

# COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Mardi 26 mai 2009

QUESTIONS ORALES

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)

## SOMMAIRE

<b>ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE (Candidature).....</b>	<b>1</b>
<b>QUESTIONS ORALES.....</b>	<b>1</b>
<i>Pollution de la porcherie industrielle de Chantegeay</i>	1
<i>Raccordement des caravanes aux réseaux d'eau et d'électricité</i>	2
<i>Accès à la TNT dans la Creuse</i>	2
<i>Zones franches urbaines et géographie médicale</i>	3
<i>Maison médicale de garde de Saint-Affrique</i>	4
<i>Création d'unités d'éveil en Alsace</i>	4
<i>Situation d'Airbus et évolution du dossier A400M</i>	5
<i>Situation des contrôleurs des impôts promus inspecteurs des impôts avant le 1er janvier 2007</i>	6
<i>Difficultés de financement des PME</i>	7
<i>Recensement et dotations des communes</i>	8
<i>Sapeurs-pompiers volontaires</i>	8
<i>Emploi en Guyane</i>	9
<i>Délocalisation de services pénitentiaires</i>	9
<i>Avenir des IUT</i>	10
<i>CAF du Val-de-Marne</i>	11
<i>Soutien aux crèches interentreprises</i>	12
<i>Aide aux entreprises adaptées</i>	13
<i>Suppression de la taxe professionnelle</i>	14
<b>HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite) .....</b>	<b>14</b>
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	15
Article 26 (Suite)	15
Article L. 1434-2 du code (Suite)	15
Article L. 1434-3 du code	17
Article L. 1434-5 du code	19
Article L. 1434-6 du code	21
Article L. 1434-7 du code	28
Article L. 1434-10 du code	30
Article L. 1434-10-1 du code	34
Article L. 1434-14 du code	36
Article L. 1434-15 du code	36
Division additionnelle	38
Article L. 1435-1 du code	39
Article L. 1435-2 du code	42
Article L. 1435-3 du code	42
Article L. 1435-4 du code	44
Article L. 1435-6 du code	48
Article L. 1435-7 du code	50
Article 27	52
Article L. 4031-2 du code	52
Article L. 4031-2 du code	53
Article L. 4031-3 du code	55
Article L. 4031-4 du code	56
Paragraphe additionnel	56
Article L. 162-33 du code	57

## SÉANCE du mardi 26 mai 2009

106<sup>e</sup> séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN,  
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :  
MME SYLVIE DESMARESCAUX, M. ALAIN DUFAUT.

*La séance est ouverte à 9 h 30.*

*Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.*

### Organisme extraparlamentaire (Candidature)

**M. le président.** – J'informe le Sénat que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation d'un sénateur appelé à siéger au sein du Conseil supérieur de l'énergie.

Conformément à l'article 9 du Règlement, j'invite la commission des affaires économiques à présenter une candidature. La nomination au sein de cet organisme extraparlamentaire aura lieu ultérieurement, dans les conditions prévues par l'article 9 du Règlement.

### Questions orales

**M. le président.** – L'ordre du jour appelle la réponse du Gouvernement à dix-huit questions orales.

#### *Pollution de la porcherie industrielle de Chantegeay*

**M. Alain Fouché.** – Malgré l'opposition de la population locale et des municipalités concernées, exprimée à l'occasion d'une enquête publique en novembre 2007, l'arrêté préfectoral autorisant l'exploitation de la porcherie industrielle de Chantegeay sur la commune de Chauvigny, dans la Vienne, a été signé le 21 octobre 2008. Cette installation, composée de deux bâtiments d'engraissement d'une surface unitaire de 3 113 m<sup>2</sup> et d'un bâtiment de post-sevrage d'une surface de 1 237 m<sup>2</sup> pour une production annuelle de 18 720 porcs gras, doit entraîner de graves conséquences sur l'environnement. Il est prévu un épandage de la production de lisier -12 240 m<sup>3</sup> par an sur une surface de 563 hectares, sur le territoire de quatre communes, et à moins de 1 000 mètres de la cité médiévale de Chauvigny, haut lieu du tourisme dans le département. La pollution des eaux

superficielles et souterraines par les nitrates est inévitable et la population alentour -7 600 habitants pour la seule ville de Chauvigny- devra supporter de surcroît les odeurs liées à l'épandage.

A l'heure du Grenelle de l'environnement et du développement durable, quelles dispositions le Gouvernement entend-il prendre pour éviter de telles implantations ? Envisagez-vous, madame la ministre, de modifier à l'avenir la réglementation afin que de telles situations ne se reproduisent plus, en particulier autour de fortes concentrations de population ? Je suis maire depuis vingt ans et puis vous dire que, contrairement à ce qu'affirme l'État à chaque arrêté d'implantation, les nuisances et les odeurs sont toujours au rendez-vous.

**Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie.** – L'installation de Chantegeay doit regrouper sur un seul site des activités existantes, sans augmentation d'effectif. Ce projet a été déposé en préfecture courant 2007 par un exploitant qualifié, qui pratique l'élevage de porcs depuis plus de vingt-cinq ans et gère une équipe de treize personnes.

Les élevages intensifs sont soumis à une réglementation très stricte, à laquelle les riverains sont attentifs. Le ministère suit de près la mise en conformité des installations, d'ici à 2012, avec la directive du 20 juillet 1998 concernant la protection des animaux dans les élevages.

Avec ses 6 968 animaux équivalents porcs, cette porcherie entre dans le cadre de la directive IPPC sur la prévention et la réduction intégrées de la pollution. L'instruction du dossier par les services des installations classées a été rigoureuse et le préfet a fixé, pour minimiser l'impact de l'installation, des prescriptions détaillées qui seront soumises à un contrôle rigoureux pendant toute la durée de vie de l'exploitation.

Le dossier de demande d'autorisation a été jugé complet et régulier, tant en ce qui concerne l'étude d'impact obligatoire que les mesures envisagées par le demandeur pour limiter les nuisances. Lors des enquêtes administrative et publique, les services ou communes concernés ainsi que toute personne intéressée par le projet ont pu se faire entendre. C'est sur le fondement des avis favorables de l'enquête publique et du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques que le préfet a délivré, le 21 octobre 2008, l'autorisation d'exploiter, qui reprend les prescriptions réglementaires fixées au niveau national. Ainsi, la technique du lavage d'air, reconnue comme l'une des meilleures pour l'élevage intensif de porcs, a été mise en place. Des prescriptions complémentaires prévoient que la porcherie sera située sur un site relativement isolé, à 800 mètres des premiers tiers et à 4 kilomètres de la ville de Chauvigny ; que les parcelles d'épandage se trouveront à plus de 2 kilomètres de la ville de Chauvigny, hors du passage

de ses vents dominants -quand la distance minimale réglementaire d'épandage est de 100 mètres.

Le Gouvernement est attentif à toute évolution réglementaire en la matière. Des propositions françaises sont en préparation pour actualiser le document européen de référence des meilleures techniques utilisables en élevage porcin. Nous participerons aux travaux du groupe d'experts européens chargés de cette actualisation lors d'une réunion qui doit se tenir prochainement à Séville dans le cadre de la directive IPPC.

**M. Alain Fouché.** – Je vous remercie, madame la ministre, de ces précisions. Je sais combien les procédures sont difficiles à modifier. J'ai bien noté votre engagement à assurer un contrôle strict de l'État sur le fonctionnement de l'installation.

