, il n'engage pas la responsabilité politique du conseil régional. Votre argumentation n'est donc pas fondée, madame la ministre.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1058.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1161, présenté par MM. Mézard, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

I. - Compléter le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique par les mots :

après avis du conseil de surveillance

II. - En conséquence, dans le dixième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

plan stratégique

par le mot :

projet

Cet amendement n'est pas soutenu.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Madame la présidente, quel est le résultat du vote qui vient d'avoir lieu ?

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1058 n'est pas adopté.

**M. Bernard Cazeau.** Je n'ai pas eu l'impression que le nombre de votes contre était plus important...

**Mme la présidente.** Si, à deux voix d'écart, monsieur Cazeau.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1012 rectifié *ter*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc, et Gournac et Mme Debré, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le huitième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique :

« Le directeur général dirige les services de l'agence. Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public.

La parole est à M. Alain Vasselle.

**M. Alain Vasselle.** Cet amendement a deux objets.

Sur la forme, il intègre au huitième alinéa du texte proposé par l'article 26 pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, où elle a mieux sa place, la disposition selon laquelle le directeur général de l'ARS dirige les services de l'agence.

Sur le fond, il prévoit que les agents des caisses d'assurance maladie seront mis à disposition des ARS, et non recrutés par elles, ce qui devrait grandement simplifier la gestion et la mise en place des ARS.

Cette formule est déjà utilisée par la direction de la sécurité sociale, qui emploie des agents de la sécurité sociale mis à la disposition de l'État mais qui demeurent gérés et rémunérés par leur employeur.

Cette solution ne pose apparemment aucun problème. Je n'ai pas entendu le ministre de la santé se plaindre de difficultés particulières que cette disposition entraînerait pour la direction de la sécurité sociale.

Au contraire, elle évite à l'administration centrale la charge de la gestion de personnels de statut privé, garantit la présence des agents concernés pendant une période pour laquelle ils s'engagent, et leur assure une faculté de retour qui, en les sécurisant, les incite à ce type de mobilité.

Je ne doute pas, compte tenu de l'expérience du ministère de la santé en ce qui concerne ces mises à disposition, que ce qui est possible au niveau le plus élevé de l'État le soit aussi à l'échelon des ARS.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 922, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le huitième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique :

« Il peut recruter, sur des contrats à durée indéterminée, des agents contractuels de droit public.

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** Il s'agit d'un amendement de cohérence avec ceux que nous avons déjà défendus ainsi qu'avec la motion que nous avons déposée visant à limiter le recours à des formes atypiques de contrat de travail dans les établissements publics de santé, mais également – et c'est l'objet de l'amendement – dans les agences régionales de santé, qui sont des établissements publics administratifs.

En réalité, vous jouez sur tous les tableaux pour appliquer partout la révision générale des politiques publiques. Vous limitez le nombre de remplacements des départs à la retraite, vous encouragez le recrutement de personnels non fonctionnaires ou ne relevant pas de la fonction publique.

Bref, tout est fait pour réduire les dépenses publiques avec une variable d'ajustement toujours identique, les personnels. Cela va de pair avec la remise en cause pugnace et systématique du statut de la fonction publique.

C'est pourquoi, opposés à cette conception flexibilisée et précarisée de l'emploi public, nous entendons supprimer cette disposition.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** En ce qui concerne l'amendement n° 1012 rectifié *ter*, la commission estime préférable que les ARS soient employeurs des agents des caisses d'assurance maladie dont elles auront besoin, et elle s'est prononcée en faveur de leur transfert, et non de leur mise à disposition. La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Elle est également défavorable à l'amendement n° 922, pour les mêmes motifs.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La vision d'Alain Vasselle n'a rien à voir avec celle qui est défendue du côté gauche de l'hémicycle,...

**M. François Autain.** Cela se comprend un peu !

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** C'est ce que l'on appelle le clivage gauche-droite !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... mais elle aboutit à la même proposition : la suppression de la possibilité, pour le directeur général de l'agence régionale de santé, de recruter des agents contractuels de droit privé. Cette propo-

sition est évidemment la conséquence directe du choix de M. Vasselle, qui a une nette préférence pour la mise à disposition des personnels de l'assurance maladie.

J'ai le regret de dire à Alain Vasselle que je ne le suivrai pas sur ce point, car la possibilité de recruter des agents contractuels de droit privé est tout à fait capitale pour le succès de la réforme.

Quel est finalement l'objet principal du projet de loi que je vous propose ? Il s'agit de surmonter les cloisonnements qui existent entre l'État et l'assurance maladie ; ils participent au même service public de santé et ne doivent plus se regarder, comme le disent certains, en chiens de faïence – le terme est peut-être un peu fort. Ils doivent au contraire coordonner leurs forces pour rendre notre système plus efficace. J'ai conçu les agences régionales de santé comme une maison commune entre l'État et l'assurance maladie, fondée sur un vrai mariage de cultures.

La mise à disposition des personnels de l'assurance maladie prend véritablement le contrepied de ce projet et compromettrait l'efficacité même de l'action des agences régionales de santé, en les privant d'une vraie maîtrise de leur personnel, en les obligeant à négocier de façon continue les ressources humaines dont elles auront besoin, et finalement, en mettant en cause la capacité à accomplir leur mission avec le personnel nécessaire.

Ces risques n'ont rien d'une politique-fiction. Nous le savons bien à travers l'expérience des agences régionales de l'hospitalisation, qui a montré sans ambiguïté le caractère contreproductif des mises à disposition. Même pour les personnels, qui l'ont bien compris, celles-ci n'offrent que des avantages en trompe-l'œil : les personnels de l'assurance maladie mis à disposition ont d'ailleurs été « oubliés » lors des promotions et leurs perspectives de mobilité ultérieure ont été réduites.

Mon projet de loi repose sur une autre logique, beaucoup plus sûre pour le succès de la réforme comme pour la carrière des agents. Ce que je veux – et c'est cela que j'ai du mal à faire comprendre –, c'est que les agences régionales de santé soient considérées comme un organisme d'assurance maladie ; c'est très important pour que les conditions d'emploi actuelles des personnels soient maintenues et la fluidité de leur parcours professionnel maintenue.

Les ARS sont considérées comme un organe d'assurance maladie, et des négociations ont déjà été engagées par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, l'UNCANS, pour adapter les conventions collectives au nouveau contexte des ARS et garantir aux personnels que tous les avantages liés à leur statut seront maintenus.

Je peux vous garantir, mesdames, messieurs les sénateurs, que je suis ces négociations de très près, et c'est parce que je suis convaincue que les agences régionales de santé doivent être une maison commune pour les agents de l'État comme pour les personnels de l'assurance maladie que j'entends les doter d'institutions représentatives du personnel communes capables de les représenter collectivement.

Je constate, enfin, que toutes les organisations syndicales de l'assurance maladie ne demandent pas, loin s'en faut, cette mise à disposition. J'ai effectué de nombreux déplacements au sein des régions, et je suis allée à la rencontre aussi bien des agents des services de l'État, qui vont participer à la création



des ARS, que de ceux de l'assurance maladie. Ils ont bien compris les dangers que représentait pour eux cette simple mise à disposition.

Au nom d'une intégration plus facile, vous choisissez de ne pas donner à l'ARS les outils dont elle a besoin pour maîtriser totalement sa politique des ressources humaines, et vous souhaitez perpétuer la juxtaposition de deux statuts et de deux cultures parallèles. Vous avez compris, mesdames, messieurs les sénateurs, que ce n'est pas le choix que je fais.

C'est pourquoi, pour des raisons de fond et pour protéger les personnels, particulièrement ceux de l'assurance maladie, je demande à Alain Vasselle, au bénéfice de ces explications, de bien vouloir retirer son amendement.

**M. François Autain.** Il sait faire !

**Mme la présidente.** Monsieur Vasselle, l'amendement n° 1012 rectifié *ter* est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle.** Madame la présidente, je suis admiratif du plaidoyer de Mme la ministre sur cet article du projet de loi et de sa force de conviction. Comment pourrais-je ne pas accéder à sa demande ? Ce faisant, je formulerai quelques observations à propos de ce plaidoyer.

Je dirai tout d'abord que, au stade où nous en sommes de la défense de ces amendements, nous ne faisons que prendre date sur la façon dont les futures agences régionales de santé vont fonctionner.

Madame la ministre, je partage totalement votre objectif et votre souhait de veiller à ce que ce mariage ne soit pas uniquement un mariage de raison entre l'assurance maladie et le futur directeur de l'agence régionale de santé, mais qu'il soit un mariage d'amour (*Exclamations sur diverses travées.*), si vous me permettez d'utiliser ce terme,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ne galvaudons pas ce mot ! (*Sourires.*)

**M. Alain Vasselle.** ... puisque vous l'avez employé à plusieurs reprises à l'égard de nos collègues, non pas de la majorité, mais de l'opposition. (*Protestations amusées sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Certaines de vos déclarations à MM. Desessard et Autain nous ont laissés pantois. (*Nouveaux sourires.*)

Madame le ministre, je souhaite qu'il y ait une véritable osmose. Or, comme l'a relevé tout à l'heure Gilbert Barbier, à l'occasion du retrait de l'un de ses amendements, entre l'esprit dans lequel vous souhaitez que la loi soit appliquée et la lettre de la loi, un véritable fossé peut se creuser suivant la manière dont se comporteront le directeur de l'agence et les responsables de l'assurance maladie.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** C'est sûr !

**M. Guy Fischer.** Merci, monsieur Vasselle !

**M. Alain Vasselle.** Il ne serait peut-être pas inutile que des circulaires ministérielles d'application soient diffusées aux directeurs des agences régionales de santé et qu'elles nous soient communiquées afin que nous puissions nous appuyer sur elles lorsque, en notre qualité de législateur, nous devons veiller à l'application de la loi, dans son esprit comme dans sa lettre.

Cette mesure, qui me paraît essentielle, lèverait d'ailleurs toute ambiguïté sur les propos que nous échangeons sur nombre de dispositions du projet de loi. Vous comprendrez, compte tenu des éléments nouveaux qui figureront dans le texte, que nous soyons en droit de nous interroger sur la manière dont ce système s'appliquera.

Si nous étions convaincus par avance que tout allait fonctionner parfaitement, il n'y aurait aucune raison d'amender la loi. Si elle était si bien écrite, si elle ne risquait de souffrir d'aucune difficulté d'application, pourquoi le Parlement passerait-il autant de temps à légiférer, aussi bien à l'Assemblée nationale qu'au Sénat ? Nous avons l'expérience du contrôle de l'application des lois, et nous estimons que notre contribution peut être utile au bon fonctionnement de ces futures agences.

Je conclurai, madame la présidente, en soulignant que, si Mme la ministre de la santé arrive à avoir l'autorité qu'il faut sur les agents de la caisse d'assurance maladie mis à disposition de la direction de la sécurité sociale, elle doute, semble-t-il, que les directeurs des ARS puissent jouir de la même autorité lorsqu'il ne s'agira que d'une mise à disposition et non d'un simple transfert.

Bref, apparemment, nous nous inquiétons inutilement. Je vous fais donc confiance, madame la ministre, et le moment venu, nous saurons évaluer ces ARS, comme vous nous y avez appelés, et nous aurons un autre rendez-vous tout à fait intéressant.

**M. Jean Desessard.** À quoi sert toute cette expérience ?

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1012 rectifié *ter* est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La réforme est comme la guerre, un art d'exécution, cher Alain Vasselle.

Sur l'initiative de M. le rapporteur et de M. le président de la commission, l'organe de pilotage a été renforcé, ce qui m'a semblé tout à fait pertinent.

Ce sera là aussi un élément tout à fait important pour la mise en œuvre de la réforme dans sa lettre et dans son esprit. De plus, le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, dans lequel siègeront des représentants des organismes d'assurance maladie, verra son rôle renforcé, comme l'a voulu avec une grande pertinence la commission des affaires sociales. Cela ira dans votre sens, cher rapporteur... général ! (*Sourires.*)

**M. Guy Fischer.** Oh ! Ce n'est pas fait ! Il ne le sera que la semaine prochaine !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne fais qu'anticiper !

**Mme la présidente.** Madame Gonthier-Maurin, l'amendement n° 922 est-il maintenu ?

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** Oui, madame la présidente. Les paroles s'envolent, mais les écrits restent !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** *Verba volant, scripta manent !*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 922.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1022, présenté par MM. Cazeau, Le Menn et Desessard, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, par un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut être confié les attributions liées aux compétences du secteur médico-social à un directeur adjoint de l'agence régionale de santé. Celui-ci est salarié de l'agence régionale de santé. Cette nomination est faite en concertation avec les présidents de conseils généraux dans le territoire concerné.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** J'avais déposé voilà déjà un certain temps cet amendement concernant la relation entre l'ARS, la nouvelle organisation régionalisée de la santé, et les conseils généraux. Deux raisons me poussaient à vouloir aider ce « superpréfet », comme l'appelait tout à l'heure M. Autain – sans malice, assurément ! –, dont la tâche sera énorme.

La première raison était qu'il sera chargé non seulement du gigantesque secteur sanitaire, et Dieu sait si je me mets à sa place et si je le plains, mais aussi du secteur médico-social. Compte tenu de cette « double casquette », il m'apparaissait intéressant et même nécessaire, d'un point de vue purement pragmatique, de placer auprès du directeur de l'ARS, et bien sûr sous son autorité, un directeur adjoint, en somme, qui, plus spécialement chargé du secteur médico-social, en aurait une connaissance approfondie et ne serait pas contraint de changer de pied en permanence. Le changement de pied, c'est très difficile pour un joueur de rugby ; l'alternance incessante entre les secteurs sanitaire et social le serait tout autant pour le directeur de l'ARS et pourrait provoquer des déviances.

La deuxième raison découle de notre expérience du partage des compétences entre les ARH, auxquelles incombe actuellement la compétence sanitaire, et les présidents des conseils généraux, auxquels revient la compétence médico-sociale : j'ai souvent pu me rendre compte combien, malgré cette répartition, des pressions s'exerçaient, des « trocs », comme je les appelle, avaient lieu, bref, à quel point ce domaine était difficile à gérer.

Il m'est donc apparu, madame la ministre, qu'une difficulté supplémentaire surgirait de la confrontation de deux compétences confiées l'une aux conseils généraux par les lois de décentralisation, l'autre au directeur de l'ARS par ce projet de loi. C'est pourquoi je souhaitais que nous puissions trouver une solution.

Je crois que le rapporteur avait eu la même idée – je ne sais pas lequel de nous deux l'a eue le premier, peu importe. Il y a renoncé, sans doute finalement convaincu qu'il n'y avait pas de problème. Peut-être aussi a-t-il entendu quelque sirène lui faire des promesses et y a-t-il été sensible, comme tout à l'heure M. Vasselle : vous n'êtes pas seul, mon cher collègue !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est moi, la sirène... (*Sourires.*)

**M. Bernard Cazeau.** Bref, aujourd'hui, je formule cette proposition. On m'oppose que les pôles répondront à mes objections, et Mme la ministre nous donnera certainement des explications. Je continue de penser que se posera un problème de confrontation qui, sans aucun doute, se résoudra de la meilleure manière dans bien des cas, mais, parfois, suscitera des difficultés. Il serait dommage que ce soit le secteur médico-social qui en pâtisse.

**M. François Autain.** Il nous a convaincus !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Mon cher collègue, nous avons évoqué en commission, lors de l'audition des ministres puis lors de l'adoption du texte, la question que vous venez de soulever.

Nous avons alors conclu qu'il ne semblait pas souhaitable de paraître « mettre à part » le secteur médico-social, alors que tout l'intérêt de la création des ARS est de permettre de décloisonner et de coordonner médecine de ville, secteur sanitaire et secteur médico-social. Nous avons également conclu qu'il ne revenait pas à la loi de régir l'organisation interne des ARS.

Quant à la nomination en concertation avec les présidents des conseils généraux d'un éventuel directeur adjoint chargé du médico-social, elle ne nous paraît pas du tout cohérente avec la conception de l'ARS.

Nous serions donc défavorables à l'adoption de cet amendement, s'il était maintenu.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'avis du Gouvernement est bien simple et rejoint celui du rapporteur !

Je suis évidemment tout à fait favorable à l'existence d'un pilotage fort du secteur médico-social au sein des ARS, avec la rigueur et les moyens nécessaires. Aussi, monsieur le sénateur, je veillerai à ce que des instructions soient données pour qu'un pôle médico-social fort soit créé dans chaque ARS.

Je peux d'ores et déjà vous rassurer sur un point : un adjoint du directeur général – peu importe le titre qu'il portera – sera dans la plupart des régions, voire dans toutes, plus particulièrement chargé de l'organisation médico-sociale, compte tenu à la fois de l'importance stratégique et des spécificités de ce secteur. Reconnaissez cependant avec moi, monsieur le sénateur, que cela ne relève pas de la loi ! Nous veillerons donc à laisser le directeur général de l'ARS s'occuper de la bonne organisation de sa structure en fonction des besoins de chaque région, comme cela est prévu dans le texte.

Un autre point de votre proposition vise à ce que le directeur chargé de ce secteur médico-social soit nommé en concertation avec les présidents des conseils généraux. Mais imaginez, monsieur le sénateur, que l'on ne parvienne pas à obtenir de consensus sur un nom, ou que le candidat de consensus n'arrive pas à s'entendre avec le directeur général de l'ARS : vous prenez le risque que le poste reste alors vacant pendant longtemps ! Et, vous qui êtes président du conseil général de la Dordogne, vous avez certainement un directeur chargé du médico-social : imaginez-vous qu'il soit nommé en concertation avec le préfet ? Entre nous, l'accepteriez-vous ? Je ne le pense pas !

Le directeur général de l'ARS doit garder sa responsabilité. C'est pourquoi j'émets un avis défavorable sur votre amendement.

**Mme la présidente.** Monsieur Cazeau, l'amendement n° 1022 est-il maintenu ?

**M. Bernard Cazeau.** Madame la ministre, vous avez été très longue sur la deuxième partie de mon amendement, qui était, je l'avoue, la plus faible. (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Merci de le reconnaître !

**M. Bernard Cazeau.** J'aurais préféré que vous répondiez plus longuement sur la première partie !

Cependant, vous avez déjà fait un pas par rapport à la commission puisque vous nous assurez qu'une personne, qu'elle s'appelle « directeur adjoint » ou qu'elle porte un autre titre, sera chargée du domaine médico-social. C'est important, parce qu'on ne peut pas fixer son attention en permanence à la fois sur le secteur médico-social, qui est très vaste, et sur le secteur sanitaire. L'action dans ces deux champs doit être dissociée, même si, *in fine*, c'est une seule personne qui prend les décisions.

J'étais prêt à retirer la deuxième partie de mon amendement, si vous aviez été d'accord avec la première. Mais puisque vous avez déjà fait un pas, madame la ministre, je retire l'amendement dans sa totalité.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1022 est retiré. (*M. Alain Vasselle applaudit.*)

L'amendement n° 1057, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités et conditions de nomination du directeur général sont fixées par décret pris en Conseil d'État.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** L'objet de cet amendement est d'apporter des garanties de clarté et de transparence dans les modalités et conditions qui présideront à la désignation des directeurs généraux des agences régionales de santé.

Nous proposons que ces modalités et conditions soient précisées par décret pris en Conseil d'État, ce qui permettra au moins de fixer un certain nombre de règles communes.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous ne voyons pas en quoi la fixation des modalités et conditions de nomination des directeurs généraux des ARS par décret en Conseil d'État apporterait des garanties.

Cela étant, on peut noter que, s'il précise avec force détails les modalités de nomination des directeurs d'hôpitaux, le projet de loi ne comporte aucune indication sur celle des directeurs généraux des ARS. Vous nous confirmerez peut-être, madame la ministre, que, conformément à ce qui est mentionné dans l'exposé des motifs du projet de loi, les directeurs généraux des ARS seront nommés, comme l'étaient les directeurs des ARH, par décret en conseil des ministres.

Cependant, rien n'oblige à inscrire une telle précision dans la loi. Nous émettons donc un avis défavorable sur l'amendement n° 1057, s'il est maintenu.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'examen de cet amendement me permet de bien préciser qu'effectivement la désignation des futurs directeurs généraux des ARS devra être entourée de toutes les précautions utiles quant à l'expérience,

aux compétences, au potentiel de ces futurs dirigeants. À l'évidence, les directeurs généraux des agences régionales de santé seront appelés à exercer des responsabilités très vastes !

J'ai donc choisi de mettre en place une sélection rigoureuse et professionnelle s'appuyant sur un appel public à candidatures et sur un comité de sélection composé d'experts de très haut niveau. Ce comité fera des propositions au ministre chargé des affaires sociales et au ministre chargé de la santé, et la procédure apportera toutes les garanties pour s'assurer que les futurs directeurs des ARS seront les plus compétents et les plus qualifiés possible.

Les directeurs généraux des ARS seront nommés en conseil des ministres. Une telle précision ne relève ni de la loi ordinaire ni d'un décret en Conseil d'État, mais de la loi organique ou d'un décret en conseil des ministres.

Sur le fond, les conditions de leur désignation, à savoir la nomination en conseil des ministres, seraient prévues par un décret en conseil des ministres.

Sur la forme, cet amendement n'est pas nécessaire, les missions et compétences du directeur général de l'ARS relevant déjà d'un décret en Conseil d'État.

Je crois avoir été la plus claire possible. Je suis donc défavorable à cet amendement.

**Mme la présidente.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 1057 est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Je vous remercie, madame la ministre, de ces explications. Puisqu'il y aura décret en conseil des ministres, je retire l'amendement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1057 est retiré.

L'amendement n° 1059, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le troisième alinéa (2°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De représentants de la fédération nationale de la mutualité française ;

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** En tant que mouvement de santé, et non seulement comme financeur, offreur de soins et de services médico-sociaux et acteur de santé publique, notamment en matière de prévention, la Mutualité française – le sujet a déjà été évoqué – occupe une place essentielle dans notre système de santé. Par ses propositions et son implication, elle a participé à la conception de nombreuses réformes, cherchant toujours à promouvoir l'intérêt général.

L'ensemble de ses missions place la Mutualité française au côté des régimes d'assurance maladie obligatoire, également financeurs, offreur de soins et de prévention. En effet, il faut rappeler que l'assurance maladie, à travers les treize unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, ou UGECAM, gère 156 établissements de santé et



médico-sociaux et que la Mutualité sociale agricole intervient dans la mise en place des maisons de santé rurales ainsi que des pharmacies rurales.

Depuis sa création, la Mutualité française a développé une expertise unanimement reconnue dans l'exercice de ses mandats de représentation. Parallèlement, elle a fait le choix d'un renforcement du rôle politique de ses unions régionales, auxquelles est désormais dévolu le rôle de représentation du mouvement mutualiste à l'échelon régional, et ce de manière distincte de l'activité de gestion des services de soins et d'accompagnement.

Les unions régionales mutualistes n'auront pas vocation à assurer une activité de couverture complémentaire.

La réforme statutaire adoptée par l'assemblée générale de la Mutualité française le 12 décembre 2008 va permettre au mouvement mutualiste d'être en cohérence avec la future organisation régionale des politiques de santé.

Il convient de rappeler aussi, s'agissant des groupements mutualistes, la stricte séparation des activités d'assurance, d'une part, et d'offre de soins, d'autre part, instaurée par le nouveau code de la mutualité, qui exclut tout conflit d'intérêts entre les acteurs.

À l'heure actuelle, la Mutualité française est associée à la gestion du service public de la sécurité sociale : les textes législatifs et réglementaires prévoient la représentation du mouvement mutualiste au sein des conseils des différents organismes. Demain, une partie de cette représentation se déplacera de manière logique au sein des instances des ARS.

