

PROJET DE LOI

**DIFFÉRENCIATION, DÉCENTRALISATION,
DÉCONCENTRATION, SIMPLIFICATION
DE L'ACTION PUBLIQUE LOCALE**

Première lecture



La commission des affaires sociales a reçu **délégation au fond** pour l'examen de **10 articles** du projet de loi (31 à 38, 57 et 78), portant sur la santé ainsi que sur les compétences sociales et médico-sociales des collectivités territoriales.

La commission a regretté le caractère disparate et la faible portée de ces dispositions, qui se superposent pour certaines à d'autres réformes envisagées par le Gouvernement.

Elle a adopté **39 amendements** dont 18 de son rapporteur pour avis afin d'en rehausser l'ambition ou d'en clarifier la portée.

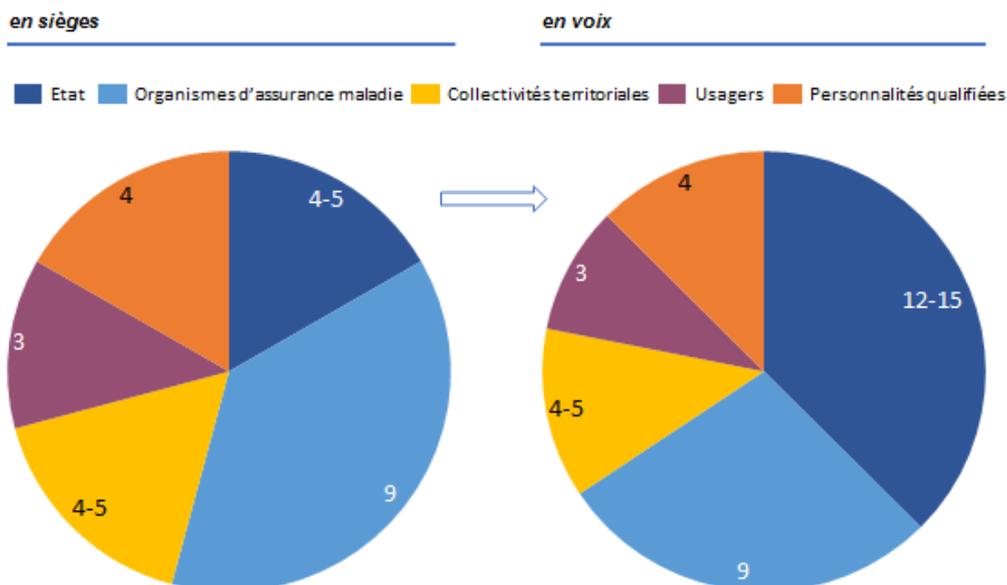
1. UN VOLET SANTÉ PEU AMBITIEUX : CONSACRER LE RÔLE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES COMME PARTENAIRES DE L'ÉTAT**A. LA GOUVERNANCE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : UNE ÉVOLUTION A MINIMA À PARACHEVER POUR RENFORCER LE POIDS DES ÉLUS LOCAUX**

L'**article 31** du projet de loi transforme, suivant un engagement du Ségur de la santé, le conseil de surveillance des ARS en **conseil d'administration**, en ne modifiant cependant qu'à la marge sa composition et ses attributions :

- il attribue trois vice-présidences, dont deux à des représentants des collectivités territoriales ;
- il étend les prérogatives de ce conseil à la fixation des grandes orientations de la politique de contractualisation de l'agence avec les collectivités territoriales et prévoit la transmission d'un bilan sur l'exécution des crédits du fonds d'intervention régional (FIR).



Composition actuelle du conseil de surveillance des ARS



Source : commission des affaires sociales du Sénat (à partir des articles L. 1432-3 et D. 1432-15 du code de la santé publique)

Considérant les évolutions engagées par le projet de loi comme symboliques au regard des enjeux mis en évidence par la crise sanitaire,

la commission des affaires sociales a renforcé le poids des élus locaux au sein de cette instance afin de consolider l'ancrage territorial des politiques de santé.

Les modifications adoptées se traduisent par :

- la **coprésidence du conseil d'administration par le président du conseil régional**, aux côtés du préfet de région qui préside ce conseil depuis la création des ARS ;
- le **rééquilibrage des voix** au sein de ce conseil entre les représentants de l'État – lesquels disposent à l'heure actuelle de trois voix chacun – et ceux des collectivités territoriales ;
- l'**ajout des groupements** de collectivités à la composition du conseil ;
- le **renforcement des prérogatives** de ce conseil – aujourd'hui ciblées sur le vote du budget de l'agence – **en soumettant à son approbation (plutôt qu'à son simple avis) le projet régional de santé**, document stratégique de planification de la politique de santé à l'échelon régional.