#### *Raccordement des caravanes aux réseaux d'eau et d'électricité*

**Mme Anne-Marie Escoffier.** – M. Mézard, dont l'avion a été retardé, m'a priée de vous interroger, madame la ministre, sur un problème qui se pose à nombre de communes : celui des demandes de raccordement de caravanes installées sur des terrains agricoles aux réseaux d'eau potable et d'électricité. Doit-on accepter que des personnes qui ont délibérément choisi de s'établir sur des terrains impropres à l'habitation, et en l'absence de certificat d'urbanisme ou de permis de construire, puissent bénéficier de tels branchements qui, de surcroît, posent parfois des problèmes techniques difficiles à résoudre ?

Les dispositions de l'article L. 111-6 du code de l'urbanisme permettent au maire de s'opposer au branchement définitif aux réseaux d'eau, d'électricité, de gaz ou de téléphone d'une caravane installée en méconnaissance des règles d'urbanisme. Le Conseil d'État juge cependant qu'une commune ne peut s'opposer au raccordement provisoire aux réseaux d'eau et d'électricité. Or, toute la difficulté repose sur la notion de « provisoire », juridiquement très floue. Peut-on parler de branchement provisoire quand une caravane est installée depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, sur un terrain agricole ? Le Conseil d'État retient également la notion de « caractère d'urgence » pour motiver l'annulation d'un refus de raccordement au réseau EDF. Mais que recouvre exactement cette notion quand une caravane est durablement installée ?

Accorder des raccordements à des personnes installées illégalement sur des terrains non constructibles ne les incite-t-elles pas à faire perdurer une situation contraire au droit ? Comment mettre fin, madame la ministre, à ces situations inextricables ?

**Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie.** – La question que vous soulevez est complexe car elle engage à la fois les règles en matière d'occupation des sols et de stationnement, qui

relèvent en général de la compétence du maire, et le droit pour toute personne d'être alimentée par les services essentiels que constituent l'électricité ou l'eau.

Dans le cadre des missions qui lui sont imparties par la loi du 10 février 2000, le gestionnaire du réseau public de distribution est tenu de faire droit à toute demande de raccordement qui lui est présentée. Il ne lui appartient pas d'apprécier la légalité des autorisations d'urbanisme ou des règles de stationnement en vigueur sur la commune considérée. C'est seulement sur réquisition du maire, lorsque ce dernier estime que le demandeur du raccordement contrevient aux règles d'occupation des sols ou de stationnement prévues à l'article L. 111-6 du code de l'urbanisme qu'il est tenu de refuser le raccordement.

Mais le Conseil d'État a cependant jugé, en effet, que le maire ne peut s'opposer au raccordement électrique provisoire d'une caravane. Cette notion de raccordement provisoire s'applique au stationnement de caravanes mobiles sur des terrains aménagés à cet effet ou, en l'absence de tels aménagements, dans le respect des durées de stationnement fixées par le maire. Le branchement peut également être considéré comme provisoire lorsqu'il est demandé pour une raison particulière et une période limitée -saison froide, durée d'un chantier...

Quant aux stationnements d'une durée supérieure à trois mois, ce n'est que dans la mesure où le mode d'occupation des sols est susceptible de porter atteinte à la salubrité, à la sécurité ou à la tranquillité publique ou à la conservation des sites, des milieux ou encore aux règlements d'urbanisme que le maire peut refuser l'autorisation. Dans cette hypothèse, il doit signifier au gestionnaire de réseau son opposition au raccordement.

Le problème soulevé par l'installation de caravanes sur des terrains agricoles réside donc davantage dans la méconnaissance des règles d'urbanisme, dont l'application relève du maire, que dans le raccordement aux réseaux.

Enfin, la condition d'urgence est appréciée par le seul juge des référés, au cas par cas, dans le cadre d'une procédure de référé administratif.

**Mme Anne-Marie Escoffier.** – Merci de ces précisions. La complexité de la réglementation la rend difficile à appliquer pour les maires, confrontés à la mauvaise volonté de ces occupants.

#### *Accès à la TNT dans la Creuse*

**M. Jean-Jacques Lozach.** – Le passage à la TNT s'effectue selon le schéma national d'extinction progressive de la diffusion analogique terrestre. Une date d'arrêt doit être annoncée au moins neuf mois à l'avance pour chaque zone géographique -délai que la loi Hadopi, si elle n'est pas censurée, ramènera à trois mois et demi. La loi du 5 mars 2007 fixe l'objectif de

couverture de 95 % de la population métropolitaine fin 2011. Le CSA a certes prévu une couverture minimum de 91 % de la population par département, mais près de 10 % de la population, essentiellement rurale, restent privés d'accès !

L'argument du recours au satellite est mal reçu par la population et des élus. Le plan « France numérique 2012 » ambitionnait pourtant de réduire la fracture numérique. Or il y aura rupture de l'égalité devant le service public. Les collectivités territoriales devront financer l'implantation d'émetteurs ou d'équipements complémentaires afin d'assurer la continuité de la réception.

La TNT doit être accessible à tous. Je vous demande d'anticiper les conséquences du basculement au tout numérique dans la Creuse et d'accroître le taux de couverture afin qu'aucun habitant de ce département, permanent ou saisonnier, ne reste à l'écart à la date d'arrêt de la diffusion analogique.

**Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie.** – L'objectif légal de 95 % de couverture de la population en TNT par les émetteurs terrestres créait une disparité entre les départements très accidentés et les zones urbaines, couvertes à 100 %. C'est pourquoi le CSA a imposé un minimum de 91 % de couverture dans tous les départements qui atteignaient ce niveau en mode analogique. Ce minimum départemental ne constitue nullement un recul de 10 % : dans la Creuse, la différence entre la couverture analogique de France 2 et de la TNT sera proche de 1 %, aux limites de la précision de mesure.

Vous souhaitez une couverture à 100 %. En réalité, toutes les chaînes de la TNT sont déjà disponibles gratuitement sur satellite, en tout point du territoire, sur deux positions orbitales : TNTSat et Fransat. Le prix des adaptateurs, autour de 100 euros, doit rapidement se rapprocher du prix des adaptateurs TNT terrestres.

Conformément à la loi du 5 mars 2009, le Gouvernement publiera prochainement une étude qui permettra aux collectivités locales de faire les meilleurs choix en fonction de la taille des zones blanches résiduelles à l'arrêt de l'analogique. Elles pourront se faire attribuer des fréquences pour des émetteurs terrestres complémentaires mais la réception par satellite sera souvent un meilleur choix économique.

Je partage pleinement votre souci d'aménagement du territoire. Grâce à la technologie satellitaire, la TNT est d'ores et déjà disponible partout. C'était l'une des conditions, souhaitée par le Gouvernement et le Parlement, pour que l'extinction de l'analogique débute sous les meilleurs auspices.

**M. Jean-Jacques Lozach.** – Merci. Je note votre objectif de couverture intégrale, mais 2011, c'est demain ! Je me fais l'écho d'une double inquiétude : celle de populations souvent isolées et de collectivités locales souvent démunies, qui ont déjà dû mettre la

main à la poche pour assurer la desserte en téléphonie mobile et internet.