Les 18 millions d'adhérents mutualistes directs et les 38 millions de personnes couvertes ne sauraient être tenus à l'écart des grandes décisions qui les concernent.

Dans ces conditions, la représentation des usagers au sein du conseil de surveillance des ARS doit absolument être plurielle : outre les associations de patients ou de malades, elle doit également comprendre les organisations syndicales et le mouvement mutualiste. Il convient de rappeler à cet égard que les mutuelles sont considérées par 74 % de Français comme légitimes pour représenter les malades et les usagers du système de santé.

Voilà pourquoi la Mutualité française a naturellement sa place au sein du conseil de surveillance des ARS, au même titre que les autres représentants des usagers.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement a un peu embarrassé la commission : la Mutualité française peut être considérée comme représentant l'utilisateur, mais elle fait aussi partie des financeurs, des offreurs de soins et de services médico-sociaux.

Une majorité s'est dégagée au sein de la commission pour que celle-ci s'en remette à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet un avis défavorable, et je ne peux que reprendre l'argumentation que j'ai déjà développée voilà quelques minutes à propos de la Mutualité française.

Vous soulignez à juste titre, monsieur Daudigny, la place essentielle que tient la Mutualité française dans notre système de santé et son implication très constructive ; j'aurai moi-même l'occasion de réaffirmer la conviction qui est la mienne à cet égard, le 6 juin prochain, lors du congrès de

la Mutualité française. J'ai d'ailleurs accepté que les organismes complémentaires soient pleinement associés à la concertation menée par l'ARS pour l'élaboration des actions régionales complémentaires de gestion du risque qui, avec les actions nationales, constitueront le futur programme régional de gestion du risque assurantiel de santé.

Il ne faut pas oublier que la mutualité et, plus largement, les organismes complémentaires sont des opérateurs directs du système, cela vient d'être excellemment rappelé par M. le rapporteur : dès lors, ils ne peuvent, sans confusion des rôles, participer à une décision publique qui les concerne directement.

Là encore, à suivre les auteurs de cet amendement, on introduirait une redoutable confusion, un mélange des genres à la fois très dangereux et extrêmement discutable sur le plan éthique.

**MM. Paul Blanc et Dominique Leclerc.** Très juste !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est pourquoi, tout en souhaitant, bien sûr, que les organismes complémentaires soient associés aux travaux de l'agence dès lors que leurs compétences sont en jeu, je ne saurais soutenir leur intégration dans le conseil de surveillance.

On ne peut, dans ce domaine non plus, être à la fois juge et partie !

**M. Gérard Dériot.** C'est sûr !

**Mme la présidente.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 1059 est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Oui, madame la présidente. J'ai bien expliqué dans mon argumentation, suffisamment longue et détaillée, qu'il y avait une distinction entre les organismes au sein de la mutualité.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1059.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1060, présenté par MM. Rebsamen, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, M. Mirassou, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le troisième alinéa (2°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° De représentants des professionnels de santé ;

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** L'article L. 1432-3 porte sur les conseils de surveillance des ARS. Il nous semble crucial d'y intégrer, aux côtés des représentants des collectivités territoriales notamment, les professionnels de santé par le biais de leurs représentants. Ce ne sont pas quelques places prévues ici ou là qui peuvent masquer leur absence... *(Mme la ministre proteste.)*

Il faut rappeler que, initialement, le rôle des élus était réduit à quasiment rien, la tendance étant à faire prévaloir une structure que nous avons qualifiée de « technico-administra-

tive » au moment même où les questions de santé deviennent des axes forts du développement des politiques locales, comme l'ont montré les ateliers « santé ville-territoires ».

Certes, le texte a maintenant évolué, mais notre amendement conserve son bien-fondé.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1157 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Après le quatrième alinéa (3°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De représentants des professionnels de santé.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Cet amendement est presque identique au précédent.

On a maintenant accepté que les professionnels de santé soient représentés au sein de divers organismes, et j'espère que les arguments développés par Mme la ministre concernant la mutualité ne nous seront pas opposés à leur sujet. Les professionnels de santé ont en effet, me semble-t-il, un rôle à jouer dans cette politique et dans cette organisation.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission n'est pas persuadée de l'opportunité de faire siéger les représentants des professionnels de santé, qui sont offreurs de services, dans le conseil de surveillance des ARS. Elle a donc émis un avis défavorable sur ces deux amendements

Je veux en outre rappeler que les professionnels de santé sont, comme les gestionnaires d'établissements de soins et médico-sociaux, représentés à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, où ils ont, à notre avis, plus leur place.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je vais m'efforcer de convaincre Gilbert Barbier.

**M. François Autain.** Elle a renoncé à nous convaincre, nous !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous souhaitez que les représentants des professions de santé siègent au conseil de surveillance des ARS. Les professionnels de santé jouent, bien entendu, un rôle majeur dans l'élaboration et la préparation des politiques de santé mises en œuvre par les ARS, mais c'est exactement la même chose que pour la mutualité : les professionnels de santé sont des « offreurs de soins ». Loin de moi de donner à cette expression une connotation péjorative ; c'est simplement leur rôle.

Il est clair, en tout cas, que leur présence au sein du conseil de surveillance serait une source de conflits d'intérêts, car les professionnels de santé devront collaborer avec l'ARS.

Cher Gilbert Barbier, imaginez qu'un médecin qui siégerait, comme vous le souhaitez, au conseil de surveillance anime par ailleurs un réseau de santé et bénéficie à ce titre des aides de l'agence régionale de santé pour favoriser la coordination et la qualité des soins. Vous m'objecterez à juste titre que cette aide ne lui est pas destinée à lui personnellement ; il n'empêche qu'un autre professionnel de santé pourra alors, à tort ou à raison, s'estimer lésé par ce financement et mettre en cause l'impartialité de l'ARS. À moins que, participant aux travaux de l'agence régionale, de manière à éviter tout conflit d'intérêts, ce médecin membre du conseil de surveillance ne puisse

jamais bénéficier des financements de celle-ci... Le choix sera cornélien ! On devine qu'un professionnel de santé hésitera beaucoup, dans ces conditions, à siéger au conseil de surveillance de l'agence !

Vous le voyez, ce risque de conflit d'intérêts n'a rien de virtuel : c'est un problème qui se poserait très concrètement sur le terrain.

J'établirai un parallèle avec ces artisans du bâtiment qui refusent de siéger dans les conseils municipaux pour ne pas se trouver pris dans un conflit d'intérêts et être en but aux soupçons de leurs concurrents. Vous aurez exactement le même problème avec les professionnels de santé ! Protégez-les, cher Gilbert Barbier ! (*Sourires.*)

**Mme la présidente.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 1157 rectifié est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Je ne suis pas tout à fait convaincu : les professionnels de santé ont déjà, pour les représenter, des ordres, des syndicats. C'est non pas en tant que professionnels individuels qu'ils siégeront, mais en tant que délégués des organes représentatifs de leurs diverses professions. Si un membre désigné est directement concerné par une affaire, un autre peut le remplacer. C'est ce qui se passait souvent dans les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale : les représentants d'organismes concernés par des propositions ou des décisions à prendre ne siégeaient pas.

Madame la ministre, comprenant néanmoins votre souhait de laisser les professionnels de santé en dehors de cette affaire pour des raisons d'éthique, je retire mon amendement. En revanche, j'aimerais que l'on supprime cet affreux néologisme d'« offreurs de soins », qui choque beaucoup de monde.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1157 rectifié est retiré.

Monsieur Daudigny, l'amendement n° 1060 est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** J'ai constaté que Mme la ministre ne cherchait à convaincre que M. Barbier. (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mille pardons, monsieur Daudigny !

**M. Yves Daudigny.** Mais peut-être la chose lui semblait-elle impossible pour moi ! (*Nouveaux sourires.*)

L'argument des artisans au conseil municipal ne tient pas : un artisan peut très bien être membre d'un conseil municipal et, lorsqu'une délibération est susceptible de mettre en cause son intérêt privé, il ne prend part ni au débat ni au vote ou, mieux, il sort de la salle. Cela ne l'empêche évidemment pas de participer à d'autres délibérations.

**M. Dominique Leclerc.** Cela n'a rien à voir !

**M. Yves Daudigny.** Par conséquent, je maintiens mon amendement.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1060.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1144, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique :

« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

**Mme Anne-Marie Payet.** Cet amendement vise à reconnaître pleinement les spécificités des différentes catégories d'usagers au sein du conseil de surveillance, plutôt que de les fondre dans une représentation unique en les assimilant à des personnalités qualifiées.

Les patients, les personnes âgées et les personnes handicapées sont autant de catégories ayant chacune leur identité, leur autonomie et leur légitimité. Il n'est donc pas souhaitable de les réduire à une catégorie unique de membres, qui n'est d'ailleurs pas la leur, celle des personnalités qualifiées.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 69 rectifié, présenté par MM. Houpert et Pointereau, est ainsi libellé :

Dans le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, après les mots :

dont des représentants

insérer les mots :

de l'ordre des médecins,

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** Il est fait ici référence aux représentants des consommateurs de santé. Il est important, me semble-t-il, de mentionner également les acteurs de santé. Le fait de prévoir un représentant du conseil de l'ordre des médecins permettrait d'éviter les conflits d'intérêts – au demeurant, je le rappelle, tout médecin a nécessairement prêté serment – et son point de vue pourra se révéler précieux lorsque seront abordés les problèmes d'expertise et surtout de déontologie, qui ne manqueront pas de se poser.

L'adoption de cet amendement, dont le coût est nul, revêtirait, aux yeux des professionnels de santé, notamment des médecins, dont je relaie plus particulièrement les préoccupations, un caractère symbolique et leur mettrait du baume au cœur.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1061, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, remplacer le mot :

patients

par le mot :

usagers

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Le terme « patients » renvoie à une conception quelque peu passéiste du rapport existant entre la personne malade et le médecin, conception que la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a cherché à dépasser en faisant de la personne malade et de l'utilisateur des acteurs à part entière, placés au cœur du dispositif du système de santé.

Par ailleurs, le concept d'« usagers » du système de santé est beaucoup plus large : il ne se limite pas à la seule personne malade, mais englobe son entourage, ses proches. De plus, il a l'avantage de ne pas se cantonner à l'aspect curatif des soins, intégrant une dimension préventive tout autant qu'une dimension médico-sociale.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Concernant l'amendement n° 1144, la commission préfère sa propre rédaction, qui inclut, parmi les personnalités qualifiées, des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées.

En conséquence, la commission vous demande, madame Payet, de bien vouloir retirer votre amendement.

Monsieur Houpert, la commission estime que le fait de prévoir la représentation de l'ordre des médecins au titre des personnalités qualifiées, en plus des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, rendrait ce collège quelque peu composite. En outre, comme je l'ai déjà indiqué, la commission n'est pas favorable à la représentation des professionnels de santé au sein du conseil de surveillance des ARS.

La commission vous demande donc, mon cher collègue, de bien vouloir retirer votre amendement n° 69 rectifié.

Enfin, la commission préfère maintenir le terme de « patients », qui fait référence au secteur sanitaire, les représentants des personnes âgées et des personnes handicapées se rapportant, quant à eux, au secteur médico-social. C'est pourquoi, si l'amendement n° 1061 est maintenu, la commission y sera défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Madame la présidente, je souhaite d'abord dire à Gilbert Barbier que j'ai bien entendu ses objurgations : je vous promets, monsieur le sénateur, de ne plus parler d'« offreurs de soins » ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Il n'y a qu'à parler des opérateurs !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis désolée, monsieur le rapporteur, mais je suis favorable à l'amendement n° 1144, qui tend à préciser que les représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que les personnalités qualifiées constituent des catégories distinctes au sein du conseil de surveillance. Cette formulation me paraît satisfaisante dans la mesure où sont ainsi préservées l'identité et la légitimité de ces différents acteurs, tout comme, d'une certaine façon, leur histoire et leur culture.

Monsieur Houpert, je suis très attachée à ce que le conseil de l'ordre des médecins soit un partenaire privilégié de l'ARS. Pour éviter toute ambiguïté sur ce point, je présenterai à l'article 19 *ter* un amendement prévoyant explicitement la consultation des ordres par l'agence régionale de santé sur les projets et questions qui relèvent de leur compétence.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Très bien !



**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ainsi, votre amendement sera satisfait.

Sous le bénéfice de ces garanties, je vous demande de bien vouloir retirer l'amendement n° 69 rectifié.

Enfin, je suis défavorable à l'amendement n° 1061, car la dénomination proposée pourrait créer une confusion, voire une altération profonde de la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner.

L'emploi du terme « usagers » ne permet pas d'assurer que figurent des représentants des personnes âgées et des personnes handicapées, à côté des associations agréées œuvrant dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, aux termes très précis de ladite loi. Dès lors, pour respecter l'esprit de celle-ci, il est nécessaire de s'en tenir au terme de « patients » pour distinguer ces différentes catégories.

**Mme la présidente.** Monsieur Houpert, l'amendement n° 69 rectifié est-il maintenu ?

**M. Alain Houpert.** Il est injuste de ne pas considérer les médecins comme des personnes qualifiées. L'ordre des médecins, par ma voix, demande un peu de souplesse. Il s'agit non pas d'un syndicat, mais d'un ordre. Tous les médecins ont prêté serment et l'ordre des médecins est avant tout guidé par le souci de l'intérêt général. Les médecins ne veulent surtout pas prendre le pouvoir ; ils veulent seulement apporter leur pierre à l'édifice.

Par conséquent, je maintiens mon amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je veux revenir sur l'amendement n° 1144.

Aux termes de la rédaction du texte de la commission, le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et de l'autonomie comprend, entre autres, « des personnalités qualifiées, dont des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées ».

L'amendement défendu par Mme Payet prévoit qu'il est composé « de représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence ». Si l'on fait ainsi le départ entre les personnalités qualifiées, d'un côté, et les représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, de l'autre, faut-il conclure que ces derniers sont des personnes non qualifiées ?

**Mme la présidente.** La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote sur l'amendement n° 1144.

**M. Paul Blanc.** L'amendement de Mme Payet correspond tout à fait à l'esprit qui sous-tend la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Personnellement, je le voterai.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales** Je veux appuyer les propos de M. le rapporteur. Honnêtement, je préférerais que Mme Payet retire son amendement.

Avec la rédaction de la commission, nous soulignons que les représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées sont des personnes qualifiées. La formulation proposée dans l'amendement n° 1144 semble leur dénier toute qualification à pratiquer.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais non ! Les élus ne sont pas des personnes qualifiées, mais ils ont des compétences !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Pardonnez-moi, madame la ministre, mais le français a un sens : dès lors que nous écrivons que le conseil de surveillance de l'agence comprend « des personnalités qualifiées, dont des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées », cela signifie bien que ces représentants sont considérés comme des personnalités qualifiées !

Or ce n'est plus le cas dans la rédaction proposée dans l'amendement n° 1144 puisqu'elle établit une distinction – soulignée par la locution « ainsi que », précédée d'une virgule – entre, d'une part, les représentants en question et, d'autre part, « au moins une personnalité choisie à raison de sa qualification ». Il est dommage que l'amendement rompe le lien établi par le texte de la commission et faisant apparaître ces représentants comme des personnalités qualifiées dont la présence est indispensable au sein du conseil de surveillance.

Cela étant, bien entendu, si Mme Payet maintient son amendement et si Mme la ministre persiste à le soutenir, je le voterai, mais à regret. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous m'avez mal comprise, monsieur le président de la commission. Je ne dis pas que les représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées ne sont pas des personnalités qualifiées. Je me réfère simplement à la définition que l'on retient pour les personnalités qualifiées.

Lorsqu'on dit que la commission comprendra des élus et des personnalités qualifiées, cela ne signifie pas, cher président, que les élus ne sont pas des personnalités qualifiées à raison de leurs compétences.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ce n'est pas ce que j'ai dit !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mme Payet a voulu dire que les personnes handicapées ou les personnes âgées formaient une catégorie en tant que telle,...

**Mme Anne-Marie Payet.** Bien sûr !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... et qu'elles devaient être en quelque sorte ontologiquement présentes au conseil de surveillance, et non pas en tant que personnalités qualifiées.

Certains penseront peut-être que nous nous livrons là à une querelle byzantine, mais je ne pense pas que ce soit le cas. En tant que membre de diverses associations de soutien aux personnes handicapées, et ancienne présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées, je mesure l'importance d'une représentation ontologique de ces personnes au sein du conseil de surveillance. On ne peut pas les considérer uniquement comme des personnalités qualifiées.

Pardonnez le romantisme de mon plaidoyer, cher président, mais cette question est, à mes yeux, essentielle.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il est vrai, madame la ministre, que, s'il avait été prévu que le conseil de surveillance comprendrait « des élus et des personnalités qualifiées », je n'aurais pas déposé un amendement pour préciser que les élus étaient inclus dans les personnalités qualifiées. Mais s'il avait été écrit « des personnalités qualifiées, dont des élus », je n'en aurais pas déposé non plus pour « sortir » les élus, étant entendu que cela aurait fait apparaître « en creux » que les élus n'étaient pas des personnalités qualifiées.

Cela dit, il reste à définir dans le décret – et je ne doute pas, madame la ministre, que vous aurez toute compétence pour trouver la bonne formule – à quel titre tous ceux que nous n'avons pas cités et qui restent des personnalités qualifiées siégeront au sein du conseil de surveillance...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En tant qu'experts !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** ... puisqu'il y aura déjà des représentants de l'État, des membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie, des représentants des collectivités territoriales, des représentants des patients, des représentants des personnes âgées, des représentants des personnes handicapées... Alors, il y aura en plus des personnalités qualifiées. Mais qualifiées à quel titre ? On ne le sait pas très bien !

**M. Jean Desessard.** Au titre de la santé environnementale !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** On trouvera certainement une raison pour les y faire siéger !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** De toute façon, cher président About, tout cela n'a pas grande importance !

En effet, l'article L. 1432-3 précise aussi que « des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix ». Ainsi, comme à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, le point de vue de sept ou huit personnes pourra l'emporter, même si trente-cinq autres membres ont un avis contraire !

Finalement, il s'agit bien, comme l'a dit Mme la ministre, d'une querelle byzantine ! Il est donc inutile de perdre du temps sur ce point puisque, si plusieurs membres peuvent disposer de plusieurs voix, l'État l'emportera toujours dans toutes les décisions.

**M. Guy Fischer.** Les dés sont pipés !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela valait quand même la peine de débattre !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Personnellement, je me contenterai d'un simple engagement : que Mme la ministre m'assure que les personnes handicapées et les personnes âgées seront bien représentées au sein du conseil de surveillance.

L'amendement n° 1144 pourrait alors être retiré, sauf à considérer que la parole du Gouvernement n'est pas fiable et qu'il n'est jamais donné suite à un engagement pris devant nous. Mais nous n'avons jamais douté de la parole du Gouvernement !

J'attire toutefois votre attention sur un point de la rédaction. Il n'est pas précisé qu'il s'agit de représentants des personnes âgées et de représentants des personnes handicapées. Aussi risquons-nous de retomber dans un problème que nous rencontrons au sein du conseil de la vie sociale et qui n'a toujours pas été réglé, j'y insiste auprès de Valérie Létard. En effet, il existe encore en France des organes présidés par des personnes qui n'ont pas les capacités requises pour donner un avis. C'est le cas dans ma commune, où le conseil de la vie sociale est présidé par une personne handicapée mentale.

Je veux bien admettre que siègent au conseil de surveillance des représentants des personnes handicapées, mais s'il s'agit de personnes elles-mêmes handicapées, encore faut-il qu'elles soient choisies avec clairvoyance, de manière à être effectivement en mesure de remplir leur mission !

L'inertie dont on fait preuve pour régler les problèmes d'application des textes est tout de même aberrante ! Je précise que le problème que j'ai évoqué date du temps où Mme Marie-Thérèse Boisseau était chargée de ce dossier au Gouvernement ! Depuis plusieurs ministres se sont succédés. Alors, permettez-moi de douter de la capacité du Gouvernement à régler des problèmes dont il reconnaît pourtant la réalité, mais pour lesquels aucune solution n'est trouvée !

**Mme la présidente.** Madame Payet, l'amendement n° 1144 est-il maintenu ?

**Mme Anne-Marie Payet.** Étant sur la même longueur d'onde que Mme la ministre, je maintiens l'amendement, madame la présidente.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1144.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** En conséquence, les amendements n° 69 rectifié et 1061 n'ont plus d'objet.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à dix-neuf heures trente, est reprise à vingt et une heures trente-cinq, sous la présidence de M. Jean-Léonce Dupont.)*

#### PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT vice-président

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

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

#### Article 26 (suite)

**M. le président.** Dans la suite de l'examen de l'article 26, je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1064, présenté par Mme Bourzai, MM. Teulade, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier,

MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les régions dont tout ou partie du territoire est situé en zone de montagne, le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé compétente comprend également des représentants du ou des comités de massif, institués par l'article 7 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne, concernés.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Le présent amendement a pour objet d'assurer la représentation du comité de massif au sein du conseil de surveillance de chaque agence régionale de santé dans le ressort de laquelle se trouvent des territoires situés en zone de montagne.

Il convient de rappeler que, aux termes de la loi, le comité de massif est compétent pour faciliter, par ses avis et ses propositions, la coordination des actions publiques dans le massif et l'organisation des services publics.

Compte tenu des prérogatives extrêmement larges de l'agence régionale de santé en matière d'organisation des soins et de planification sanitaire, il nous semble essentiel que la voix du comité de massif soit entendue au sein du conseil de surveillance de l'agence.

**M. le président.** L'amendement n° 929, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après le neuvième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les régions dont le territoire, pour tout ou partie, est situé en zone de montagne, le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé compétente comprend au plus deux représentants du ou des comités de massif institués par la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne concernés.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Comme celui que vient de présenter Jacky Le Menn, le présent amendement a pour objet d'assurer la représentation du comité de massif au sein du conseil de surveillance de chaque agence régionale de santé compétente à l'égard de territoires situés en zone de montagne.

Je fais miens les arguments qu'a formulés Jacky Le Menn puisque nos deux amendements sont quasi identiques.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a estimé qu'il n'était pas nécessaire de faire siéger les comités de massif au sein des conseils de surveillance des ARS, ce qui ne les empêchera pas, s'ils le jugent utile, d'exprimer leur avis sur les questions d'aménagement sanitaire et médico-social. Elle est donc défavorable à ces deux amendements.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous partageons l'argumentation de la commission et exprimons également un avis défavorable sur les deux amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1064.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 929.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 924 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 1040 est présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Patient et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 1162 rectifié est présenté par MM. Mézard, Milhau et Vall et Mme Escoffier.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer le sixième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique.

La parole est à M. Guy Fischer, pour défendre l'amendement n° 924.

**M. Guy Fischer.** Plus nous examinons ce projet de loi, plus nous découvrons les amendements que le Gouvernement a souhaité déposer au cours des débats et plus nous avons la confirmation de ce que votre conception de la démocratie sanitaire, madame la ministre, ne correspond pas du tout à la nôtre.

Il ne vous a pas suffi de créer de toutes pièces des conseils de surveillance, qu'il s'agisse de ceux des établissements publics de santé ou de ceux des ARS, aux compétences très réduites. Il ne vous a pas suffi d'y faire siéger, dans ce dernier cas, le préfet de région et de lui attribuer une place particulière. Vous allez encore plus loin, prévoyant, au sixième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, que des membres du conseil de surveillance puissent disposer de plusieurs voix. Outre que cette formulation est un peu ambiguë, on peut s'interroger sur les finalités d'une telle disposition.