La commission a également, à l'initiative de Bernard Jomier, renvoyé au décret la définition des missions spécifiques des **délégations départementales** des ARS, après consultation des associations d'élus locaux.

B. DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES SIMPLES CONTRIBUTRICES FINANCIÈRES À L'OFFRE DE SOINS : UNE VISION À CORRIGER

1. Sécuriser la participation des collectivités aux programmes d'investissements des établissements de santé

- L'**article 32** ouvre la possibilité pour les collectivités territoriales de **soutenir financièrement les programmes d'investissements des établissements de santé publics et privés.**

Cet article a soulevé de vives inquiétudes, les sénateurs craignant qu'il conduise à contraindre les collectivités à devoir systématiquement contribuer au financement, mais aussi, compte tenu des capacités financières très hétérogènes, qu'il aggrave les **inégalités territoriales en matière d'offre de soins**.

Aussi, à l'initiative du rapporteur, la commission a adopté trois amendements visant à encadrer cette faculté nouvelle :

- en insistant sur le **caractère volontaire de ce concours financier, qui doit uniquement soutenir les investissements relatifs aux équipements médicaux** ;
 - en prévoyant que ces contributions doivent être en **cohérence avec le schéma régional de santé** ;
 - en précisant les objectifs que doivent par nature privilégier les collectivités selon leur **niveau de proximité**.
- Concernant la gouvernance des établissements de santé, la commission des affaires sociales a adopté, à l'initiative de son rapporteur pour avis, un **article additionnel après l'article 31 pour supprimer la présence de parlementaires dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé** où siègent déjà les élus locaux. Le Sénat s'était engagé, lors de l'adoption de la motion tendant à opposer la question préalable en nouvelle lecture de la proposition de loi « Ségur » au printemps dernier, à supprimer un dispositif lourd et inadapté, alors adopté sans son aval.

2. Des évolutions concernant les centres de santé

L'article 34 prévoit une **compétence de promotion de l'accès aux soins de proximité pour les départements et limite la capacité de création et de gestion des centres de santé aux communes, à leurs groupements et aux départements**.

L'article 33 précise que les professionnels – administratifs ou de santé – exerçant, sous le régime du salariat, au sein des **centres de santé créés et gérés par des collectivités territoriales** peuvent être des agents de ces collectivités. Cette mesure présentée dans un objectif de sécurisation juridique consacre une pratique existante. Elle ne lève pas toutefois les limites des statuts existants en matière notamment de continuité de carrière des médecins de ces centres. La commission a adopté cet article sous réserve d'un amendement ajoutant la référence aux groupements également susceptibles de créer et de gérer de tels centres.



Nombre de centres de santé gérés par des collectivités territoriales



Part des centres de santé médicaux ou polyvalents gérés par des collectivités

Source : Observatoire des centres de santé, données pour 2019

3. Un retour de la compétence départementale de contribution à la sécurité sanitaire

À la suite de la loi NOTRe, les départements ont perdu la clause de compétence générale et se sont vus limiter leur compétence à une seule mission de **veille sanitaire**. Constatant des besoins de **soutien financier aux laboratoires d'analyse départementaux ou aux organismes à vocation sanitaire**, le Gouvernement ouvre à l'article 34 la possibilité aux départements de les financer en élargissant la compétence du département à la **contribution à la politique de sécurité sanitaire**.

C. UNE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE EN MATIÈRE DE SANTÉ À ENRICHIR

L'article 57 se borne à **inscrire dans le schéma régional de santé la déclinaison des accords-cadres en matière de coopération sanitaire frontalière** pour l'hexagone ou régionale dans les outre-mer. Cette disposition redondante relève de l'affichage et n'est pas de nature à elle seule à amplifier la dimension opérationnelle de ces coopérations, pourtant **nécessaires pour assurer une bonne continuité des soins et une réaction coordonnée en temps de crise sanitaire**.

La commission a adopté un **article additionnel** pour favoriser les coopérations au niveau des praticiens dans les bassins de vie transfrontaliers, en permettant d'associer des **professionnels étrangers aux communautés professionnelles territoriales de santé**.

2. UN ENSEMBLE DISPARATE DE MESURES EN MATIÈRE SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

A. L'EXPÉRIMENTATION D'UNE RECENTRALISATION DU RSA : UN PROJET INABOUTI

- **L'article 35** propose d'**expérimenter pendant cinq ans**, dans des départements volontaires, **la recentralisation du financement et de la gestion du revenu de solidarité active (RSA)**. Il s'agit de la réponse à une demande de la Seine-Saint-Denis, un département asphyxié financièrement par le dynamisme de ses dépenses sociales.