### *Zones franches urbaines et géographie médicale*

**M. Alain Fouché, en remplacement de M. Chauveau.** – Le dispositif des zones franches urbaines (ZFU), créé en 1997 pour favoriser l'installation d'entreprises dans les quartiers populaires, a fait la preuve de son succès, survivant d'ailleurs à l'alternance. Mais un dispositif aussi attractif risque toujours d'être détourné. En la matière, certains sont très imaginatifs. Ainsi, profitant de l'effet d'aubaine, certains professionnels de santé déplacent abusivement leurs cabinets médicaux ou paramédicaux dans ces zones franches, entraînant une excessive concentration de ces professions, au grand dam des quartiers périphériques ou des communes voisines. C'est le cas dans la ZFU du Mans, ou dans celle d'Alençon. Toutes les professions libérales sont concernées mais le cas des professionnels de santé est le plus choquant car il entraîne une inégalité d'accès aux soins. Ce déséquilibre accélère le mouvement de désertification médicale. C'est une question d'aménagement du territoire. Au-delà des restrictions existantes, quelles sont les mesures envisagées pour limiter ces implantations abusives ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – C'est la loi du 14 novembre 1996 qui définit les zones franches urbaines. D'autres textes précisent les aides à l'installation des médecins dans ces zones prioritaires, où l'exercice de la médecine est rendu difficile du fait, notamment, de la composante sociale et culturelle de la population et de sa précarisation : le praticien y tient un rôle à la fois social et médical. La sous-médicalisation conduit à des difficultés d'accès aux soins.

Sans revenir sur le dispositif des ZFU, qui relève de la politique de la ville, il faut cependant réfléchir à des dispositifs à la fois incitatifs pour les professionnels de santé, équitables entre territoires et dont l'impact sera supérieur aux effets d'aubaine.

Le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires, qui fait de l'accessibilité des soins une priorité, prévoit des mesures destinées à inciter les professionnels de santé à s'installer au plus près des besoins : il facilite l'orientation des jeunes médecins avant même la fin de leur cursus, favorise les coopérations, permet aux établissements de santé de créer et gérer des centres de santé et dote les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) d'un volet ambulatoire afin de définir une organisation des soins plus adaptée aux besoins, en lien avec les professionnels de santé, les élus et les usagers. Les agences régionales de santé fonctionneront comme un guichet unique pour les jeunes médecins qui se perdent dans le maquis des nombreuses aides existantes pour favoriser leur installation dans les zones sous-denses. Enfin, le SROS déterminera les zones de mise en œuvre des

mesures au plus près des besoins locaux, ce qui limitera d'éventuels effets d'aubaine.

**M. Alain Fouché.** – Je sais que vous êtes attentive à ces questions et vous en remercie. Il faut mieux orienter les médecins vers les zones rurales ou les quartiers difficiles.

#### *Maison médicale de garde de Saint-Affrique*

**M. Alain Fauconnier.** – Le centre hospitalier de Saint-Affrique a conçu, avec les praticiens libéraux, un projet de maison médicale de garde afin d'organiser la permanence des soins sur un secteur rural menacé de désertification. Des médecins libéraux y assureraient des consultations non programmées aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Ce dispositif connaît un succès certain et sa pertinence est reconnue par le schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 de la région Midi-Pyrénées.

La maison médicale de garde de Saint-Affrique doit être implantée au sein de l'hôpital, à proximité des urgences ; elle doit beaucoup à l'engagement volontaire des généralistes et à l'implication du centre hospitalier -qui peut douter du rôle éminent des hôpitaux de proximité dans l'organisation territorialisée des soins ? Ce partenariat anticipe d'ailleurs sur les dispositions du texte sur l'hôpital, actuellement en discussion devant le Sénat.

Le financement du projet est réparti entre le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins au titre de l'organisation des soins de ville, la CPAM, par redéploiement du financement des astreintes, et le centre hospitalier, qui engage ses moyens humains et logistiques. Professionnels et usagers attendent impatiemment l'aboutissement de ce projet innovant et peu onéreux.

L'ARH et la Ddass ont donné leur accord de principe, mais la CPAM de l'Aveyron oppose aux promoteurs du projet les termes de l'avenant n°4 de la convention des médecins libéraux et refuse la mise en place d'un régime dérogatoire de rémunération des astreintes. Fixé à 176 euros pour quatre heures, le coût de l'astreinte de la maison de garde représente une économie par rapport aux 150 euros actuels par secteur et par médecin. Ce montant minimum est indispensable pour préserver l'attractivité de la permanence des soins dans des territoires peu denses. La maison médicale du Saint-Affricain couvre six cantons de moyenne montagne s'étendant sur 1 542 km<sup>2</sup> et 23 800 habitants, dont plus du quart ont plus de 65 ans. Il faut trouver une solution, sauf à dissuader encore les jeunes médecins de s'installer dans nos zones rurales. Mais souhaite-t-on encore les y attirer ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – Comme vous l'indiquez, la CPAM oppose à ce projet l'impossibilité juridique de rémunérer les médecins autrement que de la façon prévue par l'avenant n°4 de la convention des

médecins libéraux. Le dispositif actuel est complexe et ne permet pas la souplesse nécessaire à la mise en place de structures adaptées aux spécificités de chaque territoire. Ce que vous dénoncez, je le déplore. C'est bien pourquoi le projet de loi sur l'hôpital place les missions qui sont aujourd'hui celles du préfet sous la responsabilité de l'ARS, afin de faire disparaître les cloisonnements qui entravent la bonne organisation de la permanence des soins. C'est ainsi l'agence qui déterminera l'organisation et les rémunérations spécifiques des médecins participant à la permanence des soins, ces rémunérations pouvant être forfaitaires ou différenciées selon les modalités pratiques d'organisation de la permanence des soins sur le territoire concerné.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, date d'entrée en fonction des ARS, des projets tels que la maison médicale de garde de Saint-Affrique pourront voir le jour.

**M. Alain Fauconnier.** – Les élus se sont beaucoup investis dans ce projet, qui est à l'étude depuis plus de six mois -preuve qu'on ne peut les marginaliser dans l'organisation des soins. Je doute que le transfert des missions du préfet à l'ARS améliore vraiment les choses. Il y a urgence. Une solution a bien été trouvée en Ariège, dont la CPAM a une interprétation plus souple des textes...

#### *Création d'unités d'éveil en Alsace*

**Mme Patricia Schillinger.** – Je souhaite relayer devant vous, madame la ministre, l'inquiétude des proches des personnes cérébro-lésées en Alsace. Ma région est en effet dépourvue d'unités d'éveil. Les personnes traumatisées crâniennes graves ont un besoin impérieux de soins et de stimulations, besoin qui ne peut être satisfait que dans de telles unités. A leur sortie des soins intensifs ou des services de réanimation, ces personnes sont aujourd'hui réorientées vers des services de neurologie ou de neurochirurgie, inadaptés.

Des recommandations ont pourtant été faites par de nombreuses circulaires ministérielles et l'ARH a reconnu, dans le schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011, la nécessité de créer au moins une unité d'éveil dans chaque département de la région. Les professionnels hospitaliers ont eux-mêmes élaboré des projets, dont la création à Mulhouse d'une unité de six lits qui devait être opérationnelle fin 2007 ; ce projet n'a pas encore abouti.

Cette situation suscite chez les familles des victimes frustration et indignation, et les contraint à la pire des solutions : attendre que l'état de leur proche devienne chronique pour qu'on le transfère enfin dans un service adapté. Mais pendant ce temps, de nombreuses victimes voient leur pronostic d'éveil compromis : autant de chances de guérison qui disparaissent. J'ajoute que la présence de ces malades dans des services inadaptés contribue à

l'engorgement de ceux-ci et entraîne des coûts importants.

Quelles mesures le Gouvernement entend-il prendre pour remédier à cette situation ? Des démarches sont-elles déjà en cours ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – L'Alsace est une des régions les mieux dotées pour la prise en charge des victimes de traumatismes crâniens ; le CHU de Strasbourg et les Hospices civils de Colmar disposent chacun de services de neurochirurgie de grande qualité. Seules manquent des unités d'éveil, que le schéma régional d'organisation sanitaire a d'ailleurs prévues. Si les malades cérébro-lésés sont aujourd'hui pris en charge dans des services dotés d'équipes et d'équipements de qualité, il est clair que la création d'unités d'éveil soulagerait ces services et permettrait à la région de disposer de la chaîne complète de traitement. Des économies pourraient même être réalisées.