Quels seront les membres disposant de plusieurs voix ? Comment une telle disposition est-elle justifiée ? Dans quelles circonstances ce vote à plusieurs voix pourra-t-il s'exercer ?

Madame la ministre, cette disposition est juridiquement floue, voire franchement obscure. Ce manque de transparence dissimule fort mal ce que nous considérons comme une manœuvre antidémocratique.

**Mme Isabelle Debré.** Le terme est un peu fort !

**M. Guy Fischer.** On s'aperçoit que, en fait, comme au sein de la CNSA, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les représentants de l'État auront toujours la majorité.



**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Ce sont les payeurs !

**M. Guy Fischer**. Nous craignons donc que cette disposition ne permette de renforcer encore le poids des acteurs dont la place est déjà très importante.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Qui paie décide !

**M. Guy Fischer**. Je pense, par exemple, au représentant de l'État dans la région, sachant que, dans le même temps, le Gouvernement refuse d'associer plus étroitement les représentants des collectivités locales et territoriales.

Compte tenu de l'importance que ce point revêt à nos yeux, nous demandons qu'il soit statué sur cet amendement par scrutin public.

**M. le président**. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 1040.

**M. Yves Daudigny**. Notre collègue Bernard Cazeau a déjà appelé tout à l'heure comment, au sein du conseil d'administration de la CNSA, l'État pouvait à lui seul remporter un vote contre l'avis des élus présents, l'avis des représentants des syndicats, l'avis des représentants des organisations professionnelles et l'avis des représentants des associations.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Ils donnent tout de même leur avis !

**M. Yves Daudigny**. Faut-il, s'agissant du conseil de surveillance de l'ARS, mettre en place une telle parodie de démocratie ?

Madame la ministre, vous nous avez expliqué, et nous voulons bien l'entendre, que l'État comptait absolument assumer ses responsabilités en matière de santé publique. Le projet de loi, s'il est adopté, lui en donnera les moyens à travers les pouvoirs très importants confiés aux futurs directeurs des ARS. À côté de ces directeurs, les conseils de surveillance auront des pouvoirs très limités et donneront uniquement des avis. Faut-il, en plus, que ces avis soient absolument et systématiquement conformes à ce que l'État peut attendre ou souhaiter ? De qui peut-on avoir peur au sein de ce conseil de surveillance ? Ne peut-on pas mettre en place des règles simples de démocratie ?

Ainsi, à côté d'un État qui assumerait pleinement ses responsabilités, la démocratie sanitaire pourrait, elle, s'exprimer.

**M. le président**. L'amendement n° 1162 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Vous vous en souvenez, mes chers collègues, cette question a été très longuement débattue en commission. Nous avons conclu que, dès lors que le conseil de surveillance de l'ARS votait le budget, comme l'a prévu l'Assemblée nationale, les financeurs, et au premier chef l'État, devaient pouvoir se faire entendre.

Madame la ministre a également fait remarquer en commission qu'il ne saurait y avoir cogestion en matière de politique sanitaire à partir du moment où elle n'est financée que par l'État et l'assurance maladie.

**M. Bernard Cazeau**. Alors, notre débat ne sert à rien ?...

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Nous avons donc émis un avis défavorable sur ces amendements.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je ne peux pas laisser dire un certain nombre de contre-vérités !

Les représentants de l'État occuperont 25 % des sièges au conseil de surveillance et n'auront qu'un tiers du potentiel de voix : ils n'auront donc pas, à eux seuls, la majorité absolue. Il est tout à fait normal que l'État, étant donné la faiblesse de sa représentation au sein de cette instance, puisse disposer de plus d'une voix par représentant. La majorité reste bien formée par l'ensemble des autres partenaires du système de santé.

Je récuse fermement ce procès qui nous est fait et je suis évidemment tout à fait défavorable à ces amendements.

**M. François Autain**. Ce n'est pas très convaincant !

**M. le président**. Je mets aux voix les amendements identiques n° 924 et 1040.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC-SPG.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(Le scrutin a lieu.)

**M. le président**. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

**M. le président**. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 167 :

Nombre de votants .....	338
Nombre de suffrages exprimés .....	330
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	166
Pour l'adoption .....	143
Contre .....	187

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 925, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le septième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Toutefois, dès lors que la délibération porte sur des dispositions concernant leurs propres statuts, ils disposent d'une voix délibérative.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain**. Il s'agit de faire en sorte que les agents des agences régionales de santé ne soient pas les spectateurs quasi impuissants de leur devenir au sein de cette structure.

En effet, après la mobilité forcée dont ces personnels font l'objet et que nous avons dénoncée en défendant un précédent amendement, les représentants du personnel se voient réduits au rôle de témoins des travaux du conseil de surveillance, alors même que ces travaux pourraient porter sur le financement de la formation des agents, la politique de recrutement ou la définition des profils de poste recherchés par l'agence régionale de santé dans l'exécution de ses missions.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Ils ont une voix consultative !

**M. François Autain.** C'est pourquoi nous souhaitons que, pour toutes les questions qui relèvent de leur statut, les représentants du personnel puissent avoir une voix délibérative au sein du conseil de surveillance. Cette mesure vise à renforcer la démocratie et le dialogue social au sein de l'agence régionale de santé lorsqu'elle agit en tant qu'employeur.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le conseil de surveillance ne gère pas l'agence régionale de santé. Il n'aura donc pas à intervenir sur les conditions de travail ou le statut des personnels, lesquels disposeront par ailleurs d'instances représentatives.

C'est la raison pour laquelle la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le conseil de surveillance n'a pas pour mission d'examiner les situations statutaires des agents. Il doit participer à la définition de la stratégie retenue par l'agence régionale de santé et évaluer les résultats de ses actions. Il ne s'agit donc pas pour lui d'entrer dans des considérations directement opérationnelles.

Il est ici précisé que les représentants du personnel siègent au conseil de surveillance avec voix consultative, ce qui est une démarche assez classique dans un établissement public. Nous avons prévu que les agences seraient dotées d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, institution aussi idoine qu'indispensable. En outre, le projet de loi innove avec la création du comité d'agence. Toutes ces dispositions sont de nature à favoriser le dialogue social au sein des agences régionales de santé.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet également un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 925.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1062, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le septième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les directeurs des unités de formation et de recherche médicale ou les présidents des comités de coordination de l'enseignement médical siègent au conseil de surveillance, avec voix consultative.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Il s'agit encore de la composition du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé, présenté dans l'exposé des motifs comme « une instance de démocratie sanitaire, lieu privilégié de la concertation », « à l'image du conseil économique et social régional ».

Si tel est bien le cas et compte tenu de l'importance que revêtent les unités de recherche et de formation, nous comprenons mal comment – et surtout pourquoi – les représentants de ce secteur seraient exclus de cette instance.

En effet, les unités de formation et de recherche sont les instances les plus à même de rendre compte des évolutions qui se font jour. Il en va ainsi des inscriptions, mais aussi de la gestion de divers pôles de recherche, de la définition des axes des recherches à venir, de la mutualisation des moyens, etc.

Ainsi, de la formation comme de la recherche dépend notamment, et de façon très étroite, la gestion prospective des effectifs des professionnels, tout comme leur répartition. Or cette dimension conditionne également l'égal accès aux soins dont doivent pouvoir bénéficier l'ensemble de nos concitoyens.

Compte tenu de l'importance de ces problématiques et de la primauté que nous devons leur accorder, nous jugeons incontournable la présence, avec voix consultative, des directeurs des unités de formation et de recherche médicales ou des présidents des comités de coordination de l'enseignement médical au sein des conseils de surveillance des ARS.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Personne ne contestera le rôle essentiel de la formation des médecins et de la recherche dans les progrès du système de santé. Cependant, il est ici question des conseils de surveillance des agences régionales de santé, qui n'ont pas de compétence en matière de recherche médicale et de formation des praticiens.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet un avis défavorable pour les mêmes raisons.

Par ailleurs, puisqu'il est question de faire siéger les directeurs d'UFR médicales, pourquoi ne pas étendre la disposition aux directeurs d'UFR pharmaceutiques (*M. Jacky Le Menn s'exclame*) – je suis surprise d'un tel ostracisme ! (*Sourires*) – ainsi qu'aux directeurs des différents instituts de formation en soins infirmiers ? L'appareil de formation des professionnels de la santé ne se réduit pas aux structures qui forment les médecins !

Quoi qu'il en soit, si l'on vous écoutait, de proche en proche, le conseil de surveillance se transformerait en une structure totalement ingérable !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1062.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 926, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le huitième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique :

« Le conseil de surveillance est présidé par l'un des membres du conseil mentionné au 3° de cet article, ayant obtenu la majorité des suffrages de l'ensemble des membres composant le conseil de surveillance, à l'exception du représentant de l'État dans la région qui ne peut prendre part au vote.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Avec cet amendement, nous proposons que les conseils de surveillance des agences régionales de santé soient présidés par un représentant des collectivités territoriales.

Je ne reviendrai pas sur la démonstration que nous avons pu faire concernant la participation des départements et des régions à l'offre sanitaire et médico-sociale. Les élus locaux que nous sommes ou que nous avons été savent tous combien les collectivités territoriales participent, au-delà de leurs compétences légales, à la qualité de l'offre en matière de soins et d'accueil dans les établissements médico-sociaux.

**M. le président.** L'amendement n° 1030, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le huitième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique :

« Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé élit son président en son sein parmi les représentants des collectivités territoriales, les représentants des usagers ou les personnalités qualifiées. Il se réunit au moins une fois par trimestre.

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** N'ayant pas de vanité d'auteur, si le rapporteur émet un avis favorable sur l'amendement n° 926 ou sur l'amendement n° 1063, je n'hésiterai pas à retirer l'amendement n° 1030.

Celui-ci tend à prévoir que le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé élit son président en son sein parmi les représentants des collectivités territoriales, les représentants des usagers ou les personnalités qualifiées. Je propose en outre qu'il se réunisse au moins une fois par trimestre.

Dans le projet de loi, le conseil de surveillance joue un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'agence régionale de santé : il approuve son budget et peut même le rejeter, il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé ainsi que sur les résultats de l'action de l'agence, etc.

Il s'agit d'améliorer le fonctionnement du conseil de surveillance en le rendant plus indépendant dans sa fonction de surveillance. Une action de surveillance suppose du recul. Dès lors, le président de cette instance ne doit pas être celui qui agit, d'autant que le directeur de l'agence régionale de santé est déjà nommé directement par le ministre de tutelle. C'est pourquoi le président doit être élu parmi les représentants des collectivités territoriales, des usagers ou des personnalités qualifiées.

**M. le président.** L'amendement n° 1063, présenté par Mme Bourzai, MM. Teulade, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le

Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

À la fin du huitième alinéa du I du texte proposé par cet article l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

le représentant de l'État dans la région

par les mots :

un représentant des collectivités territoriales

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement a pour objet de confier la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé à un représentant des collectivités territoriales.

Il nous semble inopportun que le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé soit présidé par le représentant de l'État dans la région. Il est en effet peu probable que le préfet de région ait un regard critique sur la gestion du directeur général de l'agence régionale de santé puisque tous deux sont des fonctionnaires d'autorité de l'État et sont tous deux nommés en conseil des ministres. J'ajouterai qu'ils seront tous deux sanctionnés s'ils ne font pas ce qu'on attend d'eux.

Pour l'efficacité du système, mieux vaut confier la présidence du conseil de surveillance à un membre qui ne soit pas un représentant de l'État.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission n'a pas souhaité modifier les dispositions du texte qui confient au préfet de région la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé. En effet, nous estimons qu'il faut maintenir un lien entre la politique en matière de santé et les hautes compétences de l'État à l'échelon de la région, notamment pour tout ce qui relève de l'aménagement du territoire.

C'est la raison pour laquelle la commission émet un avis défavorable sur ces trois amendements.

S'agissant spécifiquement de l'amendement n° 1030, j'indique à M. Desessard que la périodicité des réunions du conseil de surveillance ne relève pas du domaine de la loi.

Je précise également aux auteurs de l'amendement n° 1063 que, la politique de santé étant une politique nationale, il nous semble plus logique que le conseil de surveillance des ARS soit présidé par le préfet de région plutôt que par un représentant des collectivités territoriales, même s'il est par ailleurs nécessaire que ces dernières soient représentées au sein de cette instance.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Les raisons invoquées à l'appui de ces amendements me paraissent peu fondées.

M. Cazeau, en particulier, évoque une sorte de convergence nécessaire entre le directeur général de l'ARS et le préfet. Il faut rappeler que de très nombreuses compétences qui seront exercées par les ARS sont aujourd'hui des compétences de l'État : la politique de santé publique, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation des soins, le domaine médico-social. De fait, c'est l'État qui, avec les DDASS et les DRASS, apportera plus de 80 % des moyens humains appelés à constituer demain les personnels des agences régionales de santé. Il



est donc légitime qu'il ait sa place au sein du conseil de surveillance. Il apportera aussi une part importante des moyens financiers des agences.

À elle seule, cette raison suffirait pour demander le rejet de ces amendements, mais j'ajoute que la présidence exercée par le préfet de région permettra de garantir l'impartialité du service public et la continuité de l'action publique.

Le fait de lui confier la présidence du conseil de surveillance s'impose également dans la mesure où les ARS ont pour rôle de territorialiser et décloisonner les politiques de santé. Il est donc essentiel que cette territorialisation soit réalisée en bonne cohérence avec les autres politiques publiques menées sur le territoire. Je pense en particulier à des politiques de santé conduites par d'autres acteurs que l'ARS: vous avez été nombreux à évoquer la santé scolaire, la santé au travail. Je pense aussi aux politiques qui touchent à l'aménagement du territoire et qui ont une incidence sur la santé ou encore aux politiques de développement économique qui, on le sait bien, peuvent avoir un retentissement sur la santé de nos concitoyens.

Qui mieux que le préfet de région peut apporter une vision transversale de ces politiques publiques et faciliter le travail entre tous les décideurs ?

Je veux insister à nouveau sur cette volonté de territorialiser, de décloisonner, d'assurer l'impartialité du service public, de garantir la fonction régaliennne que doit assumer l'État et que personne n'a contestée dans cet hémicycle. Il ne s'agit absolument pas de faire de l'ARS un instrument étatique ! D'ailleurs, cette agence aura une personnalité morale propre et l'État, comme je le rappelais à l'instant, sera largement minoritaire – 25 % des membres – au sein du conseil de surveillance.

**M. Bernard Cazeau.** Mais chacun de ces membres aura plusieurs voix !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Par conséquent, les élus locaux, les partenaires sociaux, à travers les représentants des caisses d'assurance maladie, les représentants des patients, des personnes âgées, des personnes handicapées, disposeront d'une large majorité.

Au regard de la légitimité et des garanties qu'apporte le préfet de région, je suis persuadée que lui confier la présidence du conseil de surveillance est la meilleure solution pour faire fonctionner cette instance.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement est défavorable aux amendements n° 926, 1030 et 1063.

Monsieur Desessard, vous souhaitez ajouter une précision complémentaire, à savoir que le conseil de surveillance se réunit une fois par trimestre. Je n'y vois aucune objection de fond, mais cette disposition est de nature réglementaire.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Madame la ministre, la guerre des polices, cela a existé ! La rivalité entre des services de l'État, ce n'est pas une chimère ! Vous semblez penser que ces services travaillent systématiquement de façon complémentaire.

La concurrence entre le préfet de région et un superpréfet sanitaire, pour reprendre l'expression de M. Autain,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Revoilà le préfet sanitaire !

**M. Jean Desessard.** ... peut exister. Vous avez d'ailleurs dit assumer cette qualification parce qu'elle n'était pas dévalorisante et qu'elle correspondait peu ou prou à ce que vous vouliez faire.

Rien ne garantit qu'il n'y aura pas de conflit de pouvoir entre ces deux superpuissances régionales.

Par ailleurs, madame la ministre, votre argumentation aurait pu être recevable s'il s'était agi d'un conseil d'administration. Je rappelle que, lorsque nos collègues du groupe CRC-SPG ont défendu un amendement qui visait à transformer le conseil de surveillance en conseil d'administration, vous en avez demandé le rejet au motif qu'un conseil d'administration a le pouvoir de décider et gère, alors qu'un conseil de surveillance contrôle. S'il s'était agi d'un conseil d'administration, donc, nous aurions pu entendre vos arguments selon lesquels c'est l'État qui apporte l'essentiel des moyens humains et financiers, qui assume cette responsabilité régaliennne, etc. Mais nous avons ici affaire à un conseil de surveillance, chargé de veiller à la bonne application des décisions.

Dès lors qu'il s'agit d'un organe chargé de surveiller, mieux vaut qu'il donne tous les signes de son indépendance. Or le fait d'être présidé par un élu ou par une personnalité qualifiée apparaîtrait bien comme un tel signe. À l'inverse, si le président est le représentant de l'État dans la région, dès qu'un problème se posera, il suffira que le ministre chargé du dossier lui téléphone pour qu'il soit réglé ! Il est clair que, dans ce cas de figure, le président du conseil de surveillance ne pourra pas contrôler en toute indépendance la bonne application des décisions, la cohérence de la politique de santé à l'échelon régional.

Je le répète, votre argumentaire aurait été juste s'il s'était agi d'un conseil d'administration. À partir du moment où vous avez choisi une instance de contrôle et de surveillance,...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Qui vote aussi le budget !

**M. François Autain.** Mais dans quelles conditions !

**M. Jean Desessard.** Monsieur About, vous ne pouvez pas dire une chose l'après-midi et le contraire le soir !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Vous non plus !

**M. François Autain.** Nous constatons !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 926.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1030.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1063.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 927 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Dans le neuvième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

par une majorité qualifiée

par les mots :

à la majorité simple

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement permet de mettre en exergue l'une de ces bizarreries dont fourmille ce texte ! Il vise les modalités d'adoption et de rejet par le conseil de surveillance du budget de l'ARS.

Ce conseil approuve le projet de budget de l'agence régionale de santé à la majorité simple de ses membres, mais, s'il souhaite le repousser, une majorité qualifiée est requise.

Il serait plus conforme à la démocratie de revenir sur cette étrangeté, qui instaure une sorte d'asymétrie pour le moins discutable.

La majorité simple requise pour l'adoption du budget pourra être recueillie sans trop de difficultés en regroupant les voix des représentants de l'État, des représentants des organisations d'employeurs et de quelques élus locaux suffisamment dociles et complaisants. En revanche, la majorité qualifiée nécessaire à son rejet sera beaucoup plus malaisée à obtenir.

Au cas où nous ne l'aurions pas tout à fait compris, tout est fait pour que le budget de l'agence – traduction déconcentrée de la loi de financement de la sécurité sociale – soit accepté quoi qu'il arrive.

Vous nous expliquez que, bien que l'État soit minoritaire, tout doit se passer comme s'il était majoritaire. Autrement dit, vous voulez que le budget soumis à l'agence soit automatiquement adopté. Vous auriez dû tomber le masque et assumer !

Si vous jugez que le conseil de surveillance est une structure à ce point gênante, il aurait fallu soit en modifier la composition, soit vous dispenser de recourir à de telles acrobaties pour obtenir ce que vous voulez, à savoir que les décisions prises nationalement soient immédiatement adoptées à l'échelon régional.

Pour que le fonctionnement de l'ARS soit démocratique, la majorité simple doit être requise tant pour l'adoption que pour le rejet de son budget. Tel est l'objet de cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le neuvième alinéa du I vise les conditions non pas d'approbation mais de rejet du budget de l'ARS.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'est remarquable, monsieur le rapporteur !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cela ôte toute pertinence à l'objection relative à l'absence de parallélisme des formes.

Je rappelle ce que nous disions tout à l'heure à propos de la répartition des voix : il ne serait pas normal que le budget soit rejeté contre l'avis des financeurs que sont l'État et les organismes d'assurance maladie. (*M. Jean Desessard s'exclame.*) La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaite apporter une précision, car il semble y avoir une confusion. Il s'agit du budget de l'ARS et non de celui de l'assurance maladie, destiné à mener les politiques de santé, à faire fonctionner l'hôpital, notamment.

Le conseil de surveillance de l'agence est composé des représentants de l'État, d'élus locaux, de partenaires sociaux, de représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, de personnalités qualifiées. Je le répète, les représentants de l'État seront minoritaires en

sièges, alors que la plus grande partie des ressources et des moyens humains de l'agence proviendra de l'État. Il serait particulièrement illogique que l'État, financeur principal des ARS, puisse être mis en minorité lors du vote du budget du simple fait qu'il est minoritaire et en sièges et en voix.

Le rejet du budget d'une ARS est une décision grave. Il me semble donc légitime de requérir une majorité qualifiée. Tel est d'ailleurs aujourd'hui le cas pour ce qui concerne le budget des caisses d'assurance maladie.

Permettez-moi une comparaison, mesdames, messieurs les sénateurs. Imaginons qu'un conseil d'usagers puisse vous mettre en minorité et rejeter le budget de votre collectivité territoriale. C'est tout à fait impensable !

**M. Jean Desessard.** Des comités de quartier !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comment pouvez-vous envisager pareille incongruité au sein des collectivités ou des organismes dont vous avez la responsabilité ?

**M. Bernard Cazeau.** Nous sommes élus ; nous ne sommes pas nommés !

**M. le président.** La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

**M. Michel Mercier.** Je souhaite obtenir des éclaircissements de M. le rapporteur, car j'ai quelque peine à décrypter ce qui est écrit

J'ai bien compris ce qu'a dit Mme la ministre, à savoir qu'il s'agissait du budget de fonctionnement de l'ARS et de rien d'autre. Certes, ce n'est pas négligeable, mais ce n'est pas non plus fondamental. Mme la ministre nous a expliqué que l'État fournirait environ 80 % des moyens. Il serait donc plus simple qu'il dispose du même pourcentage de voix. Le problème serait ainsi réglé !

Cela étant, aux termes du texte proposé pour l'article L. 1342-3 du code de la santé publique, « le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence » ; fort bien ! Je lis ensuite qu'« il peut le rejeter par une majorité qualifiée ». Mais, s'il le rejette à la majorité simple, le budget n'est alors ni approuvé ni rejeté !

**M. François Autain.** Eh oui, que se passe-t-il ?

**M. Alain Vasselle.** Juste remarque, monsieur Mercier !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'est le principe de la motion de censure : il est réputé approuvé !

**M. Michel Mercier.** Je veux bien, mais il faudrait au moins l'écrire dans le projet de loi, car la rédaction actuelle n'est pas très explicite !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est comme pour une réforme de la Constitution : au Congrès, une majorité qualifiée est requise !

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Madame la ministre, vous nous répétez que, le budget de l'État étant en cause, ce sont les représentants de ce dernier qui doivent décider. Fort bien, mais alors, comme vous y a invitée M. Autain, allez au bout de votre logique ! Pourquoi demander aux membres du conseil de surveillance de voter ce budget pour, ensuite, refuser leur verdict ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour les associer! Vous n'allez tout de même pas nous reprocher d'être démocrates!

**M. Jean Desessard.** Quel est votre objectif?

Soit vous estimez que le conseil de surveillance doit seulement donner son avis sur le budget, puis veiller à sa bonne exécution, compte tenu des objectifs qui ont été établis par le directeur de l'agence et qu'il a validés. Dans ce cas, le rôle du conseil de surveillance est tout entier contenu dans son appelation!

Soit vous lui accordez un rôle actif et lui permettez de participer aux décisions, mais alors il faut en tirer toutes les conséquences.