On peut toutefois s'interroger sur l'intérêt de lancer une telle expérimentation alors qu'aucun élément d'évaluation n'est disponible sur les recentralisations réalisées depuis 2019 dans trois départements d'outre-mer (la Guyane, Mayotte et La Réunion). Par ailleurs, des propositions tendant à accroître l'autonomie des départements en matière d'attribution du RSA qui ont été formulées par le Sénat répondent mieux aux besoins d'un grand nombre de départements et vont en sens contraire d'une reprise en main par l'État. Enfin, cet article renvoie à la loi de finances les modalités financières, pourtant cruciales, de la recentralisation, ce qui rend le dispositif proposé inabouti. La commission des affaires sociales a donc adopté, à l'initiative de son rapporteur, un **amendement de suppression** de cet article.

Aucun élément d'évaluation n'est disponible sur les recentralisations réalisées depuis 2019 dans trois départements d'outre-mer.

- Elle a en revanche adopté, à l'initiative de Sabine Drexler, un amendement portant **article additionnel après l'article 35** qui améliore les moyens de contrôle du président du conseil départemental à l'égard des bénéficiaires du RSA.

B. UNE COMPÉTENCE DE COORDINATION DU DÉVELOPPEMENT DE L'HABITAT INCLUSIF RENDUE PLUS PRÉCISE

- **L'article 36** donnait compétence au département pour coordonner le développement de l'habitat inclusif et l'adaptation des logements au vieillissement de la population. La commission a limité l'article au premier aspect, et l'a assorti de leviers plus opérationnels : en précisant son exercice par la conférence des financeurs de l'habitat inclusif, qui pourra assortir les projets d'une assistance technique, en l'inscrivant dans les documents de programmation de l'habitat, ainsi qu'en permettant la dérogation aux règles de droit commun d'attribution prioritaire de logement social et relatives aux services à la personne, afin de développer ceux-ci tout en optimisant l'occupation de celui-là.

- Après l'article 36, la commission a adopté, à l'initiative de Dominique Estrosi Sassone, un article additionnel pérennisant l'expérimentation, lancée en 2017, consistant pour les résidences universitaires à proposer des locations de courte durée à des publics prioritaires, dont un récent rapport d'évaluation a démontré l'utilité.

C. UN TRANSFERT DE LA TUTELLE DES PUPILLES DE L'ÉTAT QUI TROUVERAIT PLUS SA PLACE DANS LE PROJET DE LOI SUR LA PROTECTION DES ENFANTS

L'article 38 propose de **transférer la tutelle des pupilles de l'État**, aujourd'hui exercée par le préfet de département, au président du conseil départemental. La commission des affaires sociales a considéré que les conditions d'application de ce transfert dans tous les départements, notamment en termes de moyens, n'étaient pas précisées par cet article et qu'il était préférable de discuter de l'opportunité de cette mesure dans le cadre du projet de loi relatif à la protection des enfants, actuellement examiné par l'Assemblée nationale. **Elle a donc supprimé cet article.**

D. CIAS, FORMATION PROFESSIONNELLE : DES MESURES PONCTUELLES RÉPONDANT À DES BESOINS LOCAUX

- L'article 37 ouvre aux communautés urbaines et aux métropoles la possibilité de créer un **centre intercommunal d'action sociale (CIAS)**, qui n'est aujourd'hui ouverte qu'aux communautés de communes et aux communautés d'agglomération. Les communautés urbaines et métropoles ayant déjà la possibilité d'exercer, à titre facultatif, des compétences d'action sociale, ce dispositif ne bouleverse pas la répartition des compétences au sein du bloc communal et offre des garanties suffisantes aux communes membres de ces établissements.

La commission a apporté une **clarification aux dispositions actuelles** concernant les communautés de communes et d'agglomération en prévoyant que tout ou partie de la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire de l'établissement intercommunal soit transféré au CIAS, lorsqu'il est créé.

- Enfin, l'article 78 permet la **création, dans les régions d'outre-mer, d'une nouvelle catégorie d'établissement public industriel et commercial (EPIC) compétent en matière de formation professionnelle**. Ces collectivités pourront ainsi se doter d'un instrument en mesure de combler l'absence de l'Agence pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) et les carences de l'offre privée de formation professionnelle.

Le dispositif répond en particulier à la situation de la Guadeloupe, où l'établissement public existant a un statut d'établissement public administratif (EPA) qui l'empêche d'intervenir dans le champ concurrentiel. La commission propose d'adopter cet article en saisissant cette occasion pour **supprimer des dispositions inappliquées et obsolètes.**



Catherine Deroche
Sénateur (LR) de Maine-et-Loire
Présidente



Alain Milon
Sénateur (LR) de Vaucluse
Rapporteur

Consulter le dossier législatif

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl20-588.html>