Il ne s'agit donc pas d'une mesure d'économie prise au détriment des malades.

Pour renforcer cet engagement, le schéma interrégional d'organisation sanitaire a également prévu que les quatre autres régions du grand Est, non pourvues de services de ce type, développeraient une offre adaptée.

Avec l'ARH d'Alsace, nous nous sommes fixés des objectifs ambitieux pour les patients et nous financerons leur mise en œuvre. Je ne peux encore vous donner une date précise sur l'ouverture de ce service d'éveil mais il figure au tout premier rang de nos priorités.

**Mme Patricia Schillinger.** – Je suis heureuse de la prise en compte de ce dossier : il y a urgence et les familles n'en peuvent plus. J'espère que nous aurons l'occasion d'inaugurer dans les prochains mois un tel site. Nous comptons sur vous, madame la ministre.

#### *Situation d'Airbus et évolution du dossier A400M*

**M. Bertrand Auban.** – Ma question s'adressait à Mme la ministre de l'économie.

Airbus est le moteur de l'industrie et de l'emploi dans la Haute-Garonne. Il s'agit surtout d'une entreprise très importante pour l'économie nationale et européenne. Or, je suis inquiet des évolutions depuis l'adoption du plan *Power 8* en 2007 qui a prévu de supprimer 10 000 emplois, de réduire de 3 000 à 500 le nombre de fournisseurs de niveau 1 et d'installer diverses productions dans des zones dollar ou des pays à bas coût.

Pourtant, la situation financière et industrielle de l'entreprise n'est pas si sombre : depuis 2007, les carnets de commandes d'Airbus sont bien remplis : cette année, l'entreprise devrait enregistrer entre 300 et 400 commandes d'appareils. Le bénéfice 2008 d'Airbus avant impôts est de 1,79 milliard, soit 63 % du

bénéfice d'EADS. C'est pourquoi le plan *Power 8* doit faire l'objet d'un moratoire, surtout au moment où nous enregistrons des dizaines de milliers de chômeurs supplémentaires chaque mois. L'échec de la vente des sites de Méaultes et de Saint-Nazaire-Ville a conduit Airbus à créer une filiale, Aerolia, qui s'implante en Tunisie avec 750 embauches et 750 emplois supplémentaires chez des sous-traitants tunisiens, ce qui n'est certainement pas favorable à l'économie française et européenne.

Cette politique de baisse des coûts *via* des suppressions d'emploi, la filialisation, la pression sur les sous-traitants et les délocalisations est dangereuse pour notre économie, mais aussi pour l'entreprise.

Enfin, je suis très inquiet pour l'avenir de l'avion de transport militaire A400M pour lequel les États commanditaires envisagent d'appliquer de très importantes pénalités de retard, voire d'annuler leurs commandes, au point que le PDG d'Airbus n'exclut plus de mettre fin au programme. Si les États peuvent faire valoir le non-respect des échéances, ils ne peuvent pas pour autant s'exonérer de leurs propres responsabilités du fait des modifications des commandes qu'ils ont exigées.

Que pense le Gouvernement de la situation d'Airbus ? Compte-t-il demander à cette entreprise de mettre fin aux suppressions d'emplois et aux délocalisations ? Enfin, compte-t-il aider Airbus dans le dossier de l'A400M ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – Je veux vous présenter les excuses de Mme Lagarde qui accompagne M. le Président de la République dans un très important déplacement aux Émirats Arabes Unis.

Le programme *Power 8* lancé en 2007 par EADS prévoyait une économie de 2,1 milliards d'ici 2010, la suppression de 5 000 postes dans le périmètre Airbus et estimait des pertes d'emplois identiques dans la sous-traitance. Ce plan a été complété en septembre dernier par un second volet pour une économie supplémentaire de 650 millions d'ici 2012, notamment grâce à une internationalisation plus importante des activités d'*engineering* et de fabrication. Ce programme entraînera des sacrifices importants pour l'entreprise, pour les salariés et pour les partenaires industriels. Néanmoins, l'enjeu international est majeur et le Gouvernement estime que c'est grâce à des gains de parts de marché que le groupe pourra pérenniser des emplois à haute valeur ajoutée en France, dans son périmètre propre mais aussi chez ses sous-traitants.

Pour faire face à la concurrence très dure de Boeing, il faut gagner en compétitivité, optimiser les coûts, et donc arbitrer la localisation des activités en fonction de leur niveau technologique et des spécificités des ressources locales, d'où la création de la filiale tunisienne Aerolia. L'effort demandé à la filière est important. Fin 2008, Airbus chiffre à 5 000 le

nombre de suppression de postes en interne, sans licenciements, ce qui correspond à l'objectif que s'était donné le constructeur sur la base d'une situation économique qui était plus favorable qu'aujourd'hui.

Dans le contexte d'augmentation des cadences de production des années 2007 et 2008, il n'a pas été constaté de destructions d'emplois significatives dans la sous-traitance aéronautique. Bien au contraire, des projets créateurs d'emplois à moyen terme ont été lancés, notamment pour soutenir la production du futur A 350 sur les bassins de Nantes Saint-Nazaire mais aussi de Méaultes et de Toulouse. Ces projets ne sont pas remis en cause en dépit de la situation actuelle. La crise du trafic aérien entraîne en effet une chute brutale des commandes d'avions et un ralentissement de l'activité de production. Les mutations engagées dans le cadre de *Power 8* permettent à Airbus et à l'ensemble de la filière de mieux résister à la situation.

De même, les mesures du plan pour le secteur aéronautique annoncé dès 2007 par M. le Premier ministre à Marignane ont permis d'accélérer la mutation de la filière, notamment des PME qui sont très sensibles aux évolutions actuelles. L'action du Gouvernement a permis aux sous-traitants d'être plus robustes pour affronter la situation.

La France est très attachée au programme A400M et souhaite qu'il puisse aboutir car c'est à la fois une réponse adaptée aux besoins opérationnels des forces armées, c'est un projet structurant pour l'Europe de la défense, et un programme technologique important. Le ministre de la défense qui négocie ce dossier avec ses homologues répondra prochainement à une question sur ce sujet.

**M. Bertrand Auban.** – Je vous remercie, madame la ministre, d'avoir répondu à la place de Mme Lagarde : vous savez également être au chevet des entreprises qui traversent des turbulences. (*Sourires*)

Sur l'A400M, vous venez de nous dire que M. Morin nous apportera jeudi des précisions : nous sommes inquiets car si les Anglais n'en veulent plus, le projet risque d'être abandonné, ce qui aurait un impact très négatif sur Airbus.

En ce qui concerne les délocalisations, Airbus est protégé par rapport à la parité eurodollar grâce à une couverture au change jusqu'en 2010. Le groupe n'a donc pas pâti de la remontée de l'euro.

Avec le départ de 10 000 emplois qualifiés, si le secteur redémarre, il faudra réembaucher et on ne retrouvera pas forcément le personnel compétent. Cette entreprise est incontestablement le fleuron de la coopération européenne : il faut donc la protéger.

### *Situation des contrôleurs des impôts promus inspecteurs des impôts avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007*

**Mme Jacqueline Alquier.** – Près de soixante questions écrites ou orales vous ont été adressées, monsieur le ministre, au sujet de la situation des contrôleurs des impôts promus inspecteurs des impôts avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Or, jusqu'à présent, vos réponses laissent persister un fort sentiment d'injustice chez ces fonctionnaires. Le décret du 23 décembre 2006 a effectivement instauré de nouvelles règles de reclassement dans le grade d'inspecteur des impôts pour les nouveaux contrôleurs principaux des impôts promus.