Vous citez en exemple les caisses d'assurance maladie, mais celles-ci sont paritaires! L'État ne prend pas spécialement en charge leur fonctionnement. Et il est normal qu'une majorité qualifiée soit prévue afin d'arbitrer entre les composantes syndicales et patronales de ceux qui les gèrent.

Madame la ministre, nous ne comprenons pas ce que vous voulez! Vous affirmez souhaiter la démocratie, mais vous entravez celle-ci au motif que c'est vous qui détenez le pouvoir. Vous êtes en train de créer un simulacre de démocratie qui n'est même pas utile, car on pourrait très bien comprendre que l'État décide de la politique de santé et exerce clairement ses responsabilités, le conseil de surveillance se contentant de donner un avis et de veiller à la bonne exécution du budget.

Au contraire, vous dites en quelque sorte aux membres du conseil de surveillance: « Vous aurez le droit de donner votre avis, mais, s'il ne convient pas, vous devez vous prononcer à 95 % pour qu'on en tienne compte! » Cela n'a pas de sens!

**M. François Autain.** C'est un simulacre de démocratie!

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Madame la ministre, Jean Desessard a très justement souligné tout à l'heure que vous aviez voulu instituer un conseil de surveillance, et non un conseil d'administration. Je me suis permis alors de faire remarquer que ce conseil de surveillance approuverait tout de même le budget.

**M. Jean Desessard.** Tout à fait!

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** D'où vient cette contradiction? Tout d'abord, dans le texte du Gouvernement, il était prévu que le conseil de surveillance ne voterait pas le budget, mais contrôlerait simplement celui-ci, ce que nous pouvions tout à fait comprendre.

Nos collègues députés ont souhaité donner à ce conseil de surveillance le pouvoir d'approuver le budget.

**M. François Autain.** C'est peut-être vous qui avez introduit ce déséquilibre...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Naturellement, le Gouvernement a demandé alors que ce vote s'exerce dans des conditions qui permettent malgré tout de mettre en place un budget. M. le rapporteur a donc proposé une double disposition: d'une part, on prévoit que le conseil votera le budget et, d'autre part, on rend possible l'adoption de ce dernier, mais dans des conditions de majorité qui sont effectivement un peu curieuses

(*M. François Autain s'esclaffe.*) puisque, sur le modèle de la motion de censure, le budget ne peut être repoussé qu'à une majorité qualifiée.

Tout à l'heure, madame la ministre, vous nous avez indiqué que, avec 25 % des sièges, l'État disposerait d'environ 33 % des voix. (*Mme la ministre acquiesce.*) On peut donc imaginer que la majorité qualifiée nécessaire pour rejeter le budget sera *grosso modo* celle des deux tiers. À défaut d'une telle proportion de votes défavorables, le budget sera réputé adopté.

**M. François Autain.** Même si la majorité simple est contre!

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela étant, pour plus de clarté, j'aurais préféré que l'on s'en tienne à la proposition initiale du Gouvernement, c'est-à-dire qu'il ne revienne pas au conseil de surveillance de voter le budget. Une telle disposition aurait tout de même l'élégance de la clarté! Mais nous reviendrons sur ces questions en commission mixte paritaire! (*Sourires.*)

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai le sentiment de vous proposer, pour une administration centrale de l'État, un mode de fonctionnement qui est profondément original.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'est le moins que l'on puisse dire...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est clair que nous ne sommes pas ici dans une logique de décentralisation puisque chacun souhaite que les responsabilités régaliennes de l'État dans l'organisation de notre santé soient respectées.

**M. François Autain.** Que l'État s'en donne d'abord les moyens!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous travaillons à un dispositif tout à fait singulier, qui consiste à associer certains acteurs du système de santé à l'exercice d'une mission revenant à l'État et à l'assurance maladie, dont les forces sont liées au niveau des agences régionales de santé. Dès lors, si l'on se réfère à des modèles préexistants, on fait fausse route!

Nous proposons un schéma qui n'existe dans aucune de vos collectivités territoriales, mesdames, messieurs les sénateurs, ni dans aucune des administrations de l'État: les représentants de l'État et de l'assurance maladie seraient chargés de la gestion, tandis que, à leurs côtés, des voix proposeraient, surveilleraient, apporteront un souffle nouveau à une administration de la santé qui a trop longtemps été éloignée des gens!

Il est vrai que cet exercice n'est pas facile, parce que l'on veut tout et son contraire. On veut évidemment que la ministre de la santé puisse être interpellée sur toutes les difficultés qui se présentent, fût-ce dans le plus petit hôpital de France ou dans le canton le plus modeste d'une des zones les plus désertifiées de notre pays, et qu'elle soit responsable. Mais, en même temps, on veut instaurer une démocratie sanitaire « basiste », ce qui n'est évidemment pas possible, car les différents acteurs ne pourraient pas alors exercer les responsabilités qui leur incombent.

Il est tout de même quelque peu paradoxal, me semble-t-il, qu'après nous avoir accusés de ne pas instituer une véritable démocratie sanitaire qui serait une sorte d'assemblée générale permanente, on nous reproche de vouloir faire fonctionner le système!



Comme M. le président de la commission et M. le rapporteur l'ont rappelé, nous donnons au conseil de surveillance le pouvoir de voter le budget, ce qui signifie, en réalité, que pour approuver ce dernier une majorité simple suffira, mais que pour le rejeter il faudra une majorité qualifiée,...

**M. Paul Blanc.** Comme dans les lycées !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... car l'État, à travers ses représentants, ne va bien évidemment pas voter contre lui-même !

Vous voyez bien, mesdames, messieurs les sénateurs, que ce dispositif est d'une pureté de cristal !

**Mme Isabelle Debré.** Que de poésie ! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Voilà pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Comme l'a souligné à juste titre M. le président de la commission des affaires sociales, il aurait été plus logique et plus cohérent de respecter le parallélisme des formes entre le conseil de surveillance de l'hôpital et celui des ARS.

D'ailleurs, c'est ce qu'avait fait la commission : M. le rapporteur ayant émis un avis favorable sur le vote du budget par le conseil de surveillance de l'hôpital, il avait proposé, par voie de conséquence, que le conseil de surveillance des ARS puisse faire de même, ce qui revenait à adopter la disposition introduite par l'Assemblée nationale.

Pour ma part, quand j'analyse l'architecture du texte relatif aux ARS et à l'hôpital, je regrette il n'y ait pas un minimum de parallélisme des formes en ce qui concerne le mode de fonctionnement de ces structures.

À l'évidence, des considérations qui ne sont pas techniques, et que nous pouvons comprendre, amènent soit le Gouvernement soit certains de nos collègues à proposer des amendements. Et, comme l'a fait justement remarquer M. Mercier, la mention « approuve le budget » était inutile : dans la mesure où une procédure de rejet par une majorité qualifiée a été prévue, celle-ci suffirait, me semble-t-il, ce qui donnerait toute sa cohérence au dispositif.

M. le président de la commission aurait donc pu présenter un sous-amendement visant à faire disparaître ce qui concerne l'approbation du budget. Toutefois, j'ai bien compris qu'il souhaitait garder du grain à moudre pour la commission mixte paritaire : il craint sans doute que nous y manquions de sujets de discussion ! (*Rires.*)

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** J'ai le sentiment que les explications de Mme la ministre n'ont fait que nous embrouiller davantage, alors que j'éprouvais déjà des difficultés à comprendre le dispositif.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous êtes trop intelligent pour cela, monsieur Autain !

**M. François Autain.** Vous mettez de côté les représentants de l'État, pour ne faire voter que les autres membres du conseil de surveillance, et ainsi le budget sera approuvé, si j'ai bien compris, par une majorité simple !

Madame la ministre, je ne vois pas pourquoi vous avez recours à ce simulacre de démocratie.

Certes, il est clair que ne voulez pas d'une véritable démocratie...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je n'admets pas ce genre de procès ! Je suis aussi démocrate que vous, monsieur Autain ! Pourquoi ces insultes ?

**M. François Autain.** ... dans la mesure où celle-ci remettrait en cause les décisions que vous avez adoptées s'agissant du budget de la sécurité sociale. Vous souhaitez que, dans les régions, votre budget ne puisse pas être remis en cause et qu'il soit appliqué.

Je comprends votre souci, mais, dans ce cas, assumez votre choix et faites en sorte que le conseil de surveillance ne soit pas en mesure de contester des décisions qui sont prises ailleurs ! Accordez une majorité claire aux représentants de l'État, les autres membres du conseil assistant aux débats, certes, mais sans voix délibérative.

Madame la ministre, c'est vous qui voulez concilier les contraires ! Vous souhaitez à la fois que la déconcentration soit effective et que la démocratie joue pleinement son rôle, ce qui nous conduit à de telles contradictions ! Pour donner un semblant de réalité à cette démocratie sanitaire, vous êtes obligée d'accorder plusieurs voix à certains membres du conseil de surveillance et de faire en sorte qu'un budget qui serait rejeté par une majorité simple soit quand même adopté.

Toutes ces contorsions font que votre projet n'est plus crédible ! Il vaudrait mieux préciser d'emblée que le conseil de surveillance sert à mettre en œuvre les décisions prises ailleurs. Tous ses membres qui souhaiteraient participer au débat en auraient la possibilité, mais sans voix délibérative ou avec l'obligation de s'abstenir au moment du vote. Or nous présente un dispositif informe et ingérable !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 927 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1023, présenté par MM. Cazeau, Le Menn et Desessard, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

À la fin du neuvième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, supprimer les mots :

, selon des modalités déterminées par voie réglementaire

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Avec ce texte, on confine à l'absurde : non seulement le conseil de surveillance peut rejeter le budget à une majorité qualifiée – une disposition dont nous venons de démontrer le caractère aberrant –, mais cette prérogative s'exerce « selon des modalités déterminées par voie réglementaire » !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'est normal !

**M. Bernard Cazeau.** C'est proprement kafkaïen !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Non, c'est intelligent !

**M. Bernard Cazeau.** Qu'est-ce que cette disposition signifie ?

Nous avons prouvé tout à l'heure que ce conseil de surveillance ne disposait d'aucun pouvoir. Soit ! Mais nous constatons à présent que, en plus, on se moque de lui en prévoyant que les modalités de son fonctionnement seront déterminées « par voie réglementaire » ! La plaisanterie est poussée un peu loin et nous proposons, à tout le moins, de supprimer ces derniers mots.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je reviendrai brièvement sur le débat que nous avons eu précédemment, car il s'agit tout de même d'un point important du texte.

Le projet de loi donne au conseil de surveillance la compétence d'approuver le budget. Comme le soulignait tout à l'heure M. About, une telle prérogative n'entre pas, normalement, dans les compétences d'un conseil de surveillance. Le texte prévoit aussi le principe d'une majorité qualifiée pour le rejet de ce budget.

Une fois ces règles posées, mon cher collègue, il ne nous semble pas anormal que leurs conditions d'application soient renvoyées à des textes réglementaires !

La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** À l'évidence, les solutions proposées pour ce conseil de surveillance ne sont pas les bonnes !

Lorsqu'on ne veut pas prendre le risque de la démocratie, toujours présent, il ne faut pas donner l'illusion de celle-ci. Il ne faut pas faire semblant ! Or c'est ce que vous faites, madame la ministre, avec le dispositif que vous mettez en place aujourd'hui.

Mes chers collègues, je le répète, j'ai vécu une situation de ce type. Imaginons que les deux tiers des membres d'un conseil de surveillance soient opposés au budget proposé, mais que, à l'issue du vote, en raison de la répartition des voix, ce document ne soit pas rejeté. Quelle ne sera pas la frustration de celles et de ceux qui, autour de la table, sont physiquement majoritaires mais juridiquement minoritaires ! Mes chers collègues, quand il n'y a pas de démocratie, il ne faut pas donner l'apparence de celle-ci !

Les solutions qui sont proposées aujourd'hui ne sont pas adaptées. C'est pourquoi nous tentons de les corriger, à travers ces différents amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1023.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 930 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Le champ de la tutelle que l'agence régionale de santé va être appelée à exercer est suffisamment étendu pour que les membres du conseil de surveillance soient appelés à connaître de la manière la plus exhaustive possible les conséquences des choix de gestion opérés.

Les établissements de santé et les structures médico-sociales dans leur ensemble sont en effet en situation de voir leurs moyens fixés au travers d'une enveloppe normée déterminée par l'agence. Cette enveloppe est, comme on peut s'en douter, la déclinaison concrète, territorialisée, des objectifs de la loi de financement de la sécurité sociale et, singulièrement, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Or, chacun le sait, depuis plusieurs années, l'objectif national ne permet plus de répondre aux attentes de la population en matière sanitaire. Cette politique explique le déficit structurel que connaissent nombre d'établissements hospitaliers, ce qui amène un grand nombre de responsables d'établissements à trancher dans le vif en ce qui concerne les dépenses de personnel et, d'une manière générale, la gestion des coûts.

Hélas, la recherche permanente d'économies dans un secteur où les dépenses de personnel occupent une place déterminante dans le volume global de dépenses conduit inmanquablement à la réduction des effectifs et/ou à la dégradation des conditions d'emploi de ceux qui sont encore en activité.

Aussi estimons-nous nécessaire qu'il soit fait état, en annexe aux documents budgétaires sur lesquels le conseil de surveillance serait amené à se prononcer, de la réalité des dépenses, notamment de personnel, constatées dans les établissements du ressort de l'agence régionale.

C'est donc sous le bénéfice de ces observations que nous vous invitons à adopter cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission avait émis un avis favorable sur cet amendement à condition qu'il soit rectifié. Il l'a été, mais nous avions souhaité que le rapport porte seulement sur la situation financière des établissements placés sous administration provisoire.

Je demande donc à nos collègues de bien vouloir à nouveau rectifier leur amendement pour y apporter cette précision. À défaut, le rapport risque d'être trop général pour présenter un véritable intérêt, d'autant que l'information du conseil sur les résultats de l'action de l'agence inclura nécessairement des éléments sur la situation des établissements publics de la région et sur les actions de l'ARS relatives à ces établissements.

Sous réserve de cette modification, la commission émet un avis favorable.

**M. le président.** L'amendement est-il rectifié dans le sens souhaité par M. le rapporteur ?

**M. François Autain.** Je confirme que, en commission, nous nous étions effectivement mis d'accord pour que ne soient visés que les établissements placés sous administration provisoire. Nous avons omis d'apporter cette précision en rectifiant notre amendement, mais il va de soi que nous accédons à la demande du rapporteur et le rectifions de nouveau.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 930 rectifié *bis*, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La volonté des auteurs de l'amendement est déjà satisfaite puisque le projet de loi prévoit que le conseil de surveillance dispose d'un état financier annuel retraçant l'ensemble des charges financières publiques relatives à la politique de santé et aux établissements et services de santé et médico-sociaux de la région. La loi ne le prévoit d'ailleurs pas seulement pour les établissements publics de santé placés sous administration provisoire : elle le prévoit pour tous les établissements.

En outre, deux fois par an au moins, le directeur général devra rendre compte au conseil de surveillance de la mise en œuvre de la politique régionale. Naturellement, il avertira le conseil de surveillance de la situation des établissements qui sont le plus en difficulté et la leur décrira. Le conseil de surveillance disposera donc d'une large information.

C'est pourquoi je sollicite le retrait de cet amendement.

**M. François Autain.** Et cette communication sera publique ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui, et je suis heureuse que vous me donniez l'occasion de le préciser, tout cela sera rendu public !

**M. le président.** L'amendement n° 930 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Isabelle Pasquet, MM. François Autain et Guy Fischer.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 930 rectifié *bis*.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1065, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chev , MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Remplacer les cinquième à dernier alinéas du II du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 4° S'il participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 5° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Toute convention intervenant entre l'agence et une personne morale de droit privé, dont l'un des membres du conseil de surveillance est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou de façon générale, dirigeant de la dite personne morale, est soumise à l'autorisation préalable du conseil de surveillance. Le membre du conseil de surveillance concerné ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

« Tout membre du conseil de surveillance ayant, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ne peut participer aux délibérations relatives à cette personne morale.

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Compte tenu du rôle du conseil de surveillance dans la gouvernance des ARS, il convient de veiller à ce que les intérêts des membres qui seront amenés à y siéger ne soient pas en cause sur telle ou telle des questions qui leur seront soumises. Il est donc nécessaire d'introduire des règles d'incompatibilité pour garantir l'indépendance des membres du conseil de surveillance et éviter les conflits d'intérêts.

Toutefois, ces règles ne doivent pas empêcher la représentation des principaux acteurs de notre système de santé, dont fait partie la Mutualité française; soit dit en passant et avec le sourire, madame la ministre.

**M. le président.** L'amendement n° 1024, présenté par MM. Cazeau, Le Menn et Desessard, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chev , MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Au début du sixième alinéa (5°) du II du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, après les mots :

S'il exerce

insérer les mots :

, ou s'il a exercé,

La parole est   M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Le favoritisme ne se conjuguant pas qu'au présent, il convient de s'intéresser non seulement aux fonctions actuelles des membres du conseil de surveillance des ARS mais aussi à leurs antécédents.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission demande le retrait de l'amendement n° 1065, le régime d'incompatibilités prévu par le texte du projet de loi lui semblant suffisant.

S'agissant de l'amendement n° 1024, l'exigence formulée par M. Cazeau me paraît excessive. Elle risquerait de priver le conseil de surveillance de personnes ayant acquis au cours de leur vie professionnelle une expérience qui pourrait lui être utile, telle celle d'un ancien directeur d'établissement de santé ou d'établissement médico-social. La commission sollicite donc également le retrait de cet amendement.



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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'un de ces deux amendements assouplit les règles que je propose, l'autre les durcit. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur les deux.

Les auteurs de l'amendement n° 1065 proposent que les personnes qui ont un lien avec la personne morale qu'est l'agence soient uniquement interdites de participer aux délibérations relatives à cette personne morale, alors que le projet de loi tend à leur interdire de façon générale d'être membres du conseil de surveillance, exception faite des représentants des usagers. Je vous avoue préférer la rédaction actuelle. Cette procédure est d'ailleurs directement inspirée de ce qui existe dans des structures similaires, en particulier les conseils d'administration des établissements publics de santé. Je crois beaucoup plus sain que les personnes susceptibles d'avoir des conflits d'intérêts avec l'agence ne participent pas à ce conseil de surveillance.

En revanche, M. Desessard voudrait que l'on soit frappé d'une sorte d'ostracisme à vie. Je trouve, monsieur le sénateur, que vous allez vraiment trop loin. Vous ne fixez ni date ni durée pour la prise en compte des fonctions...

**M. Michel Mercier.** Ce n'est pas M. Desessard, c'est M. Cazeau qui a présenté l'amendement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ah, ce n'est pas M. Desessard ? (*Exclamations amusées sur diverses travées.*)

**M. François Autain.** Il a la cote !

**Mme Isabelle Debré.** Il prend tellement de place ! On ne voit que lui ! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis confuse ! Mais on ne prête qu'aux riches ! (*Nouveaux sourires.*)

En tout cas, je vous présente à tous deux mes excuses, monsieur Desessard, monsieur Cazeau.

C'est donc vous, monsieur Cazeau, qui me semblez aller trop loin. On peut avoir eu un parcours professionnel fait d'expériences diverses et avoir exercé il y a dix ou quinze ans des responsabilités dans une entreprise ayant un lien avec les compétences de l'agence sans devoir pour autant renoncer à être membre de son conseil de surveillance.

Nous examinons tout à l'heure le cas des médecins ou – pardonnez-moi, cher Gilbert Barbier, je vais le dire une dernière fois ! – des « offreurs de soins » qui ne peuvent y siéger pour des raisons de conflit d'intérêts : on peut parfaitement imaginer, en revanche, que, l'heure de leur retraite venue, ils puissent figurer au nombre des personnalités qualifiées. Ils auraient alors toute leur place au sein du conseil de surveillance. Et pourquoi se priverait-on de leur expérience ?

La restriction que vous proposez, monsieur Cazeau, me paraît vraiment disproportionnée.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** J'aurais souhaité obtenir des précisions de Mme la ministre.

Nous l'avons vu, cet article prévoit que « des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix ». Par ailleurs, dans le II du texte proposé pour l'article L. 1432-3, il est écrit que nul ne peut être membre du conseil de surveillance à plus d'un titre. Moi, j'avais d'abord compris que, si l'on avait plusieurs voix, c'est que l'on était membre du conseil de surveillance à plusieurs titres !

**M. Nicolas About, président de la commission.** Mais non !

**M. Jean Desessard.** J'aimerais donc d'abord savoir pourquoi certains ont plusieurs voix alors que l'on ne peut être membre du conseil à plusieurs titres. (*Sourires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Par ailleurs, à l'occasion d'un débat sur un amendement qui visait à remplacer le mot « patients » par le mot « usagers », on nous a expliqué doctement que l'emploi du terme « patients » se justifiait notamment en matière sanitaire. Le raisonnement nous avait même impressionnés !

Pourtant, au dernier alinéa du II du texte proposé pour l'article L. 1432-3, je lis : « Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers. »

**M. François Autain.** Il y a un manque de cohérence !

**M. Jean Desessard.** Que reviennent donc faire ici les « usagers » ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** J'ai l'impression que certains sont fatigués...

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Nous avons effectivement eu un long débat sémantique en commission à propos des mots « patients » et « usagers ».

J'avoue n'avoir pas été convaincu par les arguments – repris, me semble-t-il, par Mme la ministre – selon lesquels « patients » renvoie à la santé et « usagers », au médico-social. Malgré cette définition finalement assez simple, on trouve tout de même dans le texte « patients » là où il faudrait utiliser « usagers » et « usagers » lorsqu'il faudrait utiliser « patients ».

C'est pourquoi j'avais, pour ma part, tendance à considérer que le patient était un usager malade et que l'usager était un patient en bonne santé...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Non !

**M. François Autain.** Malgré sa simplicité, cette définition n'a malheureusement pas été retenue. Nous allons d'errements en errements, au prix d'incohérences que vient de souligner notre collègue Desessard : il est vrai que l'on utilise souvent l'un pour l'autre.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Mais non, mais non !

**M. François Autain.** Mais si ! J'en suis persuadé !

D'ailleurs, pourquoi avoir privilégié le patient au détriment de l'usager dans le titre du projet de loi ? Pourquoi ne pas avoir dit « hôpital, usagers, santé, territoires », quitte à modifier éventuellement l'ordre des mots dans le titre pour respecter celui de l'alphabet ? Selon votre propre définition, madame la ministre, il s'agit aussi bien des usagers du médico-social que des patients de l'hôpital. J'y vois, pour les associations et ceux qui travaillent dans le secteur médico-social, une raison supplémentaire de se plaindre. À suivre votre *distinguo*, si l'on se réfère au titre du projet de loi et au nom donné à l'agence, le texte ne traite que de la santé, et pas du médico-social. (*M. Guy Fischer applaudit.*)

Vous le voyez, à travers ces problèmes sémantiques, ce sont des problèmes de fond qui se trouvent posés. Comme vous le savez, toutes les questions de forme masquent des questions de fond. Ce mésusage des termes « patients » et « usagers » nous en offre un exemple particulier.

**M. Nicolas About, président** Pas du tout !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1065.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1024.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 928, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Si la majorité des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé estime que le budget de l'agence est insuffisant, le conseil de surveillance adresse au ministre en charge de la santé, une mention dite d'alerte faisant état des difficultés budgétaires rencontrées par l'agence.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** En l'occurrence, nous nous mettons à rêver ! *(Sourires.)*

Par cet amendement, nous souhaitons mettre en place une procédure d'alerte pour le cas où le conseil de surveillance de l'ARS se trouve placé dans une situation où il ne peut que constater l'insuffisance du budget de l'agence par rapport aux besoins qu'il estime nécessaire de satisfaire. Il en avertit alors le ministre en charge de la santé pour lui faire état des difficultés rencontrées.

Il s'agit, en quelque sorte, d'instaurer à l'échelle régionale un dispositif d'alerte, à l'image de celui qui existe pour les établissements de santé dont la situation financière est dégradée ou de celui qui est prévu en cas de dépassement de l'ONDAM. Certes, ceux-ci ne sont pas souvent utilisés, mais l'expérience a montré tout leur intérêt. Il convient donc d'en prévoir un au niveau de l'agence régionale de santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement, car elle ne voit pas très bien à quoi correspondrait cette procédure d'alerte. Quoi qu'il en soit, tout laisse à penser que, si le conseil de surveillance, ou, du moins, certains de ses membres, estime le budget insuffisant – le contraire arrive, d'ailleurs, rarement ! –, il aura tous les moyens pour le faire savoir.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Fischer, j'ai plutôt envie de m'en remettre à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

**M. Guy Fischer.** Ah !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il ne me choque pas. Si le conseil de surveillance juge que le budget est insuffisant, il est effectivement tout à fait normal qu'il puisse le faire savoir au ministre compétent.

**M. Jean Desessard.** Eh oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai d'ailleurs prévu dans le projet de loi que ce conseil de surveillance donne un avis sur le contrat d'objectifs et de moyens passé entre les ministres et le directeur de l'ARS. Il me paraît assez logique que la question des moyens soit appréciée au regard des objectifs assignés à l'agence.

Monsieur Fischer, je me permets tout de même de vous faire remarquer que le texte examiné par votre assemblée va, en fait, plus loin. Dans votre amendement, vous n'évoquez que le budget de l'agence. Mais, au-delà de cette question, il y a aussi celle de l'ensemble des moyens qui sont régulés par l'agence dans le cadre de ses missions.

**M. Guy Fischer.** C'est vrai.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Aux termes du projet de loi, chaque année, « un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'ARS concernée » sera porté à la connaissance du conseil de surveillance. Ce dernier aura donc totalement les moyens, dans le cadre du présent texte, de donner son avis sur le caractère suffisant ou non du budget de l'ARS. Il pourra même, en ayant connaissance de l'état financier de l'ensemble des ressources régulées par l'agence, faire état de ses observations.

Par conséquent, j'ai le sentiment que, à ce niveau, vos préoccupations sont d'ores et déjà satisfaites. Cela étant, je m'en remets à la sagesse de la Haute Assemblée sur ce sujet.

**M. Guy Fischer.** Votre sagesse nous satisfait, madame la ministre !

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Il est sans doute trop tard, mais j'aurais volontiers sous-amendé votre amendement, monsieur Fischer. Vous faites référence à « la majorité des membres du conseil de surveillance », mais – soyons subtils – mieux vaut préciser « majorité qualifiée ». Et si cette dernière estime que le budget de l'agence est insuffisant, elle adresse une mention dite d'alerte non pas au ministre, mais au Premier ministre ! *(Sourires.)* Voilà des compléments qui auraient mérité de figurer dans le texte. Cela étant, je me reconnais tout de même dans cet amendement, mon cher collègue.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** L'avis de sagesse émis par Mme la ministre m'inquiète quelque peu, car il laisse penser que le Gouvernement serait disposé à voir le Sénat adopter cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non ! J'ai simplement dit : sagesse !

**M. Alain Vasselle.** Le budget d'une ARS s'apparente non pas à un budget hospitalier ou à des dépenses d'assurance maladie, mais plutôt à des crédits votés en loi de finances. Il s'agit de dépenses d'une autre nature. D'ailleurs, l'article 26 prévoit que certaines des contributions versées à cette agence sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

Par conséquent, si la mise en œuvre d'une sorte de procédure d'alerte est prévue à chaque fois qu'un budget risque de ne pas être en équilibre ou de s'avérer insuffisant, il va falloir que nous multiplions ce genre de dispositions sur l'ensemble des budgets inscrits en loi de finances !

Je ne suis donc pas persuadé que nous nous rendions service en adoptant un tel amendement.

**M. Guy Fischer.** Le rapporteur général de la loi de financement de la sécurité sociale montre le bout de son nez!

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Il faut voter contre l'amendement!

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Mesdames, messieurs les sénateurs, ne faites pas dire à l'avis de sagesse ce qu'il ne veut pas dire. En l'assimilant à un avis positif, on l'a dévoyé! C'est un avis...

**M. Michel Mercier.** De sagesse! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Absolument, monsieur Mercier!

Il s'agit pour moi, sur un sujet qui présente des aspects positifs et négatifs, d'être tout à fait éclairée, d'une part, par l'avis défavorable émis par M. le rapporteur et, d'autre part, par le débat, nourri, au sein de la Haute Assemblée.

Sagesse, cela ne veut rien dire d'autre que sagesse! (*Nouveaux sourires.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 928.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1320, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

Rédiger comme suit le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique:

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Dans la rédaction qu'elle a adoptée pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, la commission des affaires sociales du Sénat indique le nombre de collèges – six – composant la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la CRSA, et en donne donc une liste précise et exhaustive.

Par cet amendement, je souhaite supprimer le principe d'une fixation dans la loi d'un tel nombre et d'une telle liste. Toutefois, je n'ai pas du tout l'intention de remettre en cause l'organisation de la CRSA en collèges, laquelle, à l'évidence, est celle qui convient le mieux. La structuration en collèges permet en effet à chaque type d'utilisateur et à l'ensemble des acteurs du système de santé de la région concernée de se voir garantir une juste représentation au sein de cette instance.

Pour autant, la définition et la composition des collèges relèvent du pouvoir réglementaire, comme l'avait d'ailleurs fait clairement remarquer le Conseil d'État lors de son examen du projet de loi.

En outre, choisir d'inscrire ces notions dans la loi, c'est aussi et surtout nous priver collectivement d'une certaine souplesse. Nous le savons tous, pour l'avoir testé de nombreuses fois dans le cadre de notre œuvre législative, faire figurer dans la loi des listes énumératives pose toujours problème dès lors que celles-ci se veulent exhaustives, alors que, bien souvent, elles risquent de ne pas l'être.

La composition prévue par la commission illustre d'ailleurs parfaitement cet écueil, puisqu'elle exclut à la fois les partenaires sociaux et les praticiens hospitaliers, qui ont pourtant, à mon avis, toute leur place dans cette future conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Du reste, une telle lacune est elle-même loin d'être exhaustive, car d'autres catégories d'acteurs pourraient se trouver dans le même cas.

Par ailleurs, il me semble souhaitable, une fois la loi votée, de pouvoir engager une phase de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés pour avoir la garantie de voir finalement retenue la composition des collèges la plus pertinente possible. J'insiste, je n'ai aucunement l'intention de remettre en cause la nécessité de prévoir des collèges qui reflètent bien les intérêts, contradictoires ou non, des différents acteurs du système de santé sur le plan régional. Mais laissons-nous la souplesse permise par la voie réglementaire.

**M. le président.** L'amendement n° 931 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé:

I. - Dans la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, remplacer les mots:

six collèges

par les mots:

sept collèges

II. - Dans la même phrase, après le mot:

libéraux

insérer les mots:

, un collège de représentants des professionnels de santé exerçant en centres de santé

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Avec cet amendement, nous entendons remédier à ce qui nous semble être un oubli manifeste dans la rédaction proposée à l'article 26 pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

En effet, cette agence, dont il nous est annoncé qu'elle concourt, par ses avis, à la définition de la politique régionale de santé, est composée de six collèges, à savoir un collège des représentants des collectivités territoriales, un collège des représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, un collège des représentants des professionnels de santé libéraux, un collège des représentants des gestionnaires des établissements de santé et médico-sociaux, un collège des représentants des usagers et personnalités qualifiées et un collège représentant l'éducation et la prévention à la santé.



*Quid* des représentants des centres de santé. Notre amendement vise à réparer cet oubli, en les intégrant au sein de la CRSA.

En effet, rien ne semble justifier, sur le fond, la non-association des professionnels de santé exerçant dans des centres mutualistes ou municipaux, dont les compétences médicales ne peuvent être remises en cause, précisément en raison de leur mode d'exercice collectif de la médecine, une médecine véritablement de proximité. Cela leur permet de disposer, en raison de la pluralité de praticiens qui exercent, d'une vision globale des besoins et des attentes en matière de santé dans le secteur médico-social.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il paraît en effet préférable de ne pas figer la composition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, et l'idée d'y faire participer les praticiens hospitaliers est intéressante. Pour autant, il ne faut pas non plus trop élargir la liste des catégories représentées, au risque d'avoir à déplorer des lourdeurs excessives.

Par conséquent, la commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 1320.

En revanche, elle est défavorable à l'amendement n° 931 rectifié. Certains professionnels de santé salariés exercent dans les établissements de santé. Or il n'est pas prévu de les représenter dans un collège à part. En outre, il est probable que les collectivités territoriales et les établissements de santé susceptibles de créer et de gérer les centres de santé et qui soutiennent leurs actions feront valoir, le cas échéant, leur rôle dans la politique de santé.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 931 rectifié ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai souhaité renvoyer au niveau réglementaire la désignation des collègues, en prévoyant une phase de concertation préalable. Bien entendu, les centres de santé auront, dans ce cadre, toute possibilité à faire entendre leur voix. Cela étant, si le Sénat accepte le renvoi à la voie réglementaire en adoptant l'amendement n° 1320 du Gouvernement, l'amendement n° 931 rectifié n'aura, me semble-t-il, plus d'objet.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 1320.

**M. François Autain.** Madame la ministre, je suis sensible à votre intervention. Rien, dans votre amendement, n'exclut effectivement la présence des représentants des centres de santé au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Au vu de la rédaction qu'elle a adoptée, la commission s'oppose formellement à une telle représentation, à plus forte raison lorsque M. le rapporteur refuse notre amendement.

Nous voterons donc l'amendement du Gouvernement, en espérant que le Sénat l'adopte. De ce fait, nous aurons satisfaction, et nous pourrons alors retirer le nôtre.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** J'aimerais que le Gouvernement nous explique les raisons pour lesquelles il a éprouvé le besoin d'ajouter la phrase commençant par : « Sont notamment représentés au sein de ces collèges ». Mme la ministre vient à l'instant de nous expliquer qu'il n'était pas souhaitable de figer dans la loi une liste qui ne serait pas exhaustive. Pour notre part, nous n'aimons pas trop l'emploi de l'adverbe « notamment » dans les textes de loi.

Je propose donc de sous-amender l'amendement n° 1320 du Gouvernement, pour supprimer cette fameuse seconde phrase. Puisque d'aucuns considèrent qu'il ne faut pas faire apparaître de listes exhaustives, poussons la logique jusqu'au bout et ne citons personne ! Sinon, chacun va déposer son propre amendement, à l'image de celui qui a été défendu par M. Fischer, pour proposer des ajouts à la liste, par exemple les praticiens hospitaliers ou les partenaires sociaux.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 1345, présenté par M. Vasselle, et ainsi libellé :

Supprimer la seconde phrase du second alinéa de l'amendement n° 1320.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Vasselle, le texte que vous proposez correspond à la rédaction initiale du Gouvernement.

**M. Henri de Raincourt.** Délicate attention !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il m'avait paru, étant donné le travail accompli en commission, qu'il était préférable de rappeler un certain nombre de catégories à reclasser au milieu des usagers.

**M. François Autain.** Il fallait ménager la commission !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est certain que, pour reprendre les termes du débat entamé avec François Autain, les professionnels du système de santé forment un public très divers. Cette définition peut comprendre un représentant des centres de santé, un médecin, ou encore un pharmacien...

**M. Jean Desessard.** Un pharmacien, non !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Les catégories sont suffisamment larges pour que l'on puisse ensuite les détailler.

À ce propos, c'était bien là la rédaction initiale du Gouvernement, et j'ai essayé, pour être agréable au président About et à M. le rapporteur, chose dont je ne me lasse pas, de maintenir cette rédaction.

**M. François Autain.** C'est cornélien !

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Monsieur Vasselle, pour une fois l'adverbe « notamment » a un sens : il vise à baliser le décret. Il impose que soient mentionnés dans le décret des représentants d'un certain nombre de catégories de personnes. Ce terme est généralement utilisé pour citer quelques cas particuliers, ou encore pour attirer l'attention sur certains points. Tel n'est pas le cas ici.

**M. le président.** Monsieur Vasselle, le sous-amendement n° 1345 est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle.** Je ne voudrais pas que, en raison de mon sous-amendement, le rapporteur et le président de la commission passent une mauvaise nuit, ni que Mme Bachelot-Narquin se retourne dix fois dans son lit. (*Sourires.*) Aussi, je retire ce sous-amendement, monsieur le président.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1345 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 1320.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. François Autain.** Dans ces conditions, je retire l'amendement n° 931 rectifié, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 931 rectifié est retiré.

L'amendement n° 932, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique :

« L'agence régionale de santé et de l'autonomie met à sa disposition les moyens financiers et matériels nécessaires à son fonctionnement.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement est purement rédactionnel. (*Exclamations au banc des commissions. – Mme la ministre s'exclame également.*) Nous proposons d'ajouter les adjectifs « financiers » et « matériels » au substantif « moyens » pour désigner les moyens de fonctionnement de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Sous le bénéfice de ces observations, nous vous invitons, mes chers collègues, à voter en faveur de cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je doute que l'amendement soit purement rédactionnel. La formulation du texte de la commission paraît largement suffisante, tandis que le texte présenté par notre collègue François Autain pourrait faire naître des controverses sur l'évaluation des moyens nécessaires au fonctionnement de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Aussi, la commission émet un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Autain, nous sommes moins bêtes que vous ne semblez le penser...

**Mme Isabelle Debré.** Eh oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il ne s'agit absolument pas d'un amendement rédactionnel ! Pour les raisons que M. le rapporteur vient d'exposer, j'y suis défavorable, car il y aurait alors compétence liée entre la CRSA et les agences régionales de santé. Cela ne me paraît pas souhaitable.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Si cet amendement n'est pas rédactionnel, il vous sera sans doute possible de répondre à la question suivante : y a-t-il des moyens autres que financiers et matériels ? Il peut effectivement y avoir des moyens humains. C'est sans doute cela que j'ai oublié de préciser et c'est probablement la raison pour laquelle vous refusez mon amendement...

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 932.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1163 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Dans la deuxième phrase du troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, remplacer les mots :

émet un avis sur

par le mot :

approuve

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Il apparaît nécessaire de savoir quel sera le rôle exact joué par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Son avis sur le plan stratégique régional de santé sera-t-il simplement consultatif ? Ce plan devra-t-il être approuvé par la conférence régionale ? C'est là un point fondamental.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il ne semble pas souhaitable de donner un pouvoir de décision à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, qui, comme l'actuelle conférence régionale de santé, est un organe purement consultatif, un lieu de débat et une force de proposition. Aussi, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous avons déjà eu l'occasion, au cours de cette journée, de discuter de cette question avec M. Barbier, lorsque nous avons examiné d'autres éléments.

Il est vrai que cette solution aboutirait à faire en sorte que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie approuve le projet et donc à lui donner un droit d'arrêt sur le projet régional de santé. Je tiens à souligner que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie se trouve investie de pouvoirs considérables – je sais combien cela est important à vos yeux, monsieur Barbier – et d'un droit d'intervention, pour les différents acteurs régionaux de la santé, qui était jusqu'alors totalement inexistant.

La conférence aura un rôle de proposition sur les actions que devra mener l'agence régionale de santé. Elle donnera un avis sur ses objectifs et son plan d'action. Elle participera à l'évaluation de cette action. Elle aura un droit d'auto-saisine sur tous les sujets sur lesquels elle voudra s'exprimer.

Tout cela exprime des progrès considérables de la démocratie. Nous aurions tort d'en minimiser la portée.

En revanche, il faut bien le reconnaître, cette conférence, qui a vocation à regrouper une centaine de personnes, est large. Elle va ainsi constituer une sorte de parlement de la démocratie sanitaire. Ces quelque cent personnes ne seront pas élues et n'auront de comptes à rendre à quiconque. Elles ne disposeront d'aucune compétence budgétaire, et n'auront donc aucune responsabilité politique ou budgétaire.

Il me paraît assez délicat de leur confier la possibilité d'avoir le dernier mot sur le projet régional de santé. Aussi, je vous demande de retirer votre amendement, dans la logique de ce que vous avez fait précédemment.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 1163 rectifié est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** J'ai bien compris cet après-midi que le rôle de la conférence sera purement consultatif.

Toutefois, si cette instance devait donner un avis défavorable sur le projet stratégique régional et que malgré tout, dans une région, ce plan se trouve appliqué, donc contre l'avis de toutes ces autorités consultées au sein de la conférence, cela

risque de poser de sérieux problèmes. Cela étant, nous verrons comment le dispositif fonctionnera. En attendant, je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 1163 rectifié est retiré.

L'amendement n° 933, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans la dernière phrase du troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, après les mots :

aux services en santé

insérer les mots :

à des tarifs opposables

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Comme vous le savez, les membres du groupe CRC-SPG et moi-même sommes très attachés à ce que la représentation nationale prenne pleinement la mesure de ce que sont, pour nos concitoyens, les inégalités sociales dans le domaine de la santé. Cependant, nous ne souhaitons pas nous arrêter aux constats et espérons que notre assemblée adoptera un certain nombre de dispositifs destinés à réduire ces inégalités sociales.

Ainsi Mireille Elbaum, professeur au Conservatoire national des arts et métiers, note-t-elle, dans une de ces études, que « les différences de mortalité entre milieux sociaux ne se sont pas réduites entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990 ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pourtant, la gauche a été au pouvoir !

**Mme Isabelle Pasquet.** « Elles se sont même accrues chez les hommes, avec un écart d'espérance de vie qui, à trente-cinq ans, atteint sept ans entre les ouvriers et les cadres, et des disparités liées à la fois au diplôme, à la catégorie socioprofessionnelle et aux revenus. On retrouve ces différences dans pratiquement tous les domaines de la morbidité, qu'il s'agisse des maladies cardiovasculaires ou du cancer, en passant par les accidents, les problèmes dentaires et la santé mentale. Elles persistent aussi en matière de recours à la prévention et aux soins ».

Il faut admettre que, au-delà de l'instauration de la CMU et de la CMU-C, les politiques volontaristes destinées à lutter contre les inégalités sociales dans le domaine de la santé font cruellement défaut.

Je voudrais d'ailleurs associer pleinement à ces propos mon collègue Jack Ralite, qui, dans une tribune publiée il y a quelques semaines dans le journal *l'Humanité*, déclarait : « Ces inégalités sont, évidemment, le fruit des contraintes imposées au système de santé lui-même, au fil des ans, et celui des entailles successives portées à l'extraordinaire système de sécurité sociale mis en place à la Libération, à un moment pourtant bien plus difficile. Mais elles sont, d'abord, le fruit de déterminants sociaux extérieurs à ce système de santé, la conséquence d'inégalités sociales bien plus vastes. Elles posent des questions d'une complexité majeure ».

Ces autres facteurs, madame la ministre, nous n'en discuterons pas ici, cela relevant plus d'une loi de financement de la sécurité sociale ou de l'ensemble des orientations politiques choisies par le Gouvernement.

Pour notre part, nous nous limitons à proposer que les agences régionales, qui ont pour mission d'organiser et de gérer l'offre de soins afin de garantir à chaque citoyen l'accès aux soins, prennent impérativement les mesures nécessaires pour favoriser l'accès aux soins à des tarifs opposables.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous sommes toujours dans le cadre de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, qui traite de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

La CRSA n'a aucune compétence en matière d'organisation du système de santé. En revanche, elle peut faire toutes propositions utiles, émettre un avis sur le plan stratégique régional de santé, et évaluer les conditions de l'égalité d'accès aux services de santé. Elle pourra donc, dans le cadre de ses compétences, et uniquement dans ce cadre, formuler toutes les observations qui lui sembleraient nécessaires en matière d'accès à des services de santé aux tarifs opposables.

Aussi, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement est en réalité d'ores et déjà satisfait.

Les missions de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont particulièrement étendues. Celle-ci dispose notamment d'une compétence précise relative aux droits des patients et à leur expression, ainsi qu'à l'évaluation des conditions de leur prise en charge.

Le texte prévoit que la conférence régionale procède à l'évaluation des conditions d'accès aux services de santé.

À ce titre, il est clair que la conférence a vocation à traiter de cet aspect de l'accès aux soins. Néanmoins, une telle rédaction pourrait laisser supposer que le travail de la conférence est lié uniquement à l'offre de soins aux tarifs opposables.

Je souhaite au contraire que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie s'occupe de l'intégralité de l'offre de soins. Votre volonté de voir les soins à tarifs opposables examinés par cette conférence est donc satisfaite. Ces raisons m'amènent à émettre un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour explication de vote.

**Mme Isabelle Pasquet.** Nous considérons que l'accès aux tarifs opposables a tout à fait sa place dans une politique de réduction des inégalités dans le domaine de la santé. Il en est même la clef de voûte dans la mesure où l'on observe que c'est la difficulté pour les patients les plus précaires d'y accéder qui explique la croissance du taux de renoncement aux soins constaté dans notre pays.

La Conférence nationale de santé, dans son avis du 15 mai 2008 relatif aux dépassements d'honoraires, ne dresse pas un autre constat. Elle a noté en effet que « nombre de nos concitoyens ne peuvent plus accéder aux soins sans être astreints à ces dépassements. La possibilité d'accès à des soins à tarifs opposables n'est plus respectée et conduit dans de nombreux cas à des renoncements aux soins dommageables pour les personnes et délétères pour la santé publique ».

Et la Conférence de préciser que « face à ce qu'elle ressent comme une urgence politique, [...] les responsables publics doivent agir plus fermement. En effet, l'information obligatoire sur les coûts et la remise d'un devis au-delà d'un certain



seuil de dépassement, de même que l'élargissement des procédures de saisine des instances de régulation disciplinaire ou tarifaire, s'ils sont nécessaires, lui apparaissent néanmoins insuffisants. »

Force est de constater, un an plus tard, que le texte dont nous débattons ne prévoit aucune mesure permettant de remédier aux difficultés d'accès aux tarifs opposables dans les zones où se pose déjà la question du manque de médecins, et qu'il ne comporte pas non plus de dispositions sur ce qui pourrait être fait dans les zones richement médicalisées, mais déficitaires en spécialistes de secteur 1.

Dans la mesure où l'ARS est chargée de réduire les inégalités dans le domaine de la santé, nous souhaitons qu'elle veuille à faciliter, pour les populations, l'accès à des tarifs opposables. Ce principe cardinal ne doit pas être omis, sous peine d'être oublié.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 933.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1066, présenté par MM. Patient, Antoinette, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuhejava, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mme Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Au début du quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, après le mot :

Elle

insérer les mots :

a un pouvoir d'auto-saisine officiel et

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Cet amendement, rédigé par nos amis ultramarins, vise à ce que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la CRSA, se saisisse elle-même de sujets importants qui ne seraient pas retenus par l'agence régionale de santé et qui ne figurent pas dans les priorités du plan régional de santé.

Il existe en effet des sujets et des pathologies qui ne figurent pas dans la liste prioritaire du plan régional de santé publique, le PRSP, et du plan national santé environnement, le PNSE, mais qui mériteraient pourtant d'y être inscrits ; à l'inverse, d'autres y figurent, mais sont insuffisamment traités.

La CRSA pourrait décider, par exemple, de commander une étude sur telle ou telle pathologie, et rendre son avis sur des sujets de son choix.