Ce régime ne pose pas problème parce qu'il améliore la situation des nouveaux promus mais parce qu'il ne prévoit pas de mesures transitoires. Conséquence, les agents promus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007 sont défavorisés en matière de rémunération, d'avancement, de mutation, voire de retraite. Ainsi, après dix ans de carrière en catégorie A, la seule perte salariale se chiffrerait à 40 000 euros. Cette discrimination porte atteinte au principe d'égalité de traitement des fonctionnaires recrutés dans un même corps.

Certes, un décret ne peut disposer que pour l'avenir. Mais rien n'empêche de prendre des mesures transitoires pour corriger les effets négatifs d'un nouveau dispositif telles que celles dont les contrôleurs divisionnaires avaient bénéficié en 1997 après le décret de 1995. Mais le gouvernement d'alors avait peut-être un meilleur sens de l'équité !

Invoquer la jurisprudence du Conseil d'État est insuffisant. De fait, droit et justice ne coïncident pas toujours, raison pour laquelle le médiateur de la République a été créé ! Celui-ci, saisi notamment par mon intermédiaire, s'est au reste inquiété de cette inégalité de traitement frappant une centaine de fonctionnaires, inégalité qu'il a suggéré de résoudre par des mesures transitoires.

Monsieur le ministre, les solutions individuelles et partielles que vous avez prônées ne répondent pas au problème de fond. Seule une solution globale sera respectueuse de ces agents et de leur parcours professionnel, aussi méritant que celui des promus d'après le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Une erreur a été commise, dont vous n'êtes pas responsable, mais vous le deviendrez si vous ne la réparez pas. Pour sortir de l'impasse, pourquoi ne pas négocier avec le collectif des agents une réponse globale ?

**M. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique.** – Après avoir excusé l'absence de M. Woerth, ministre de la fonction publique, rappelons que le décret du 23 décembre 2006 constitue un dispositif plus favorable pour les agents promus sur liste d'aptitude au grade d'inspecteur avec un gain indiciaire d'une cinquantaine de points, contre 25

auparavant. J'assume cette volonté de valoriser les plus méritants d'autant que le Conseil d'État, dans une décision du 10 décembre 2004 à laquelle vous avez fait allusion, a jugé qu'une mesure s'appliquant aux agents recrutés à compter de son entrée en vigueur ne constituait pas une discrimination contraire au principe d'égalité des fonctionnaires d'un même corps.

Les agents promus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007 ne sont pas, contrairement à ce que vous affirmez, défavorisés. Concernant les mutations, l'administration des impôts a mis en œuvre, en concertation avec les représentants des personnels, un suivi pour s'assurer qu'un agent issu d'une promotion antérieure ne serait pas devancé par un agent promu après le 1<sup>er</sup> janvier 2007, suivi qui a bénéficié à quatre agents en 2008. S'agissant de l'avancement, le statut prévoit un nombre d'années de services effectifs en catégorie A pour accéder au grade supérieur, ce qui neutralise les effets du décret relatifs à la reprise d'ancienneté. Enfin, les agents promus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007 ont été autorisés à se porter candidats, même s'ils n'ont pas atteint l'échelon requis ; 54 d'entre eux en ont profité en 2008.

Ainsi, madame le sénateur, nous valorisons les mérites individuels tout en traitant avec équité les agents promus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**Mme Jacqueline Alquier.** – Encore une fois, la question est traitée de manière parcellaire. Vous continuez de demander aux agents de consentir des efforts, de passer des concours alors qu'une normalisation aurait dû intervenir. Vous demandez également l'élaboration du statut commun des personnels de catégorie A tout en renvoyant cette réforme aux calendes grecques. Les agents ne peuvent s'en satisfaire.

#### *Difficultés de financement des PME*

**M. Claude Biwer.** – Les difficultés des PME à se financer se sont aggravées avec la crise financière. Malgré les mesures prises par le Gouvernement -il a notamment enjoint les banques bénéficiaires de fonds publics à accorder des crédits aux entreprises et nommé un médiateur du crédit-, la France peine toujours à développer ses PME en raison de leur manque de fonds propres et, partant, de la réticence traditionnelle des banques à les financer par la dette.

Fort de ce constat, le conseil d'analyse économique, dans un récent rapport, propose de mettre en place des prêts garantis, plutôt que des prêts bonifiés ou des prêts fléchés, de faire émerger un marché obligataire à disposition des PME et de soustraire à l'impôt sur les sociétés une partie des frais d'affacturage qui échappent d'ailleurs au travail réel des PME car la réduction d'ISF, nous l'avons constaté, ne constitue pas une bonne solution pour les PME.

Pour renforcer leurs fonds propres, le conseil suggère de créer des marchés financiers européens pour les PME et, notamment, un marché de valeurs de

croissance à réglementations allégées commun, de réorienter la dépense publique en faveur de la recherche et du développement vers les entreprises de taille moyenne et l'épargne vers les PME, notamment l'assurance vie. Une proposition de loi de la députée Mme Brunel, reprenant cette dernière suggestion, sera bientôt examinée par le Sénat ; une autre de M. Arthuis, visant opportunément à réduire de trente à six mois le délai pour réinvestir les fonds collectés auprès des contribuables afin de renforcer l'efficacité de la réduction d'ISF au titre de souscription au capital des PME, a été déposée sur le bureau du Sénat.

Parce que le financement des PME, qui représentent 66 % de l'emploi marchand et 56 % de la valeur ajoutée marchande, est essentiel, ces propositions doivent être rapidement évaluées et mises en œuvre. Il y va de l'avenir de nos PME !

**M. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique.** – Permettez-moi d'excuser l'absence de M. Novelli, retenu ce matin. Le rapport du conseil d'analyse économique du 3 novembre dernier inspire largement les mesures que le Gouvernement a prises pour enrayer la crise mondiale et préparer sa sortie. Pas moins de 26 milliards ont été mobilisés en faveur des PME, via la déconcentration des excédents d'épargne réglementée et la garantie d'Oseo. Celle-ci, conformément aux préconisations du rapport, s'applique désormais aux crédits de court terme, couvre jusqu'à 90 % les prêts et peut profiter aux entreprises de moins de 5 000 salariés.

La proposition de loi de Mme Brunel, que votre commission des finances examinera le 3 juin, permettra de faire la transparence sur le financement des PME avec une publication régulière des encours de crédits bancaires consentis aux PME et des investissements réalisés dans les PME par les assurances. Mais la transparence ne suffit pas, il faut accélérer les investissements. Le 6 avril, Mme Lagarde et M. Novelli ont obtenu que la communauté des investisseurs français, publics et privés, réunie autour du Médiateur du crédit, s'y engage contractuellement.

Au reste, avant l'explosion de la crise, nous nous étions donnés les moyens de répondre à ces difficultés avec le dispositif ISF-PME, salutaire pour nombre d'entreprises, institué par la loi Tepa. Celui-ci a connu un franc succès pour sa première année d'application, avec près d'un milliard de fonds propres levés en 2008. Au regard des besoins accrus des entreprises, nous pouvons étudier l'opportunité de relever le plafond de cette mesure.

**M. Claude Biwer.** – Dans votre réponse, vous avez dressé un tableau complet des mesures prise par le Gouvernement pour faire face à la crise et préparer la sortie de crise, ce dont je vous remercie : il faut désormais aller vite car certaines petites entreprises en sont aujourd'hui réduites à la mendicité pour

survivre. Je souhaite vivement que ces dispositifs portent leurs fruits car les banquiers se fondent sur les fonds propres des entreprises pour leur accorder ou non des crédits.