**M. Jean Desessard.** Très bien !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** En Guyane, par exemple, les pathologies liées au mercure ne figurent pas dans la liste prioritaire du plan régional de santé 2006-2009 et sont insuffisamment prises en compte dans le PRSE, le plan régional santé environnement. De la même manière, les risques de pollution dus à l'activité de la base spatiale ne sont pas pris en compte.

**M. Jean Desessard.** Absolument !

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Il serait aisé d'énumérer d'autres sujets cruciaux pour la région.

L'auto-saisine officielle de la CRSA renforcerait sa légitimité et en ferait un acteur incontournable de la santé au niveau régional. Elle pourrait ainsi disposer d'une réelle capacité d'interpellation de l'État. Cela serait totalement justifié, car la CRSA, du fait de son statut et de sa composition, est une instance pleinement ancrée dans le territoire, disposant d'un personnel permanent. Il faut rappeler que les comités de pilotage, d'animation et de suivi du PRSE sont exclusivement composés de fonctionnaires des services de l'État, plus mobiles.

Mes chers collègues, je vous demande d'adopter cet amendement afin de pouvoir donner tout son rôle à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. *(M. Jean Desessard applaudit.)*

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La notion d'auto-saisine officielle n'est pas très claire. Le texte prévoit déjà que la conférence peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle peut aussi organiser le débat public sur les questions de son choix.

Cet amendement étant satisfait, la commission vous demande, madame Jarraud-Vergnolle, de bien vouloir le retirer. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Votre amendement est totalement satisfait. Nous avons indiqué à de nombreuses reprises qu'il existait un droit d'auto-saisine de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur tous les sujets : cela figure en toutes lettres dans le texte.

Je souhaite donc le retrait de cet amendement.

**M. Jean Desessard.** Où est-ce écrit « en toutes lettres » ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous ne me faites pas confiance, monsieur Desessard ?

**M. Jean Desessard.** J'ai plutôt l'impression de ne pas savoir lire, car je ne trouve pas ce passage !

**M. le président.** Madame Jarraud-Vergnolle, l'amendement n° 1066 est-il maintenu ?

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Oui, monsieur le président. N'ayant pas rédigé moi-même cet amendement, je ne prendrai pas la responsabilité de le retirer.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1066.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 934, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« La conférence régionale de santé invite, au moins une fois par an, le comité régional de prévention des risques professionnels pour qu'il lui expose l'état de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet régional de santé. Il en est de même lorsqu'il s'agit de procéder à l'élaboration et la révision du projet régional de santé. La conférence régionale de santé et le comité régional de prévention des risques professionnels peuvent décider de la création d'une commission commune permanente.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Le projet de loi, tel qu'il a été amendé par nos collègues de l'Assemblée nationale, a permis d'aller un peu plus loin dans le décloisonnement des différents champs de la santé publique. Il n'en demeure pas moins qu'en matière de santé au travail, composante à part entière de la santé publique, le texte nous apparaît comme étant un peu « en reste ».

Une des sources principales d'inégalité sociale devant la santé, qui se traduit souvent en termes d'espérance de vie, réside en effet dans la véritable crise chronique dont souffre depuis des années la santé au travail, c'est-à-dire les services de médecine du travail, comme tout ce qui procède des politiques de prévention des risques professionnels et des affections liées à l'activité.

Comme a pu le rappeler Marcel Goldberg, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'INSERM, dans un article publié en décembre 2006 dans la revue *Actualité et dossier en santé publique* : « Les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé des populations. Ces maladies d'origine professionnelle sont très variées. On compte parmi elles des cancers, des troubles de l'audition, des affections respiratoires, des affections ostéo-articulaires et des troubles musculo-squelettiques ». L'auteur de cet article note également, de façon tout à fait pertinente : « La santé au travail, en France, est composée de multiples structures et d'acteurs spécialisés, mais ceux-ci exercent leur activité en dehors du monde de la santé publique. La plupart des structures spécialisées de l'État, celles des entreprises, la tutelle des médecins du travail, sont toutes en dehors du champ couvert par les organismes de santé publique et n'ont aucune interaction formalisée avec ces derniers ».

C'est pour prendre en compte ces remarques que nous avons déposé cet amendement qui, s'il était adopté, permettrait à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ainsi qu'au comité régional de prévention des risques professionnels d'échanger, voire de travailler ensemble, en permanence.

**M. le président.** L'amendement n° 1067, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Elle invite, au moins une fois par an, le comité régional de prévention des risques professionnels pour qu'il lui expose l'état de la mise en œuvre et de l'évalua-

tion du projet régional de santé. Il en est même lorsqu'il s'agit de procéder à l'élaboration et la révision du projet régional de santé.

« La conférence régionale de santé et le comité régional de prévention des risques professionnels peuvent décider de la création d'une commission commune permanente.

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** La mise en place des agences régionales de santé, avec les compétences qui leur sont attribuées, doit traduire un changement profond de vision sur la nature des déterminants de la santé. Il nous semble de ce fait, et nous l'avons déjà dit, que l'impasse ne doit pas être faite sur la santé au travail, l'importance de l'impact de facteurs professionnels sur la santé de la population n'étant plus à démontrer.

Cette logique globale avait du reste été abordée dans les travaux qui ont précédé la rédaction de ce projet de loi : je vous renvoie, à cet égard, au rapport Assemblée nationale n° 697 du député M. Yves Bur, enregistré le 6 février 2008.

*A minima*, il convient donc de mettre en place dès à présent les passerelles nécessaires à l'interconnexion inévitable, sur le plan régional, de la santé publique et de la santé au travail. C'est tout le sens de notre amendement, qui vise à intégrer les préoccupations liées à la santé au travail au sein des conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les amendements n°s 934 et 1067 sont strictement identiques, si ce n'est que l'un est rédigé en un seul alinéa, et l'autre en deux.

**M. François Autain.** Donc, ils ne sont pas identiques !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Aussi auraient-ils pu être défendus en une fois...

La commission, qui était pressée d'aller déjeuner, a trouvé intéressante la proposition d'organiser, au moins une fois par an, une réunion de travail entre la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le comité régional de prévention des risques professionnels. Elle a donc émis un avis favorable sur cet amendement. (*Exclamations réjouies sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

**Mme Isabelle Debré.** Tout arrive !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ces amendements sont déjà satisfaits. La question de l'articulation entre la politique de santé et la politique de santé au travail est bien sûr très importante, même si la question du lien ne se pose pas seulement dans le domaine de la santé au travail. Cela justifie d'ailleurs complètement la position du préfet à la tête du conseil de surveillance.

Il existe deux commissions de coordination, l'une pour le médico-social, et l'autre pour la prévention. Le directeur de la future DIRECCTE, la direction en charge du travail et de l'emploi, sera membre de droit de la commission de coordination sur la prévention. Or c'est précisément ce directeur qui préside le comité régional de prévention des risques professionnels. Cette articulation, que vous appelez de vos vœux, entre le projet régional de santé et la santé au travail, nous l'avons créée !

S'agissant des modalités concrètes de travail et de concertation pour concevoir et faire vivre ces liens, il faut s'en remettre aux acteurs locaux. L'essentiel est d'avoir créé le lieu de la

concertation et d'avoir défini précisément l'acteur qui sera chargé, plus que d'une simple concertation, de cette coordination et de cette articulation que vous souhaitez, fort légitimement.

Ces amendements étant satisfaits par le dispositif mis en place, je demande à leurs auteurs de bien vouloir les retirer.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Je soutiens les amendements de mes collègues, mais je souhaite revenir sur le précédent, relatif à l'auto-saisine officielle de la CRSA.

Mme la ministre nous a assuré que cette possibilité était prévue « en toutes lettres » dans le projet de loi. Je l'ai donc relu, avec inquiétude, car je n'ai pas retrouvé ce passage. J'ai donc supposé que Mme la ministre s'était laissée emportée par sa volonté d'asséner des vérités. (*Mme la ministre s'exclame.*) J'ai cru comprendre qu'elle faisait allusion à la phrase disant que la conférence régionale de la santé « organise le débat public sur les questions de santé de son choix ». Or, comme nous l'ont fait observer les représentants, ce choix, qui s'impose, peut s'opérer dans le cadre du plan régional de santé.

L'auto-saisine officielle, c'est autre chose : il s'agit de permettre à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de traiter, de façon indépendante, de nouveaux dossiers. Je pense que Mme la ministre n'a pas compris l'esprit de l'amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Sans doute !

**M. Jean Desessard.** Par ailleurs, j'attends toujours l'étude qu'elle m'a promise, prouvant que les tarifs des cliniques privées intègrent les honoraires des médecins libéraux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous l'aurez !

**M. Jean Desessard.** La démocratie, c'est aussi respecter les engagements pris, même envers un sénateur de l'opposition, et ne pas faire de promesses à l'emporte-pièce !

Il vous était certes difficile de me transmettre cette étude dimanche dernier mais, ce matin, elle n'était toujours pas dans mon casier...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Regardez mieux ! (*Sourires.*)

**M. Jean Desessard.** J'attends avec impatience demain.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les amendements étant satisfaits, comme vient de l'indiquer Mme la ministre, la commission émettra un avis défavorable s'ils sont maintenus. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

**M. Jean Desessard.** Il a retourné sa veste !

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 934 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Je ne comprends pas : j'ai maintenu cet amendement parce que M. le rapporteur m'avait donné sa caution. S'il change d'avis en fonction des déclarations de Mme la ministre,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'apporte des éléments au débat !

**M. François Autain.** J'ai bien compris que ce n'était pas un simple effet de girouette, mais je suis tout de même très déçu par l'attitude de M. le rapporteur !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous allez surmonter ça ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** J'accepte néanmoins de retirer mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 934 est retiré.

Madame Jarraud-Vergnolle, qu'advient-il de l'amendement n° 1067 ?

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Je le retire, monsieur le président. Mais je déplore cette méthode de travail.

**M. le président.** L'amendement n° 1067 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 884, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

Après le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, insérer un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est présidée par le président du conseil régional ou son représentant.

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** Nous souhaitons ajouter cette disposition dans le projet de loi, car elle n'y figure pas ; à moins que je ne l'aie mal lu, ce que l'on ne m'a pas démontré s'agissant d'un amendement précédent...

Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé étant présidé par le représentant de l'État dans la région, nous proposons que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, qui concourt, par ses avis, à la définition des politiques de santé au niveau régional, soit présidée par un élu.

Cela lui permettrait de devenir une véritable instance de démocratie sanitaire face aux pouvoirs – exorbitants, diraient certains ! – du directeur général de l'agence régionale de santé.

De plus, les conseils régionaux – nous en avons discuté – sont demandeurs d'une plus grande implication dans l'élaboration des politiques de santé – je pense notamment à la prévention, par exemple dans les lycées –, d'aménagement du territoire, de formation professionnelle et de santé environnementale.

Je souhaiterais, à cet égard, citer l'expérimentation réalisée actuellement par le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais dans le domaine de la prévention et de la santé. Il mène des actions en matière de lutte contre le cancer – prévention, dépistage, soutien-accompagnement, soins et recherche – mais aussi de santé environnementale et de santé au travail, de soutien à l'effort d'équipement sanitaire des établissements de santé de la région et au développement des maisons de santé. Sa contribution est également financière.

Aussi nous semble-t-il légitime que le président du conseil régional préside cette conférence.

**M. le président.** L'amendement n° 1031 rectifié, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier,



MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - La conférence régionale de santé élit son président parmi ses membres représentant les collectivités territoriales ou leurs groupements.

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** C'est un amendement de repli par rapport à l'amendement n° 884.

Si la conférence régionale de santé ne peut être présidée directement par le président du conseil régional, nous proposons qu'elle soit présidée par l'un de ses membres, désigné parmi les représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission est défavorable à l'amendement n° 884. Le conseil régional n'ayant pas de compétence particulière en matière de santé, ce choix ne paraît pas s'imposer.

La commission est également défavorable à l'amendement n° 1031 rectifié. La conférence régionale de la santé étant un organe consultatif, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ne relèvent pas du domaine législatif.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est évidemment défavorable à ces deux amendements. Laissons les acteurs du système de santé et de la démocratie sanitaire, qui sont représentés au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, choisir leur président ! N'en a-t-on pas appelé à la démocratie ? Eh bien, cela me paraît beaucoup plus démocratique !

Je ne vois absolument pas la raison pour laquelle le président du conseil régional serait le président de droit de cette conférence régionale de la santé, d'autant plus que cette instance n'a pas de compétence particulière dans le domaine de la santé. Le président de l'un des conseils généraux serait plus habilité à le faire. Cependant, là encore, mieux vaut laisser la démocratie jouer son rôle et les membres de la conférence choisir leur président !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 884.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1031 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 935, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

À la fin de la seconde phrase du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-5 du code de la santé publique, supprimer les mots :

, sauf opposition de l'un d'entre eux

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Nous abordons les dispositions relatives au régime financier des agences.

Nous avons vu, au cours de nos débats, que les agences régionales de santé devaient définir leurs politiques dans le respect des orientations politiques et financières contenues dans les lois de financement de la sécurité sociale.

Cette précision ne suffit visiblement pas à satisfaire vos exigences. En effet, aux termes de la rédaction proposée à cet article 26 pour l'article L. 1432-5 du code de la santé publique, non seulement vous prévoyez que le budget de l'agence régionale de santé doit être en équilibre – disposition cohérente avec tout votre projet de loi –, mais vous précisez également que ces budgets sont exécutoires sauf opposition de l'un des deux ministres de tutelle !

Pour reprendre une formule déjà employée ici durant ce débat, c'est l'État qui contrôle l'État ! À croire, madame la ministre, que, dans la crainte de l'opposition à vos politiques comptables, vous en venez à redouter aussi les prises de décisions élaborées par les directeurs des agences régionales de santé, qui, en raison de leur mode de nomination et de révocation, sont pourtant entièrement subordonnés au Gouvernement, et plus particulièrement à votre ministère !

D'ailleurs, cette disposition, si elle était maintenue en l'état, reviendrait à limiter encore un peu plus les compétences du conseil de surveillance puisqu'un *veto* gouvernemental aurait pour effet de sanctionner un budget sur lequel il s'est pourtant – dans des conditions déjà insuffisantes – prononcé.

Voilà pourquoi nous souhaitons supprimer ce membre de phrase.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Ce que prévoit le projet de loi, c'est non pas la mise en place de politiques régionales de santé, mais les moyens de la réalisation au niveau régional de la politique nationale de santé.

Par ailleurs, les fonds utilisés par l'agence régionale de santé seront définis par les lois de financement de la sécurité sociale et par les lois de finances. Il est donc normal que les ministres de tutelle des ARS exercent un contrôle sur le budget et puissent, le cas échéant, s'y opposer.

Aussi, la commission est défavorable à cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable, pour les mêmes raisons !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 935.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1295, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-7 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art L. ... - L'État peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'État ou les agences régionales de santé.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Par cet amendement, je souhaite permettre à l'État de passer des marchés pour le compte des ARS. C'est une évidence : nous pouvons faire beaucoup d'économies sur les commandes publiques.

Bien entendu, les ARS pourront passer commande soit à titre individuel, soit par groupements. Mais nous devons tout faire pour leur permettre d'obtenir des marchés au meilleur coût. À cette fin, elles doivent pouvoir user de leur double identité – État et assurance maladie – et bénéficier des commandes groupées de l'un ou de l'autre, selon la formule qui sera la plus avantageuse.

L'amendement que je vous propose permet à l'État de passer des commandes pour le compte des ARS afin de simplifier les procédures, de mutualiser les achats et de faire baisser les prix. Symétriquement, pour les mêmes raisons que celles que je vous ai présentées s'agissant des marchés de l'État, une disposition vous est proposée afin d'octroyer aux ARS la possibilité de s'inscrire dans les marchés ou accords-cadres passés par les caisses nationales d'assurance maladie. Il s'agit de permettre une très grande latitude pour obtenir de bons prix pour les ARS.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Avis favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1295.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 936, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer les 3° et 4° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-8 du code de la santé publique.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** En vous demandant, par cet amendement, de supprimer les 3° et 4° du nouvel article L. 1432-8 de ce projet de loi, nous sommes en cohérence avec nos prises de position antérieures.

En effet, nous nous sommes opposés à la création d'un cadre particulier permettant à des contractuels dépourvus de compétences particulières spécifiées d'occuper des postes de direction au sein des établissements. Il est donc naturel que nous réitérions ce refus pour les personnels des ARS en vous demandant la suppression du 3° de cet article.

Il suffit de préciser que le personnel de ces agences doit relever des statuts de la fonction publique, puisque ceux-ci prévoient des règles dérogatoires largement suffisantes pour répondre aux besoins en personnel de ces nouvelles agences.

Mais notre demande de suppression du 4° concerne une tout autre problématique. En effet, en faisant référence à la possibilité pour les ARS d'employer du personnel relevant de la convention collective applicable au personnel des organismes de sécurité sociale, ce texte prévoit implicitement le démantèlement des services des caisses d'assurance maladie et des autres caisses relevant des organismes de sécurité sociale. Peu évoquée au cours de nos débats, cette question est pourtant essentielle pour le personnel de ces caisses, qui ressent une inquiétude légitime quant à son avenir.

Que deviendront, par exemple, les services en charge du suivi des dépenses de santé, de la gestion des risques ou des relations avec les professionnels de santé, qui ont été mis en place par chaque caisse depuis de nombreuses années ? Dans quelles conditions les ARS pourront-elles disposer des personnels de ces caisses ? Rien n'est précisé !

Quelle sera la position administrative des personnels de ces caisses lorsqu'ils seront appelés à travailler pour le compte de ces nouvelles agences ? Rien n'est prévu !

Pour toutes ces raisons, vous l'avez compris, il ne nous est pas possible d'accepter le 4° de ce nouvel article L. 1432-8 que vous nous proposez.

Par-delà cet amendement, nous souhaiterions, madame la ministre, que vous nous disiez comment ces agences vont travailler en coordination avec les caisses de sécurité sociale. Nous aimerions aussi savoir ce qu'il adviendra, à l'avenir, des missions et des personnels de ces caisses.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous nous sommes déjà largement expliqués sur ce sujet avant la suspension de séance. J'émetts un avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 936.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1013 rectifié *bis*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac et Mme Debré, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit les deux dernières phrases du sixième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-8 du code de la santé publique :

Il gère les personnels mentionnés au 3°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1°, 2° et 4°.

La parole est à M. Alain Vasselle.

**M. Alain Vasselle.** Cet amendement, comme les amendements n° 1014 rectifié *bis* et 1015 rectifié *bis*, est lié à une proposition que j'ai déjà présentée quant à la mise à disposition du personnel de l'assurance maladie auprès des ARS. À la demande du Gouvernement, j'avais retiré cette proposition, ayant pris date des futures modalités de fonctionnement des ARS, lesquelles prendraient la forme non pas d'une mise à disposition, mais d'un transfert.

Par conséquent, après avoir entendu les explications de Mme la ministre, je retirerai le présent amendement. Puis, si mes collègues en sont d'accord, je retirerai également les amendements n° 1014 rectifié *bis* et 1015 rectifié *bis*. *(Mme Isabelle Debré opine.)*

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cher Alain Vasselle, votre amendement n° 1013 rectifié *bis* prévoit que le directeur général de l'ARS ne gère pas les agents contractuels de droit privé régis par la convention collective de la sécurité sociale, mais est seulement associé à leur gestion. Cet amendement, qui nous ramène au débat que nous avons eu tout à l'heure sur la mise à disposition, tire la conséquence du fait que vous préférez la mise à disposition au transfert au sein de l'agence.

Les mots ont un sens, et il est très différent de « gérer » ou d'« être associé à la gestion ». Dans le premier cas, les contrats sont transférés à l'ARS, qui est l'employeur. Et elle pourra, à l'avenir, recruter directement des personnels régis par la convention collective de la sécurité sociale.

Dans le second cas, les organismes actuels d'assurance maladie resteront l'employeur de ces personnels, qui seront seulement mis à la disposition des ARS. L'essentiel des

décisions, notamment celles qui sont liées aux recrutements, aux avancements, aux promotions ou aux évaluations, resteront de la responsabilité de ces organismes. L'ARS ne pourra pas recruter directement ses personnels et se contentera de donner des avis ou de faire des propositions sur chacun des actes essentiels pour la vie des personnels.

J'ai longuement expliqué les inconvénients qui s'attachent à la mise à disposition, pour l'ARS comme pour les personnels eux-mêmes.

La mise à disposition n'est évidemment pas du tout dans l'optique de la réforme que j'entends mener en créant les agences régionales de santé. Je le confirme: mon objectif est non pas de juxtaposer les cultures, mais de les marier, de décloisonner, d'unifier pour rassembler au niveau régional les forces de l'assurance maladie et de l'État, afin de renforcer notre efficacité collective.

Mes raisons, vous les connaissez: l'ARS ne pourra fonctionner que si nous lui donnons les moyens de maîtriser réellement son personnel. C'est dans cette perspective que je veux donner pleine compétence au directeur général de l'ARS. Je me préoccupe, surtout, de préserver ces personnels des risques d'oubli inhérents à la mise à disposition en leur offrant un déroulement de carrière harmonieux. Les expériences malheureuses des agences régionales de l'hospitalisation sur ce sujet ont été parfaitement éclairantes.

Monsieur Vasselle, je vous serais donc reconnaissante de bien vouloir retirer cet amendement. Au demeurant, j'ai bien noté que ce retrait ne valait pas solde de tout compte. (*Sourires.*)

**M. le président.** Monsieur Vasselle, l'amendement n° 1013 rectifié *bis* est-il maintenu?

**M. Alain Vasselle.** Non, je le retire, monsieur le président. Et je retire également les amendements n° 1014 rectifié *bis* et 1015 rectifié *bis*.

**M. le président.** Les amendements n° 1013 rectifié *bis*, 1014 rectifié *bis* et 1015 rectifié *bis* sont retirés.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1014 rectifié *bis*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac et Mme Debré, est ainsi libellé:

Supprimer le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-10 du code de la santé publique.

Cet amendement a été retiré.

Les deux amendements suivants sont présentés par le Gouvernement.

L'amendement n° 1250 est ainsi libellé:

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-10 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée:

Il est doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.

L'amendement n° 1249 est ainsi libellé:

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-10 du code de la santé publique par trois alinéas ainsi rédigés:

« Les dispositions du chapitre 3 du titre IV du livre premier de la deuxième partie du code du travail sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du code du travail, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives du livre quatrième de la deuxième partie du code du travail.

La parole est à Mme la ministre, pour présenter ces deux amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement n° 1250 vise à doter le comité d'agence de la personnalité civile.

Je suis convaincue – ce sujet s'inscrit dans le droit-fil du débat que nous venons d'avoir – que l'ARS doit, pour les agents de l'État comme pour les personnels de l'assurance maladie, constituer une « maison commune ». Par conséquent, il convient que le projet de loi dote l'agence d'institutions représentatives du personnel communes, capables de les représenter collectivement.

Le comité d'agence sera la parfaite illustration de cette représentation unifiée. Il s'agit d'une véritable innovation de ce projet de loi, qui vise à mettre en place une instance de dialogue social possédant à la fois les compétences d'un comité technique paritaire, cher aux agents de l'État, et celles d'un comité d'entreprise, cher aux agents de l'assurance maladie.

Toutefois, il est indispensable que les personnels de l'ARS disposent, par le biais du comité d'agence, de l'ensemble des garanties qui leur sont aujourd'hui offertes. Je pense notamment aux œuvres sociales et culturelles qui sont gérées par les comités d'entreprise de l'assurance maladie. Le comité d'agence devra pouvoir, demain, en assurer la gestion pour l'ensemble des personnels. Or, sans personnalité civile, le comité d'agence ne pourra assumer cette fonction essentielle pour les agents, qui suppose la capacité à s'engager juridiquement, en particulier pour l'achat de prestations ou de services.