### *Recensement et dotations des communes*

**M. Martial Bourquin.** – Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le calcul des dotations d'État prend en compte un nouveau mode de recensement de la population, actualisé tous les ans. C'est sur cette population légale actualisée que se fondent le montant de la DGF ainsi que l'attribution ou non de la DSU et la DDU. Avec le délai de trois ans que prévoit la loi, il y a parfois un tel écart entre la population légale et la population réelle que des communes sont pénalisées.

La commune de Grand-Charmont, dans le Doubs, est classée parmi les 100 communes de plus de 5 000 habitants les plus pauvres de notre pays. Elle est éligible à la DSU et à la DDU. Sa population légale a légèrement diminué en 2006 et 2007 et est passée en-deçà du seuil de 5 000 habitants. La raison en est que cette ville s'est engagée dans un programme de démolition-construction de 161 logements. Doit-elle payer cette initiative par une forte baisse de dotations ? Ce serait incompréhensible. D'autant que, depuis 2007, Grand-Charmont bénéficie d'un potentiel de 516 habitants et que 287 permis de construire sont en cours d'instruction. Ces faits sont attestés par un recensement complémentaire et reconnu par l'administration fiscale. Attestés mais pas pris en compte ! La ville subit en effet, en 2009, une baisse de 391 856 euros sur un budget de fonctionnement de 4,7 millions. Or c'est maintenant qu'elle a besoin d'investir pour assurer des services à ses nouveaux habitants, pas dans trois ans, quand son dynamisme sera enfin pris en compte, et c'est maintenant qu'elle se retrouve pieds et poings liés avec une chute brutale de ses recettes.

Ne nous y trompons pas, ce sont les petites communes et les villes les plus pauvres qui souffrent d'une application tatillonne de ce mode de calcul. Les collectivités ont besoin de stabilité et de continuité pour mener à bien leurs missions dans la cohérence.

Comment allez-vous prendre en compte les écarts entre population légale et population réelle ? Les dispositifs de lissage prévus par la loi ne sont, à l'évidence, pas suffisants. Comment allez-vous régler la situation de Grand-Charmont ? Nous ne vous demandons pas l'aumône mais de faire en sorte qu'une commune très active puisse continuer à investir pour ses habitants.

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** – Le dispositif de recensement, rénové par la loi du 27 février 2002, repose sur un cycle pluriannuel d'enquêtes qui permet d'actualiser tous les ans la population à prendre en compte dans le calcul des dotations de l'État. Pour garantir l'égalité de traitement entre les communes, la population légale, qu'elle soit

recensée au début ou à la fin de la période de recensement, est calculée par référence à l'année du milieu du cycle. C'est ainsi qu'en 2009, à l'issue d'un cycle d'enquêtes réalisées de 2004 à 2008, l'année de référence est 2006.

Le Gouvernement reste cependant très attentif à la situation des communes qui subissent d'importantes pertes de population. Des mécanismes correctifs ont été mis en place pour le calcul de leurs dotations. Ainsi, pour les communes qui perdent plus de 10 % de leur population entre 2008 et 2009, la dernière loi de finances prévoit que la dotation de base des communes est augmentée en 2009 de 50 % de la différence entre le montant de dotation perçu en 2008 et le montant calculé sur la base des nouveaux chiffres pour 2009.

Les communes qui subissent une perte de population pour l'exercice 2009 mais dont le dynamisme démographique est réel sur les dernières années connaîtront une augmentation pour l'exercice suivant puisque, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, seront pris en compte les chiffres de la population légale estimée au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Maire d'une commune qui a les mêmes problèmes que la vôtre, j'imagine que vous pourrez demander un lissage aux services fiscaux...

**M. Martial Bourquin.** – Je connais le dispositif prévu par la loi ; je souhaite qu'on fasse quelque chose pour des communes qui ont perdu puis regagné des habitants. On ne peut nous priver ainsi de 10 % de notre budget de fonctionnement, ce n'est pas tenable ! Le préfet de région ne pourrait-il geler une telle disposition pour les communes qui connaissent une situation analogue ? Celles-ci doivent pouvoir investir pour les habitants dont elles ont la charge.

### *Sapeurs-pompiers volontaires*

**Mme Esther Sittler.** – Les sapeurs-pompiers volontaires constituent le cœur de notre sécurité civile. Or, leur nombre baisse depuis une dizaine d'années. Dans le Bas-Rhin, leur nombre est passé de 11 000 il y a dix ans à 5 922. Cette crise de l'engagement se traduit par un vieillissement des volontaires : dans mon département, la moyenne d'âge des pompiers exerçant dans les centres de première intervention est de 39 ans et de 45 ans pour l'encadrement. Outre le fait que les deux tiers des jeunes ne deviennent pas pompiers, leur nombre est passé de 1 200 il y a cinq ans à 710.

Reconnaissant, lors du congrès des sapeurs-pompiers de France au mois d'octobre 2008, que « le volontariat n'échappe pas aux profondes mutations sociales, économiques et culturelles de notre pays », la ministre de l'intérieur a annoncé la mise en place d'une commission Ambition volontariat, chargée de mener une « réflexion pragmatique et prospective pour encourager et consolider le volontariat ».

Cette commission a-t-elle rendu ses conclusions ? Quelles mesures le Gouvernement entend-il prendre pour régler ce grave problème à très court terme, notamment dans le domaine de la formation ?

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** – Les collectivités locales et l'État, notamment au travers de la loi du 13 août 2004 et du plan d'action signé en 2006 avec les employeurs des sapeurs-pompiers volontaires, ont déjà apporté des réponses. Pour autant, il est impératif d'asseoir le volontariat dans la durée, c'est pourquoi la commission Ambition volontariat a été chargée d'apporter une vision prospective.

Présidée par M. Luc Ferry, ancien ministre, président délégué du conseil d'analyse de la société, elle réunit, depuis le 2 avril, parlementaires, élus locaux, sapeurs-pompiers volontaires, employeurs, universitaires. Fondée sur une étude sociologique qui, dans huit départements, donne la parole à plusieurs centaines de sapeurs-pompiers volontaires, d'élus locaux ou d'employeurs, elle va analyser en profondeur le volontariat, ses forces et ses faiblesses pour les années à venir. Son rapport, qui doit être rendu en septembre 2009, posera les bases d'une charte du volontariat, qui constituera un guide pour les politiques conduites par l'État et les collectivités locales jusqu'en 2020.

**Mme Esther Sittler.** – Je patienterai donc jusqu'en septembre...

J'espère que cette commission se souviendra des tempêtes de 1999 et des enseignements qu'on a dû en tirer. J'ai vu dans ma commune à quels travaux de déblaiement ont dû se livrer les pompiers volontaires, et ce que cela suppose pour leur formation, qui devrait être adaptée.

### *Emploi en Guyane*

**M. Georges Patient.** – Je reviens sur l'exigence de développement économique qu'impose la situation de la Guyane. Le taux de chômage, déjà très élevé en raison de la faiblesse de l'activité économique, ne cesse de s'amplifier en raison d'une croissance démographique exponentielle -avec 3,9 %, nous sommes parmi les plus forts taux d'accroissement du monde !- et de la chute vertigineuse que subissent les principaux secteurs productifs. Pour que l'offre globale d'emploi et la demande d'emploi évoluent de façon raisonnablement parallèle, il faudrait créer plusieurs milliers d'emplois par an, dont entre 1 500 et 2 000 dans les activités productives. On en est très loin. La filière rizicole, qui constituait un des fers de lance de l'économie guyanaise, connaît une chute vertigineuse de sa production : celle-ci est passée de 30 000 tonnes en 2006 à 8 000 tonnes en 2007 alors que la demande mondiale est en forte hausse.

Dans le secteur de la pêche, essentiel en Guyane, l'activité est aussi en chute libre, notamment pour des raisons financières : les aides Oseo et les prêts de la

BEI aux PME ne parviennent pas jusque chez nous... Quant au bois, alors que la forêt couvre 96 % du département, nous en exportons pour 2,6 millions d'euros mais en importons pour 10 millions. La concurrence du Brésil, mais aussi de la France métropolitaine, est de plus en plus vive. La filière aurifère est affectée par l'orpaillage clandestin et les exigences mal comprises de la Drir. Au 31 décembre 2006, la production officielle atteignait à peine 1 tonne, contre 4 tonnes au début de la décennie. Et pourtant, ces secteurs représentent des atouts pour le développement endogène dont vous faites la clé de voûte de votre politique ultramarine. Que compte faire l'État pour accompagner l'essor de ces filières ?

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** – Le Gouvernement est soucieux d'apporter des réponses concrètes ; il a confié une mission à M. Dehecq, qui vient de remettre un rapport au Gouvernement comportant des orientations stratégiques pour développer les activités productrices d'emplois. Je songe à la pêche, au bois, à la production aurifère, à la recherche, à la riziculture... Le Gouvernement s'engage dans le soutien aux filières. Le 4 avril dernier, j'étais dans votre commune, monsieur Patient, et je vous remercie d'avoir accepté une mission de bons offices portant sur la culture du riz. Souvent, la panne économique tient à l'insuffisante structuration des filières et à des blocages. Le Gouvernement envisage de désigner un commissaire au développement économique et à la production, à l'image des commissaires à l'industrialisation mis en place par la Datar dans les secteurs en grande difficulté, pour soutenir les filières, favoriser leur professionnalisation et attirer les investisseurs. Des décisions seront prises lors de la réunion en octobre prochain du conseil interministériel de l'outre-mer. Au-delà des discours et des rapports, nous passons aux actes, pour créer de l'activité et des emplois.

**M. Georges Patient.** – Quand il existe une volonté politique forte, on peut progresser. Ainsi, la base spatiale de Kourou est une réussite locale, due à une volonté forte de l'État. Les secteurs que j'ai évoqués existent, il faut les soutenir. Une délégation de sénateurs s'est rendu compte, sur place, des réalités guyanaises. Il faut un engagement convaincu de l'État, mais aussi des moyens, pour développer notre économie.

### *Délocalisation de services pénitentiaires*

**M. Roland Ries.** – Le Gouvernement a décidé de délocaliser de Strasbourg à Nancy la direction interrégionale des services pénitentiaires Est. C'est un coup dur pour la ville dont je suis le maire, pour la communauté urbaine de Strasbourg, pour la région Alsace. Et tous les élus, quelle que soit leur appartenance politique, de Mme Keller, l'ancien maire, à M. Zeller, le président de la région, ainsi que nos trois députés, sont plongés dans la stupeur et l'indignation. La décision a été prise sans aucune

concertation entre le ministre de la justice et la ville de Strasbourg, ni entre le ministère et le personnel concerné. Elle est dispendieuse, puisque le déménagement coûtera 11 millions d'euros, alors que 3,6 millions d'euros ont été consacrés à la rénovation des locaux qui abritent actuellement 145 agents. Ceux-ci vivent bien sûr très mal la nouvelle de la délocalisation, d'autant que des villes de taille comparable à la nôtre ne sont pas soumises au même couperet et que Strasbourg est la capitale européenne de la justice, abritant la Cour européenne des droits de l'homme et le Conseil de l'Europe, qui élabore les règles pénitentiaires européennes. Nous demandons au Gouvernement de revenir sur cette décision inacceptable.

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** – Dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, le comité de modernisation des politiques publiques a décidé, en décembre 2007, de revoir l'implantation sur le territoire des services déconcentrés de la justice et de regrouper sur neuf plateformes mutualisées les agents des directions interrégionales de l'administration pénitentiaire, ceux de la protection judiciaire de la jeunesse et les agents administratifs des cours d'appel. Les sièges retenus pour ces plateformes sont Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes et Toulouse.

Pourquoi Nancy ? Parce que s'y trouve déjà la cour d'appel et la direction interrégionale de la PJJ et parce que la ville occupe une situation plus centrale au sein de l'inter-région du Grand Est. Il est néanmoins envisageable de laisser à Strasbourg une antenne pour gérer les fonctions qui n'ont pas vocation à être mutualisées, comme la sécurité. La décision du Gouvernement a été guidée par un souci de bonne administration de la justice.

**M. Roland Ries.** – Vous concevrez bien que cette réponse ne me satisfait pas. Elle ne satisfait pas non plus les 145 personnes qui devront quitter Strasbourg sans avoir été consultées. Quelle est la motivation profonde de cette décision ? Certes, la RGPP commande tout, mais les coûts de la délocalisation sont importants et 145 agents vont devoir quitter Strasbourg sans avoir été consultés...

Vous parlez de maintenir une antenne dans notre ville : j'espère obtenir des précisions à ce sujet, notamment le nombre de fonctionnaires concernés.

### *Avenir des IUT*

**M. Philippe Madrelle.** – Créés il y a quarante ans, les IUT sont une originalité enviée du système universitaire français. Faudra-t-il bientôt en parler à l'imparfait ? Entendant l'inquiétude des enseignants, j'avais demandé à Mme Péresse, il y a quelques mois, que les IUT continuent à être dotés selon des modalités respectant leurs spécificités.

Dans sa réponse du 20 janvier dernier, la ministre rappelait que les IUT « sont les piliers de notre

système d'enseignement supérieur » et que la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (LRU) devait profiter à ces instituts dont les budgets, loin de baisser, devaient au contraire être consolidés.

La réalité est tout autre. A titre d'exemple, en application de la LRU et du nouveau système d'allocation des ressources budgétaires pour les établissements publics (Sympa), l'IUT de l'université de Bordeaux III se trouverait amputé de près de 37 % de sa dotation et d'un quart de ses emplois, ce qui représente une perte de 300 000 euros sur un budget de 820 000 euros. Les directeurs d'IUT dénoncent l'inadaptation de ce nouveau système d'allocation aux besoins de l'enseignement supérieur technologique. Le précédent système, Sanremo, était basé sur les besoins déterminés à partir d'un programme pédagogique national, ce qui avait le mérite de préserver l'aspect national et la valeur du diplôme, quel que soit l'IUT, quelle que soit la région de France.

Face à une telle paupérisation, l'inquiétude des professeurs, mais aussi des étudiants et de leurs familles, est grande. Privés de moyens et de budget, les IUT sont en péril. Malgré la charte de bonne conduite -pour les relations université-IUT-, malgré le contrat d'objectifs et de moyens à négocier en 2009 par chaque IUT avec son université et malgré la création d'un comité de suivi quadripartite -présidents d'université et d'IUT, directeur d'IUT et DGESIP du ministère-, le système Sympa fera baisser de 35 % en moyenne la dotation globale de fonctionnement et d'investissement et supprimera de 15 à 25 % de postes statutaires qui ne sauraient être compensés par des contrats précaires. Tout cela menace la pérennité des IUT, alors que toutes les enquêtes nationales montrent la réussite professionnelle de leurs diplômés. Depuis quarante ans, ces instituts forment des techniciens supérieurs et des cadres intermédiaires et cette filière universitaire et professionnelle est unanimement reconnue par les entreprises. Les 116 IUT de France, qui ont été un des vecteurs essentiels de la démocratisation et de la professionnalisation de l'enseignement supérieur, accueillent plus de 140 000 étudiants dont 36 % de boursiers qui réussissent à plus de 75 %. Ce partenariat entre l'Université et les milieux professionnels les plus variés est, en France, un exemple original qui fonctionne bien.