L'amendement n° 1249, qui s'inscrit également dans le cadre du dialogue social au sein des ARS, vise à mettre en place des instances représentatives du personnel communes à l'ensemble des agents, qui regroupent des personnels de droit public et des personnels de droit privé.

La « maison commune » dont j'ai parlé à de nombreuses reprises, qui unit l'État et l'assurance maladie, repose sur deux principes: le maintien des statuts de chaque agent et des garanties afférentes à ces statuts, ainsi que la mise en place d'instances communes de dialogue social compétentes pour les agents de l'État et pour ceux de l'assurance maladie. Le comité d'agence, à la fois comité technique paritaire et comité d'entreprise, en est l'illustration.



Cet amendement tend à consolider une telle ambition, en étendant le dispositif des délégués syndicaux et des représentants de sections syndicales à l'ensemble des personnels de l'ARS et en organisant la protection juridique des agents assurant des fonctions de représentation des personnels.

Mesdames, messieurs les sénateurs, ces dispositions doivent, par ailleurs, permettre, grâce à la généralisation des délégués syndicaux, la signature d'accords collectifs au niveau d'une ARS et autoriser, par la généralisation des représentants de sections syndicales, la représentation au sein des ARS de syndicats plus catégoriels, en particulier celui des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ou des médecins-conseil, dont la représentativité pourrait s'avérer trop faible à l'échelle d'une ARS pour assurer leur représentation au sein du comité d'agence. Vous le savez, ces personnels sont très attachés à la représentation spécifique de leurs corps, qu'il est très important de garantir par des mesures appropriées.

Tel est l'objet de ces deux amendements très importants pour la représentation et le bon fonctionnement du dialogue social au sein des futures ARS.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis favorable sur les amendements n<sup>os</sup> 1250 et 1249.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 1250.  
(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 1249.  
(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 1015 rectifié *bis*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac et Mme Debré, est ainsi libellé :

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-11 du code de la santé publique, supprimer les mots :

, notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-10,

Cet amendement a été retiré.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n<sup>o</sup> 937, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après les mots :

solidarité pour l'autonomie,

insérer les mots :

un représentant de l'association des régions de France, un représentant de l'Assemblée des départements de France,

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement *a minima* vise à introduire une disposition de bon sens concernant la composition du conseil national de pilotage des ARS.

Compte tenu des objectifs fixés à ce conseil, qui devra veiller « à la cohérence des politiques qu'elles auront à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation

de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale », il nous semble naturel de prévoir que l'association des régions de France ainsi que l'Assemblée des départements de France siègent au sein de cet organisme, eu égard à la place prise dans ces domaines par les collectivités locales, qu'il s'agisse des régions ou des départements, et à leurs compétences respectives en matière de stratégie de développement et d'action sociale.

On pourrait même se demander si l'Association des maires de France ne devrait pas aussi y siéger, compte tenu de l'action de certaines communes pour maintenir une offre de soins de proximité sur leur territoire.

Par ailleurs, cet amendement nous semble particulièrement pertinent au regard du nécessaire développement des politiques publiques dans le domaine de la prise en charge de la perte d'autonomie, lesquelles devront – chacun en convient – être organisées de façon partenariale avec les collectivités locales. Aussi notre proposition s'appuie-t-elle sur la réalité des interventions actuelles, tout en ouvrant la perspective de développements futurs.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous souhaitons, mes chers collègues, qu'une majorité se dessine pour soutenir cet amendement. Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ni de réussir pour persévérer !

**M. Paul Blanc.** Guillaume d'Orange !

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 998 rectifié *bis*, présenté par MM. Leroy, Doligé, Sido, Lambert, du Luart, César et Huré, est ainsi libellé :

Compléter la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique par les mots :

un représentant pour chaque niveau de collectivités territoriales compétentes

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n<sup>o</sup> 1025, présenté par MM. Cazeau, Le Menn et Desessard, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique par les mots :

, un sénateur, un député et un représentant de l'assemblée des départements de France

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Si nous sommes favorables au conseil national de pilotage des agences régionales de santé et de l'autonomie, la sélection de ses membres nous pose problème.

Mes chers collègues, nous vous demandons par conséquent d'inclure dans ce conseil national de pilotage un sénateur, un député et un représentant de l'Assemblée des départements de France. À nos yeux, il serait en effet inconcevable que les élus du peuple ne figurent pas dans ce conseil en tant que membres à part entière disposant du droit de vote.

Madame la ministre, vous avez récemment prétendu vouloir placer les parlementaires au cœur des politiques publiques de santé. En émettant un avis favorable sur cet amendement, vous prouveriez votre bonne foi.

En outre, les présidents des conseils généraux, qui ont une connaissance approfondie du terrain, possèdent une légitimité dans le domaine médico-social et une longue expérience du dialogue avec les professionnels de santé. Il serait également souhaitable de les incorporer au conseil de pilotage.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur Autain, les ARS sont chargées d'appliquer au niveau régional la politique nationale de santé dans ses différentes composantes, sans porter atteinte aux compétences des collectivités territoriales et, en particulier, des départements.

Il n'y a donc pas de raison pour que le représentant de l'Association des régions de France ou de l'Assemblée des départements de France siège au sein du conseil national de pilotage.

Par conséquent, je vous demande de bien vouloir retirer l'amendement n° 937. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Par ailleurs, monsieur Cazeau, les parlementaires interviennent dans ce domaine au moment de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale et des projets de loi de finances, qui visent à déterminer les crédits attribués aux ARS.

Quant à la représentation de l'Assemblée des départements de France, les compétences des ARS ne doivent pas empiéter sur celles des départements.

La commission vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement n° 1025. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 937 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Je le maintiens, monsieur le président.

**M. le président.** Monsieur Cazeau, qu'advient-il de l'amendement n° 1025 ?

**M. Bernard Cazeau.** Je le maintiens également, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 937.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1025.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 938, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique par les mots :

et des représentants des usagers du système de santé au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Cet amendement du groupe CRC-SPG porte sur la composition de la coordination des agences régionales de santé.

Notons simplement que, si le projet de loi prévoit expressément que les usagers du système de santé sont suffisamment respectables pour participer aux conseils de surveillance des ARS et aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie, tel n'est plus le cas lorsqu'il s'agit de les associer au conseil national de pilotage.

Dans ce schéma bureaucratique et technocratique, une fois de plus, la voix des assurés sociaux, qui, je le rappelle, financent directement par leurs cotisations et leurs impôts la sécurité sociale, ne pourrait pas être entendue.

Une telle démarche conduit à faire du conseil national de pilotage le simple auxiliaire dévoué de la mise en œuvre des choix politiques en matière de sécurité sociale, tels que définis par le Gouvernement au travers des lois de financement de la sécurité sociale.

En outre, et surtout, la composition du conseil national de pilotage réunit les ministres et leurs représentants, avec, pour interlocuteurs, les responsables les plus importants des différentes branches de la sécurité sociale. Ce verrouillage confiscatoire de tout contre-pouvoir des instances de pilotage des autorités régionales de santé suffit, en lui-même, à caractériser l'aspect profondément technocratique de ce projet de loi. Or, quand la démocratie recule devant la technocratie, c'est toute la société qui recule.

Nous vous invitons donc, mes chers collègues, à voter en faveur de cet amendement, qui vise à instaurer un minimum d'équilibre au sein du conseil national de pilotage en assurant la représentation des usagers-patients-contributeurs du système de protection sociale.

**M. Guy Fischer.** Très bien !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis bien évidemment défavorable à cet amendement.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour exprimer mon profond désaccord avec la notion selon laquelle les ministres ne seraient pas les représentants de la démocratie, contrairement aux responsables associatifs !

Je rappelle que, en tant que ministre, j'ai été choisie au sein d'une majorité établie lors d'un scrutin démocratique. Le Président de la République a été élu au suffrage universel. Que ce ne soit pas votre candidat, mesdames, messieurs les sénateurs de l'opposition, je le comprends, mais il est votre président de la République, élu par la majorité, dans une démocratie. Le Parlement est également élu démocratiquement.

Il est donc profondément choquant de vous entendre dire que le conseil national de pilotage ne serait pas une organisation démocratique, au motif qu'il est présidé par les ministres de la République ! *(Applaudissements sur les travées de l'UMP. – MM. Michel Mercier et Jean Boyer applaudissent également.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Vous venez de soulever la question des contre-pouvoirs !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La démocratie, ce n'est pas les contre-pouvoirs !

**M. Jean Desessard.** Face au Gouvernement, il est normal qu'il y ait des contre-pouvoirs !

Vous semblez croire que, parce que le Président de la République est élu pour cinq ans, il peut faire tout ce qu'il veut ! Eh bien non ! Il faut tout de même respecter un certain nombre de contre-pouvoirs : la justice, une presse indépendante et une opposition informée des grandes décisions qui sont prises.

**M. François Autain.** Bien sûr !

**M. Jean Desessard.** En outre, le fait que des élus assistent aux réunions les plus importantes concernant les politiques de santé permet de préparer l'alternance !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est vous qui contestez ma légitimité !

**M. Jean Desessard.** Nous ne sommes absolument pas en train de remettre en cause le résultat d'une élection ! Nous pensons simplement qu'un pouvoir ne doit pas être absolu. Des contre-pouvoirs sont donc nécessaires, aussi bien dans l'ensemble de la société qu'au niveau de la représentation nationale.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis légitime !

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** Madame la ministre, il n'y a pas lieu de vous échauffer ainsi ! (*Mme la ministre proteste.*) Il est tout à fait normal que, dans un processus national d'organisation de la santé, se tiennent, aux côtés des ministres, que nous ne contestons pas,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si ! Vous avez dit que je représente la technostructure !

**M. Bernard Cazeau.** ... des personnes qui votent au Parlement le budget de la sécurité sociale. C'est pour cette raison que nous proposons qu'un sénateur et un député soient membres du conseil national de pilotage, comme c'est d'ailleurs habituel dans bien des organisations.

Puisque le secteur médico-social est également concerné, l'amendement n° 1025 prévoit aussi la présence d'un représentant de l'Assemblée des départements de France.

Il n'y a rien d'anormal dans cette proposition. Cela me paraît être la base de la démocratie, et je vous renvoie sur ce point aux propos de mon collègue Desessard, qui a parfaitement résumé le sujet. Nul besoin de se lever et de faire des moulinets !

**M. Jean Desessard.** Fussent-ils démocratiques !

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Madame la ministre, personne ne conteste votre légitimité, qui, au demeurant, est considérable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous m'avez quand même qualifiée de représentante de la technostructure !

**M. François Autain.** Mais la démocratie, ce n'est pas la dictature de la majorité sur la minorité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Qui dit cela ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Ni la dictature du peuple !

**M. Michel Mercier.** Ni la dictature de la minorité sur la majorité !

**M. François Autain.** Il ne faut pas tout mélanger. La démocratie tolère que d'autres pouvoirs puissent s'exprimer,

...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Bien sûr !

**M. François Autain.** ... sans pour autant mettre en cause le pouvoir légitime d'un ministre ou du Président de la République. Il n'en a d'ailleurs jamais été question.

**M. Jean Desessard.** Je vous conseille sur le sujet l'excellent livre de François Bayrou, *Abus de pouvoir* !

**M. Michel Mercier.** Je vois que vous avez beaucoup de temps libre, mon cher collègue !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 938.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1068, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après les mots :

du budget

insérer les mots :

, du travail

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement, comme d'autres que nous avons défendus antérieurement, s'inscrit dans une logique d'intégration de la santé au travail dans le périmètre de compétences des agences régionales de santé.

Le chapitre III du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique concerne la coordination des agences régionales de santé. Le premier alinéa de l'article L. 1433-1 du même code vise plus précisément la composition de leur conseil national de pilotage. Il me semble opportun que le ministre chargé du travail soit présent dans ce conseil, afin que le large champ de la santé au travail soit pris en considération.

Le drame de l'amiante, l'explosion des troubles musculo-squelettiques – TMS –, des cancers professionnels et des risques psychosociaux, mais aussi l'émergence de nouveaux risques professionnels militent pour que l'État retrouve son rôle régalién dans la protection des populations au travail.

**M. le président.** L'amendement n° 939, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

et de la sécurité sociale



par les mots :

, de la sécurité sociale et du travail

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Depuis le début de nos travaux sur ce projet de loi, voilà une quinzaine de jours, le groupe CRC-SPG propose de modifier les règles de gouvernance des établissements publics de santé et des agences régionales de santé.

Avec cet amendement, nous poursuivons donc notre tâche, en suggérant que le ministre en charge du travail assiste au comité de coordination des agences régionales de santé. Vous voyez que nous reconnaissons par la même occasion la légitimité de ce dernier, madame la ministre !

Pour notre groupe, il s'agit de permettre une meilleure prise en compte des pathologies liées au travail dans les politiques sanitaires que les agences régionales de santé auront à appliquer dans leurs ressorts.

Ce décloisonnement, nécessaire et utile, est par ailleurs préconisé par de nombreux rapports et avis. Je n'en citerai qu'un : l'avis du Conseil économique et social en date du 27 février 2008, intitulé « L'avenir de la médecine du travail », qui appelle précisément à une répartition des compétences afin que la santé au travail soit une priorité partagée.

Tel est le sens de cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 1068, présenté par le groupe socialiste, renvoie à des débats qui se sont produits précédemment, tant en commission que dans l'hémicycle. Je rappelle simplement que les agences régionales de santé, les ARS, n'ont pas de compétences directes en matière de santé au travail, même s'il est prévu qu'elles agissent en liaison avec les services compétents. Il n'y a donc pas lieu de prévoir que le ministre chargé du travail participe au conseil national de pilotage. L'avis est donc défavorable.

La commission émet également un avis défavorable sur l'amendement n° 939, présenté par le groupe CRC-SPG, et dont objet est identique.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Bien entendu, la concertation doit être la règle au sein du Gouvernement. De fait, elle a lieu avec le ministre chargé du travail. Mais nos débats sur la définition de la politique de santé ont montré que des articulations devaient également exister avec le ministre de l'éducation, pour ce qui concerne la santé scolaire, avec le ministre chargé de l'aménagement du territoire – les problèmes d'aménagement du territoire sanitaire sont importants –, avec le ministre en charge de l'outre-mer et avec le ministre de la justice – les problèmes de santé en milieu carcéral sont considérables.

Si l'on se met à faire entrer dans le conseil national de pilotage tous les ministres qui ont à connaître des questions de santé, ce ne sera plus un comité national de pilotage chargé de la coordination des ARS.

Les coordinations et les concertations doivent bien sûr être menées au travers des structures interministérielles, qui réunissent les ministres ou leurs collaborateurs sur toutes les questions importantes. Mais, de grâce, n'alourdissons pas le

comité de pilotage, qui doit rester une instance opérationnelle chargée de vérifier la coordination des instructions de l'État et de l'assurance maladie. Ainsi, le fonctionnement sera meilleur.

En conséquence, je suis évidemment défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1068.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 939.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 265, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé compte aussi, à titre consultatif, un représentant des conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** Il s'agit de prendre en compte les spécificités régionales ainsi que l'avis des gens de terrain. Cet amendement tend à ouvrir un droit à l'information des usagers du système de santé quant aux décisions prises par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé et à renforcer le rôle consultatif de ces dernières.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur Houpert, le rôle purement consultatif des conférences régionales de la santé et de l'autonomie s'exerce au niveau régional et auprès de chaque agence. Il n'y a donc aucune raison qu'un représentant de ces conférences participe au conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Aussi, la commission vous demande de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'avis est également défavorable, pour les raisons qui ont été exposées à l'instant par M. le rapporteur.

**M. le président.** Monsieur Houpert, l'amendement n° 265 est-il maintenu ?

**M. Alain Houpert.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 265 est retiré.

L'amendement n° 940, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-2 du code de la santé publique :

« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans, mais ne prend effet que s'il est approuvé par le conseil de surveillance de l'agence. Il est révisable chaque année, à sa demande.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Pour résumer cet article 26, je dirai que nous avons, sur le versant parlementaire, la discussion des projets de lois de financement de la sécurité sociale. Cet exercice annuel imposé, codifié en 1996, a, depuis quelques années, fait la démonstration de ses limites.

L'essentiel du contenu des lois de financement est en effet prédéfini par le Gouvernement en place, quel qu'il soit, et la démocratie sociale, dont on pourrait penser qu'elle est susceptible de se développer dans une société ouverte et responsable comme la nôtre, reste pour l'essentiel lettre morte.

Les lois de financement de la sécurité sociale, même largement combattues par les forces vives de la nation – syndicats de salariés, sociétés mutualistes, groupements professionnels – sont en effet invariablement adoptées, sous l'amicale pression du Gouvernement sur sa majorité parlementaire, moyennant quelques aménagements mineurs.

Cet article 26 prévoit donc de créer les « superpréfets » de la santé et du médico-social, au travers de l'émergence d'agences régionales de santé.

Le budget de ces agences, comme nous l'avons dit, doit être le reflet de la loi de financement, dans le cadre de la déconcentration des moyens de la protection sociale. Et l'on ne dispose que de très faibles capacités de ne pas l'adopter puisque, si la majorité simple suffit à le faire accepter, il faut trouver une majorité qualifiée pour le rejeter.

Comme si cela ne suffisait pas encore, puisque la composition du conseil de surveillance des ARS laisse encore de la place à ceux qui, au niveau régional, ont pouvoir et compétence en matière sanitaire et sociale, voici que le comité de pilotage national des ARS est mis en situation de contracter avec les directeurs généraux sur les voies et moyens de leur action. On imagine d'entrée les suspens insoutenable...

En effet, par un détour surprenant de l'histoire, voici qu'un directeur d'ARS, nommé en conseil des ministres, serait susceptible de rejeter les termes du contrat d'objectifs et de moyens que lui propose le comité de pilotage ! Ce contrat d'objectifs et de moyens est évidemment pluriannuel et vise, de manière générale, à « faire mieux avec moins ».

Cette quête d'efficacité et de productivité des dépenses de santé et médico-sociales, nul doute que le directeur général de l'ARS la mènera, où qu'il se trouve sur le territoire national : il y va tout de même de son maintien en fonction !

C'est ce montage technocratique, quasi autistique et monomaniacal (*Exclamations sur plusieurs travées de l'UMP*) – il s'agit en effet coûte que coûte de maîtriser les dépenses de santé et médico-sociales – que nous souhaitons combattre au travers de notre amendement.

Nous estimons en effet que le conseil de surveillance de chaque agence régionale doit rendre un avis sur le contenu du contrat d'objectifs et de moyens, quitte à le rejeter en première instance.

Ce contrat doit être révisable, ne serait-ce que parce que l'on ressort souvent grandi d'avoir reconnu ses errements passés !

Si tel n'est pas le cas, la démonstration sera faite du caractère profondément dirigiste de cet article 26.

Dans ce projet de loi, tout est fait pour que la décision échappe à ceux qui devraient en être dépositaires, c'est-à-dire les assurés sociaux eux-mêmes, en première et dernière instance !

Pour pallier cette confiscation du droit à décider et à choisir de chacun des citoyens de notre pays, nous ne pouvons que vous inviter, mes chers collègues, à voter en faveur de cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** J'avoue avoir été quelque peu surpris par l'utilisation de certains termes de psychiatrie – autisme, monomaniacal – qui sont sans rapport direct avec le texte que nous examinons. Je vous propose que nous en reparlions en dehors de cet hémicycle, madame Pasquet.

Pour en revenir à l'amendement, il ne peut revenir au conseil de surveillance de valider le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – CPOM – conclu entre le directeur général de chaque agence et ses ministres de tutelle.

L'avis est donc défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai moi aussi été choquée par l'usage de termes de psychiatrie,...

**Mme Isabelle Debré.** Et vous n'êtes pas la seule !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... tout à fait déplacés au sujet d'un projet de loi. Je veux espérer que l'argumentaire du groupe CRC-SPG a dépassé les intentions de ses auteurs...

Il est logique que le conseil de surveillance se prononce par un avis sur le contrat pluriannuel, qui, comme le projet de loi le prévoit, aura une visée stratégique. Il me paraît en revanche beaucoup moins légitime qu'il approuve formellement ce texte pour le rendre applicable, ce qui le transformerait en conseil d'administration. Drôle de conception de la démocratie qui consiste à donner un pouvoir de gestion à une assemblée non élue ! Étant donné que le financement relève de l'État et de l'assurance maladie, cette solution consacrerait l'irresponsabilité du conseil de surveillance, ce qui ne servirait pas l'intérêt général. La démocratie consiste bien *in fine* à confier la responsabilité à des personnes qui ont à rendre des comptes.

Pour cette raison, je suis défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 940.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 941, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Il prend en compte les besoins en santé et en soins médico-sociaux constatés à l'échelle de la région, et cherche à réduire les inégalités sociales en santé.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Le projet de loi ne précise que le cadre dans lequel le projet régional de santé doit être élaboré, à savoir celui des règles budgétaires issues des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale. Ce cadre étant posé, on ne peut se dispenser pour autant de préciser quel est l'objectif du dispositif.

Nous estimons pour notre part que les projets régionaux doivent tendre à réduire les inégalités dans le domaine de la santé, tout en prenant en compte les besoins médicaux et médico-sociaux de la population.

Il s'agit donc en l'occurrence d'un amendement de bon sens.

**M. le président.** L'amendement n° 266, présenté par M. Houpert, est ainsi libellé :

Au début du second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, après le mot :

Il

insérer les mots :

prend en compte les spécificités régionales,

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** Cet amendement vise à établir un juste équilibre entre les orientations nationales et les spécificités régionales et à intégrer ces dernières dans le projet national.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La mission des ARS est de prendre en compte, au travers d'une planification régionale de la politique nationale de santé, les besoins régionaux et territoriaux en matière de prévention, d'offre de soins et d'accueil médico-social. L'amendement n° 941 est d'un tel bon sens qu'il est satisfait aussi bien par les articles L. 1431-1 et L. 1431-2 du code de la santé publique que par le dernier alinéa de l'article L. 1433-1.

Quant à l'amendement n° 266, il est satisfait par l'article L. 1431-2.

La commission souhaite donc le retrait de ces deux amendements.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je fais miens les arguments de M. le rapporteur. Ces deux amendements étant satisfaits, je demanderai à leurs auteurs de bien vouloir les retirer.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 941 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Sensible à l'argumentation de M. le rapporteur et de Mme la ministre, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 941 est retiré.

Monsieur Houpert, l'amendement n° 266 est-il maintenu ?

**M. Alain Houpert.** Non, je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 266 est retiré.

L'amendement n° 1069, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, après les mots :

de la politique nationale de santé

insérer les mots :

, y compris de santé au travail,

La parole est à M. Yannick Botrel.

**M. Yannick Botrel.** Cet amendement, qui concerne plus spécifiquement le projet régional de santé, s'inscrit, à l'instar d'autres amendements défendus précédemment, dans une logique globale préexistante dans les travaux préparatoires du projet de loi et visant à intégrer la santé au travail dans le champ de compétences des ARS.

En effet, la santé au travail doit être soumise au débat pour intégrer le corps du projet régional de santé. L'évolution des modes de production nécessitera d'ailleurs des recherches pour évaluer la pertinence des politiques choisies en la matière.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable. Je rappelle une fois de plus que les ARS n'ont pas de compétence directe en matière de santé au travail.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet lui aussi un avis défavorable. Je ne développerai pas une nouvelle fois les arguments que j'ai exposés voilà quelques instants.

**M. le président.** La parole est à M. Yannick Botrel, pour explication de vote.

**M. Yannick Botrel.** La santé au travail est un élément parmi d'autres du projet régional de santé et personne ne peut contester qu'elle revêt parfois des aspects particuliers ou régionaux.

Notre collègue Jean-Pierre Godefroy a cité l'autre jour le cas très concret des maladies causées, dans certaines régions, en particulier dans le département dont il est l'élu, par l'amiante. On pourrait également mentionner les pathologies particulières que l'on rencontre dans les usines agroalimentaires et celles qui sont consécutives à un travail particulièrement répétitif.

Par conséquent, notre amendement nous paraît tout à fait cohérent et conforme au projet régional de santé.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1069.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1141, présenté par MM. Mercier, Kergueris et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

À la fin du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

et d'organisation médico-sociale

par les mots :

et des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

La parole est à M. Michel Mercier.

**M. Michel Mercier.** Nous l'avons bien compris, le projet régional de santé est constitué d'éléments très divers. Naturellement, il doit prendre en compte un certain nombre de documents existants, notamment les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Ces schémas, qui



sont établis en partenariat par les départements et l'État, visent à programmer, de façon pluriannuelle, un certain nombre de réalisations ou d'aménagements dans des secteurs touchant aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou à l'enfance.

Aujourd'hui, un certain nombre de questions restent en suspens. Ainsi, nous avons été contraints d'inventer la réponse positive avec classement, qui consiste à renvoyer aux calendes grecques la réalisation d'un établissement pour lequel un accord a été donné. À cet égard, il faut saluer le remplacement de la présentation de projets par l'appel à projets et la suppression du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, le CROSMS. Mais il est bien évident que le projet régional de santé peut être l'addition des différents schémas départementaux établis conjointement par l'État et les départements.

Il s'agit d'un amendement de précision.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous verrons à l'article L. 1434-10 relatif aux schémas régionaux d'organisation médico-sociale que ceux-ci doivent veiller à l'articulation et à la cohérence de l'offre médico-sociale relevant de l'ARS, et donc de l'État, avec les schémas départementaux, qui sont de la compétence des conseils généraux. Si le projet régional de santé se contentait, en matière médico-sociale, de reprendre les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, cela pourrait vouloir dire que l'État renoncerait à ses actions propres, ce qui ne serait évidemment pas souhaitable.

Pour toutes ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur le sénateur, comme vient de le dire M. le rapporteur, votre proposition de constituer le SROS à partir de l'agrégation des schémas départementaux conduirait à ignorer toute la partie qui relève de la déconcentration sur le territoire de l'enveloppe que l'assurance maladie consacre au secteur médico-social, soit 7,5 milliards d'euros

Le projet de loi ne modifie en rien la répartition des compétences entre les conseils généraux et les services de l'État qui seront transférés à l'ARS. En particulier, les conseils généraux conservent la pleine responsabilité de l'élaboration des schémas départementaux.

Le schéma régional élaboré par l'ARS a bien vocation à définir les actions et financements que celle-ci consacrera aux établissements et services médico-sociaux relevant de sa compétence. Mais il est essentiel que le directeur général de l'ARS ait la maîtrise d'un schéma qui engage directement les financements de l'agence.

Par ailleurs, le schéma régional et les schémas départementaux n'ont pas le même objet. Les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définissent les réponses de proximité à apporter aux besoins, sous des formes qui dépassent la seule offre médico-sociale, alors que le schéma régional ne porte que sur cette offre médico-sociale.

Il s'agit donc là d'exercices complémentaires, mais distincts. Les procédures de concertation et les instances mises en place par le projet de loi visent à en favoriser la cohérence, mais sans prééminence d'un acteur sur l'autre et sans confusion non plus des rôles et des compétences.

La création de ces fameuses commissions de coordination a bien pour but de faire en sorte que les schémas départementaux portés par les conseils généraux et la politique suivie par les directeurs des ARS pour les crédits qui relèvent de la compétence de l'État puissent être élaborés de manière coordonnée et complémentaire, de façon à articuler les politiques en amont. Les commissions d'appels à projets, en favorisant un dialogue préalable, permettront enfin d'associer autorisations et financements, de telle sorte que, dans le respect des compétences de chacun, les objectifs des uns et des autres seront pris en considération.

Nous devrions ainsi éviter les situations de blocage et répondre aux attentes des conseils généraux comme de l'État quant à une meilleure coordination des politiques conduites.

Sous le bénéfice de ces explications, je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur le sénateur.

**M. le président.** Monsieur Mercier, l'amendement n° 1141 est-il maintenu ?

**M. Michel Mercier.** Je ne sais pas encore si je le retire, monsieur le président ! (*Sourires.*)

Je crois que nous ne parlons pas de la même chose. Actuellement, les schémas départementaux sont discutés, élaborés et approuvés par le département et le préfet. Il s'agit donc d'un travail commun. Rien n'est plus inexact que de prétendre que le département fixe seul des objectifs, et qu'il dénonce par la suite le manque des moyens octroyés par l'État pour les réaliser. Pour ces raisons, il me semblait nécessaire de revoir les modalités d'élaboration de ces schémas qui, bien que départementaux, sont l'œuvre non pas d'une collectivité locale, mais de l'État : le préfet est le représentant de l'État !

Aujourd'hui – vous le savez parfaitement, madame la ministre – c'est la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, qui décide, par le biais d'un PRIAC, ou programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie, de la répartition des crédits : un établissement par an dans le Rhône... C'est peu !

Si l'on veut que cela fonctionne bien, il faut non pas opposer le préfet au directeur de l'ARS, mais plutôt les faire travailler ensemble. Tel est mon objectif ! Si vous pensez que ce n'est ni utile ni nécessaire, nous nous débrouillerons une fois que la loi aura été votée.

Dans une semaine, cela fera trente et un ans que je suis élu local. Par conséquent, je connais un peu ces questions !

**M. le président.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** S'agissant du travail qui est réalisé en liaison avec les conseils généraux, nous avons prévu des délégations départementales précisément pour prendre en compte, au plus près du terrain et surtout dans le champ médico-social, les préoccupations de chaque département. Simplement, la commission de coordination sera le lieu où l'on pourra ajuster et articuler les objectifs fixés par l'État par le biais du PRIAC avec ceux des conseils généraux, et ce dans le respect des compétences des uns et des autres.

Nous avons le souci de respecter le principe de libre administration des collectivités locales. Pour autant, par ce travail de coordination, nous voulons que l'État et les conseils généraux puissent construire ensemble cette dynamique.

J'espère vous avoir rassuré, monsieur le sénateur.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Nous nous posons le même type de questions.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous vous avons apporté les réponses !

**M. Guy Fischer.** Mme la secrétaire d'État défend ses idées avec conviction, mais cela ne veut pas dire que ce sont les politiques qui seront appliquées.

**M. François Autain.** Bien sûr !

**M. Guy Fischer.** Nous considérons que le montage juridique propre aux futures agences régionales de santé fait peu de cas de l'existant. C'est aussi, me semble-t-il, ce qui ressort de la réflexion de M. Mercier.

Les amendements de nos collègues Michel Mercier et Yves Daudigny – tous deux présidents de conseil général – ne sont pas bénins et participent de ce constat en ce qui concerne la prise en compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale ; ils expriment une inquiétude, une interrogation.

On ne peut en effet concevoir des objectifs et une programmation en matière sanitaire, et surtout médico-sociale, si l'on oublie le rôle spécifique des collectivités dans ce domaine. Sauf à considérer que, sous certains aspects, avec l'article 26, nous sommes d'ores et déjà confrontés au contenu de la réforme des collectivités locales telle qu'elle a été pensée par le Président de la République : les départements seraient non plus de véritables partenaires des politiques publiques, mais de simples exécutants d'une déclinaison de politiques définies par l'État et déconcentrées entre des départements qui, de toute évidence, seraient alors des victimes plus ou moins consentantes.

Dans ces conditions, on mesure immédiatement les enjeux du débat. Alors même que les compétences des départements en matière médico-sociale ont permis le développement des structures d'accueil, la diversité des réponses aux besoins collectifs posés par le handicap, l'accueil des plus vulnérables, la prise en charge de la dépendance et de la perte d'autonomie des personnes âgées, voilà que l'action des directeurs d'ARS pourrait freiner ce dynamisme et remettre en question les choix des départements, ceux du Rhône par exemple !

Telles sont les questions que nous nous posons. Le Gouvernement nous a répondu, notamment par la voix de Mme Valérie Létard. Nous souhaitons vraiment que ces projets se concrétisent.

Sans doute allez-vous avancer le nombre de places qui ont été créées. Mais il faut que les personnes âgées dépendantes puissent accéder à un établissement dans des conditions financières acceptables, sans que le reste à charge devienne de plus en plus important pour les familles. C'est l'un des problèmes les plus difficiles que nous ayons à résoudre. Le projet de loi sur la dépendance que nous examinerons peut-être à l'automne traduira ces vives préoccupations.

**M. le président.** Monsieur Mercier, l'amendement n° 1141 est-il maintenu ?

**M. Michel Mercier.** M. le rapporteur nous ayant indiqué que cette question se poserait à nouveau à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, nous attendons cet article pour poursuivre le débat. Pour l'heure, je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 1141 est retiré.

La suite de la discussion débat est renvoyée à une prochaine séance.

4

#### DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE LOI

**M. le président.** J'ai reçu de M. Jean Louis Masson une proposition de loi tendant à exiger qu'en cas de plan de licenciement économique les éventuelles offres de reclassement correspondent à des emplois et à des niveaux de salaires équivalents.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 435, distribuée et renvoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

5

#### TEXTES SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

**M. le président.** J'ai reçu de M. le Premier ministre les textes suivants, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

- Initiative de la République tchèque en vue de l'adoption par le Conseil d'une décision modifiant le cahier des charges du réseau de consultation Schengen ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4481 ;

- Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu du travail. Nomination de M. Mikael Sjöberg, membre suppléant suédois en remplacement de Mme Barbro Köhler Krantz, membre démissionnaire ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4482 ;

- Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu du travail. Nomination de M. Giuseppe Mastropietro, membre italien en remplacement de Mme Lea Battistoni, membre démissionnaire ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4483 ;

- Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu du travail. Nomination de Mme Fabiola Leuzzi, membre italien en remplacement de M. Luigi Casano, membre démissionnaire ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4484 ;

- Renouveau du Comité consultatif pour la libre circulation des travailleurs. Nomination des membres titulaires maltais et d'un membre suppléant maltais dans la catégorie des représentants des gouvernements ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4485.

6

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mardi 26 mai 2009 :

À neuf heures trente :

1. Questions orales.

*(Le texte des questions figure en annexe).*

À quinze heures et le soir :

2. Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

*(La séance est levée le mardi 26 mai 2009, à zéro heure trente-cinq.)*

*La Directrice  
du service du compte rendu intégral,  
MONIQUE MUYARD*

---



---

## NOMINATIONS DE RAPPORTEURS

*Commission des affaires étrangères et de la défense*

M. Bernard Piras a été nommé rapporteur du projet de loi n° 272 (2007-2008) autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et l'Organisation internationale de police criminelle-Interpol (OIPC-Interpol) relatif au siège de l'organisation sur le territoire français.

*Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation*

M. Adrien Gouteyron a été nommé rapporteur du projet de loi n° 357 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Géorgie en vue d'éviter les doubles impositions et de prévenir l'évasion fiscale en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune.

M. Philippe Marini a été nommé rapporteur du projet de loi n° 424 (2007-2008), adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires

*Commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale*

M. Laurent Bêteille a été nommé rapporteur sur la proposition de loi n° 372 (2008-2009), adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et à améliorer l'accompagnement médical et social des victimes.

## ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

Commission chargée d'examiner les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de jeux

En application du décret n° 2009-334 du 26 mars 2009, M. le Président du Sénat a désigné M. François TRUCY, le 20 mai 2009, en qualité de membre de la commission chargée d'examiner les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de jeux.

## QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

*AVENIR DES ENSEIGNANTS CONTRACTUELS  
DU SECOND DEGRÉ*

n° 572 - Le 28 mai 2009 - **Mme Maryvonne BLONDIN** attire l'attention de **M. le ministre de l'éducation nationale** sur la prise en compte de l'avenir des enseignants contractuels dans le projet de loi portant réforme du recrutement des enseignants du second degré.

Le concours du CAPES est aujourd'hui accessible avec un niveau minimum Bac+3 et c'est également à ce niveau que s'effectue le recrutement des enseignants contractuels affectés à des missions de remplacements par le rectorat. Le projet de réforme prévoit d'élever le recrutement des enseignants du second degré au niveau Master 2. Or, ce nouveau cadre est susceptible de créer une rupture pour les enseignants contractuels en exercice car ces derniers ne disposent pas obligatoirement d'un diplôme de niveau Master 2. Ces enseignants au statut précaire bénéficient d'une multiplicité d'expériences à forte valeur ajoutée pour l'enseignement public et jouent un rôle essentiel dans la gestion des effectifs d'une académie.

En conséquence elle lui demande de mieux reconnaître le rôle des enseignants contractuels et de prendre en compte, dans le cadre de la réforme engagée, la nécessité de sécuriser la continuité de leur statut.



# ANNEXES AU PROCES VERBAL

## de la séance

### du lundi 25 mai 2009

#### SCRUTIN n° 167

sur l'amendement n° 924, présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche et l'amendement n° 1040, présenté par MM. Yves Daudigny, Jacky Le Menn, Bernard Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés à l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Nombre de votants .....	337
Suffrages exprimés .....	329
Pour .....	143
Contre .....	186

Le Sénat n'a pas adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

##### GRUPE COMMUNISTE, REPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

*Pour* : 24

##### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DEMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEEN (17) :

*Pour* : 4 Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Jacques Mézard, Jean Milhau, Raymond Vall

*Contre* : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

*Abstention* : 8

*N'ont pas pris part au vote* : 3 MM. Nicolas Alfonsi, Jean-Michel Baylet, Michel Charasse

##### GRUPE SOCIALISTE (115) :

*Pour* : 115

##### GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

*Contre* : 28

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Jean-Léonce Dupont - qui présidait la séance

##### GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

*Contre* : 150

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Gérard Larcher - président du Sénat

##### REUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

*Contre* : 6

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Jean Louis Masson

#### Ont voté pour :

Jacqueline Alquier	Michelle Demessine	Josiane Mathon-Poinat
Michèle André	Christiane Demontès	Pierre Mauroy
Serge Andreoni	Jean Desessard	Rachel Mazuir
Bernard Angels	Evelyne Didier	Jean-Luc Mélenchon
Jean-Etienne Antoinette	Claude Domeizel	Louis Mermez
Alain Anziani	Josette Durrieu	Jacques Mézard
Éliane Assassi	Anne-Marie Escoffier	Jean-Pierre Michel
David Assouline	Alain Fauconnier	Jean Milhau
Bertrand Auban	Jean-Luc Fichet	Gérard Miquel
François Autain	Guy Fischer	Jean-Jacques Mirassou
Robert Badinter	Thierry Foucaud	Jacques Muller
Marie-France Beaufile	Jean-Claude Frécon	Robert Navarro
Jean-Pierre Bel	Bernard Frimat	Isabelle Pasquet
Claude Bérit-Débat	Charles Gautier	Jean-Marc Pastor
Jacques Berthou	Samia Ghali	Georges Patient
Jean Besson	Jacques Gillot	François Patriat
Michel Billout	Jean-Pierre Godefroy	Daniel Percheron
Marie-Christine Blandin	Brigitte Gonthier-Maurin	Jean-Claude Peyronnet
Maryvonne Blondin	Jean-Noël Guérini	Bernard Piras
Yannick Bodin	Didier Guillaume	Roland Povinelli
Nicole Bonnefoy	Claude Haut	Gisèle Printz
Nicole Borvo Cohen-Seat	Edmond Hervé	Marcel Rainaud
Yannick Botrel	Odetta Herviaux	Jack Ralite
Didier Boulaud	Gélita Hoarau	Daniel Raoul
Alima Boumediene-Thiery	Robert Hue	Paul Raoult
Martial Bourquin	Annie Jarraud-Vergnolle	François Rebsamen
Bernadette Bourzai	Claude Jeannerot	Daniel Reiner
Michel Boutant	Bariza Khiari	Ivan Renar
Nicole Bricq	Virginie Klès	Thierry Repentin
Jean-Pierre Caffet	Yves Krattinger	Roland Ries
Claire-Lise Champion	Philippe Labeyrie	Michèle San Vicente-Baudrin
Jean-Louis Carrère	Serge Lagache	Patricia Schillinger
Françoise Cartron	Serge Larcher	Mireille Schurch
Bernard Cazeau	Françoise Laurent Perrigot	Michel Sergent
Monique Cerisier-ben Guiga	Gérard Le Cam	René-Pierre Signé
Yves Chastan	Jacky Le Menn	Jean-Pierre Sueur
Jacqueline Chevé	Raymonde Le Texier	Simon Soutour
Gérard Collomb	Alain Le Vern	Catherine Tasca
Pierre-Yves Collombat	André Lejeune	Odette Terrade
Roland Courteau	Claudine Lepage	Michel Teston
Jean-Claude Danglot	Claude Lise	René Teulade
Yves Daudigny	Jean-Jacques Lozach	Jean-Marc Todeschini
Yves Dauge	Roger Madec	Richard Tuheiaiva
Marc Daunis	Philippe Madrelle	Raymond Vall
Annie David	Jacques Mahéas	André Vantomme
Jean-Pierre Demerliat	François Marc	Bernard Vera
	Jean-Pierre Masseret	Jean-François Voguet
	Marc Massion	Dominique Voynet
		Richard Yung

#### Ont voté contre :

Nicolas About	Jean-Paul Amoudry	Denis Badré
Philippe Adnot	Pierre André	Gérard Bailly
Jean-Paul Alduy	Jean Arthuis	Gilbert Barbier

René Beaumont	Muguette Dini	Hubert Haenel	Jean-Claude Merceron	Jackie Pierre	Janine Rozier
Michel Bécot	Éric Doligé	Françoise Henneron	Michel Mercier	François Pillet	Bernard Saugéy
Claude Belot	Philippe Dominati	Pierre Hérisson	Lucette Michaux-	Xavier Pintat	Bruno Sido
Pierre Bernard-	Michel Doublet	Marie-Thérèse	Chevry	Louis Pinton	Esther Sittler
Raymond	Daniel Dubois	Hermange	Alain Milon	Rémy Pointereau	Daniel Soulage
Laurent Bétéille	Alain Dufaut	Michel Houel	Aymeri de	Christian Poncelet	Michel Thiollière
Joël Billard	André Dulait	Alain Houpert	Montesquiou	Ladislav Poniatsowski	André Trillard
Claude Biwer	Catherine Dumas	Jean-François	Albéric de Montgolfier	Hugues Portelli	Catherine Troendle
Jean Bizet	Ambroise Dupont	Humbert	Catherine Morin-	Yves Pozzo di Borgo	François Trucy
Jacques Blanc	Bernadette Dupont	Christiane Hummel	Desailly	Catherine Procaccia	Alex Türk
Paul Blanc	Louis Duvernois	Benoît Huré	Philippe Nachbar	Jean-Pierre Raffarin	Jean-Marie
Pierre Bordier	Jean-Paul Emorine	Jean-Jacques Hyest	Louis Nègre	Henri de Raincourt	Vanlerenberghe
Didier Borotra	Jean-Claude Etienne	Soibahadine Ibrahim	Jacqueline Panis	Bruno Retailleau	Alain Vasselle
Joël Bourdin	Pierre Fauchon	Ramadani	Monique Papon	Charles Revet	René Vestri
Brigitte Bout	Jean Faure	Pierre Jarlier	Charles Pasqua	Philippe Richert	Jean-Pierre Vial
Jean Boyer	Françoise Férat	Jean-Jacques Jégou	Philippe Paul	Josselin de Rohan	Jean-Paul Virapoullé
Dominique Braye	André Ferrand	Sophie Joissains	Anne-Marie Payet	Roger Romani	François Zocchetto
Marie-Thérèse	Louis-Constant	Jean-Marc Juhlhard			
Bruguière	Fleming	Christiane			
Elie Brun	Gaston Flosse	Kammermann			
François-Noël Buffet	Alain Fouché	Fabienne Keller			
Christian Cambon	Jean-Pierre Fourcade	Joseph Kergueris	Jean-Pierre	François Fortassin	Jean-Pierre Plancade
Jean-Pierre Cantegrit	Bernard Fournier	Alain Lambert	Chevènement	Françoise Laborde	Robert Tropeano
Jean-Claude Carle	Jean-Paul Fournier	Marc Laménie	Yvon Collin	Daniel Marsin	François Vendasi
Auguste Cazalet	Jean François-Poncet	Élisabeth Lamure			
Gérard César	Christophe-André	André Lardeux			
Alain Chatillon	Frassa	Robert Laufoaulu			
Jean-Pierre Chauveau	Yann Gaillard	Daniel Laurent			
Marcel-Pierre Cléach	René Garrec	Jean-René Lecerf			
Christian Cointat	Joëlle Garriaud-	Dominique Leclerc			
Gérard Cornu	Maylam	Antoine Lefèvre			
Raymond Couderc	Christian Gaudin	Jacques Legendre			
Jean-Patrick Courtois	Jean-Claude Gaudin	Dominique de Legge			
Philippe Dallier	Gisèle Gautier	Jean-François Le			
Philippe Darniche	Jacques Gautier	Grand			
Serge Dassault	Patrice Gélard	Jean-Pierre Leleux			
Isabelle Debré	Bruno Gilles	Philippe Leroy			
Robert del Picchia	Adrien Giraud	Gérard Longuet			
Christian Demuyneck	Colette Giudicelli	Simon Loueckhote			
Marcel Deneux	Nathalie Goulet	Roland du Luart			
Gérard Dériot	Jacqueline Gourault	Michel Magras			
Marie-Hélène Des	Alain Gournac	Lucienne Malovry			
Esgaulx	Adrien Gouteyron	Philippe Marini			
Béatrice Descamps	Sylvie Goy-Chavent	Pierre Martin			
Sylvie Desmarescaux	Francis Grignon	Hervé Maurey			
Denis Detcheverry	Charles Guené	Jean-François Mayet			
Yves Détraigne	Michel Guerry	Colette Mélot			

**Abstentions :**

Jean-Pierre	François Fortassin	Jean-Pierre Plancade
Chevènement	Françoise Laborde	Robert Tropeano
Yvon Collin	Daniel Marsin	François Vendasi

**N'ont pas pris part au vote :**

Nicolas Alfonsi, Jean-Michel Baylet, Michel Charasse, Jean Louis Masson.

**N'ont pas pris part au vote :**

Gérard Larcher - président du Sénat , Jean-Léonce Dupont - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants .....	338
Nombre des suffrages exprimés .....	330
Majorité absolue des suffrages exprimés ..	166
Pour l'adoption .....	143
Contre .....	187

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus





## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>03</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>171,30</b>
<b>33</b>	Questions ..... 1 an	<b>118,90</b>
<b>83</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>29,40</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT</b>	
<b>05</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>153,30</b>
<b>35</b>	Questions ..... 1 an	<b>86,10</b>
<b>85</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>26,00</b>
<b>95</b>	Table questions ..... 1 an	<b>18,10</b>
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>07</b>	Série ordinaire ..... 1 an	<b>894,50</b>
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT</b>	
<b>09</b>	Un an .....	<b>865,90</b>

**En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande**

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(\*) Arrêté du 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

---

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15  
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

---

**Prix du numéro : 2,50 €**