Décidément, le désengagement de l'État n'épargne aucun domaine, ni les collectivités locales, ni l'hôpital public, ni les transports, ni aucun service public. Après quatre mois de conflit, les universités françaises semblent toujours dans l'impasse et sont très affaiblies. On a l'impression d'un grand gâchis. Que propose la ministre pour assurer la survie des IUT ? Elle ne peut prendre la responsabilité de casser ainsi quelque chose qui marche et que nous envient les universités étrangères. Sa réponse est attendue avec fébrilité.

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** – Je vous prie d'abord d'excuser Mme Péresse, retenue au Collège de France. Vous parlez d'une diminution potentielle de crédits. C'est le contraire qui est vrai et votre présentation de la situation de l'IUT de Bordeaux III ne correspond pas aux décisions du Gouvernement issues de la loi LRU. Cet institut dépend de l'université de Bordeaux III, laquelle dispose d'un budget que, désormais, elle administre librement. Or, le budget de cette université augmente, en 2009, de 17 %, ce qui ne s'est jamais vu dans son histoire récente ! Même pour créer de la fébrilité, ce qui peut être utile à certaines périodes pour certains combats politiques, il ne faut pas dire n'importe quoi : la réalité, c'est que le budget de Bordeaux III augmente de 17,6 % et que de nombreuses garanties ont été apportées pour stabiliser les relations entre les universités et leurs IUT.

La ministre ne peut que vous confirmer le grand attachement du Gouvernement pour ces instituts, qui l'a poussée à faire adopter des mesures comme, en décembre dernier, les chartes de bonnes relations entre les universités et leurs IUT. En outre, toutes les universités travaillent en ce moment à des contrats d'objectifs, finalisés en juin, tendant à la bonne allocation de crédits à leurs IUT ; les présidents d'université se sont engagés à maintenir leurs crédits jusqu'en 2010.

Vous n'avez donc aucune raison d'être inquiet sur la volonté du Gouvernement, sur sa volonté politique -que vous ne partagez pas- de faire vivre l'autonomie des universités et, donc, de laisser le conseil d'administration de Bordeaux III décider de l'affectation de crédits pour son IUT.

**M. Philippe Madrelle.** – Le budget de l'IUT pour 2009 est reconduit sur les bases de celui de 2008. Mais le système Sympa, qui entre en vigueur en 2009, aura, en 2010, de graves conséquences sur les budgets et l'emploi. Comment certaines universités, comme celle de Bordeaux III, pourront-elles accorder autant à leurs IUT alors qu'elles recevront moins ? Le problème de fond, c'est le désengagement de l'État.

#### *CAF du Val-de-Marne*

**Mme Odette Terrade.** – Ma question porte sur les Caisses d'allocations familiales. Depuis plusieurs mois, les allocataires subissent des retards inadmissibles dans le traitement de leur situation et le paiement de leurs prestations, ce qui ajoute encore à leurs difficultés sociales quotidiennes. Plusieurs de mes collègues de différents départements ont déjà interpellé Mme Létard à ce sujet. Par exemple, la CAF de Rouen, fréquentée quotidiennement par 800 à 900 personnes, a fermé l'accueil du public un jour par semaine pour traiter ses dossiers en retard. En Val-de-Marne, pour tenter de résorber ses 230 000 dossiers en attente, la caisse a fermé ses guichets durant trois semaines en avril dernier. En effet, aux 136 000 dossiers non traités -soit deux mois de retard-

se sont ajoutés, en janvier, les ratés de la transmission automatique des ressources des familles *via* les fichiers des impôts. Aujourd'hui, l'accueil du public est assuré trois jours sur cinq mais il reste encore 110 000 dossiers en attente -ce qui équivaut à onze jours de retard- alors que, dans les prochains jours, la CAF du Val-de-Marne devra, comme toutes les autres, faire face à la mise en œuvre du Revenu de solidarité active, soit environ, pour le département, 80 000 dossiers dont 50 000 nouveaux non encore connus de ses services.

Les files d'attente ne diminuent donc pas et les conditions d'accueil sont déplorables pour les usagers comme pour le personnel, à qui on demande d'effectuer des heures supplémentaires chaque jour. Nul doute que la suppression au plan national de 10 000 postes en deux ans contribue à cette situation qui illustre les méfaits de la révision générale des politiques publiques, que l'on devrait plutôt appeler réduction générale des politiques publiques. Pourtant, dès octobre 2008, le personnel de la caisse nationale et ses représentants syndicaux avaient alerté sur les dangers de la réorganisation imposée par leur direction, dénonçant notamment le manque d'effectifs récurrent depuis plusieurs années. Beaucoup de salariés sont à saturation. Dans un département qui compte 325 000 allocataires et 8 000 dossiers entrants chaque jour, les 109 recrutements en remplacement des départs en retraite et les 22 prévus pour la mise en place du RSA ne suffiront pas. La législation est complexe, il existe plus de 15 000 textes réglementaires, si bien que le personnel recruté doit être formé pendant un an avant d'être opérationnel. Aujourd'hui, 30 personnes étant toujours en formation, seulement 79 sont réellement en activité, dont 15 depuis le lundi 25 mai.

Pourtant, l'organisme de tutelle des CAF affichait, pour 2007, 40 millions d'excédents budgétaires. Les moyens existent donc de répondre à la demande immédiate de moyens exceptionnels pour faire face à la situation actuelle et pour doter les caisses des emplois pérennes nécessaires à une gestion efficace, respectueuse des allocataires et du personnel. A la veille de la mise en place du Revenu de solidarité active, quels moyens urgents le Gouvernement compte-t-il mettre en œuvre pour que la CAF du Val-de-Marne et toutes les autres puissent fonctionner correctement et assurer dans de bonnes conditions le service public que les usagers sont en droit d'en attendre.

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** – Le Gouvernement suit avec beaucoup de vigilance la situation des caisses d'allocations familiales et tient également à saluer le travail exceptionnel de leurs agents. Au premier trimestre 2009, 81 % des personnes étaient accueillies en moins de vingt minutes et 92,5 % des minima sociaux ont été traités en moins de dix jours, ce qui est une performance.

Il est vrai que la charge d'activité des CAF a récemment sensiblement augmenté du fait des mesures de solidarité décidées par le Président de la République, au premier rang desquelles la création du RSA et la réforme de la déclaration de ressources. Il faut se réjouir de la mise en œuvre du RSA, effort sans précédent qui fera sortir près d'un million de nos compatriotes de la pauvreté.

Pour que sa mise en place se déroule dans les meilleures conditions, la Cnaf a donné son autorisation pour 1 007 embauches, auxquelles s'ajouteront les 614 emplois supplémentaires prévus par redéploiements internes grâce aux gains de productivité réalisés par la branche famille.

La convention d'objectifs et de gestion signée pour la période 2009-2012 prévoit en outre la mise en place, en plus des 1 621 emplois déjà accordés au titre du RSA, de 250 emplois supplémentaires dès avril 2009.

Le Gouvernement a demandé à la Cnaf d'établir une cartographie des points de tension sur le territoire. Rendez-vous est fixé avant l'été pour assurer la coordination en vue de la rentrée et décider, le cas échéant, des moyens supplémentaires à accorder aux caisses les plus en difficulté.

La CAF du Val-de-Marne, dont vous évoquez la situation, a été réorganisée et les processus de traitement adaptés. Je puis vous confirmer que 80 000 foyers ont reçu, début avril, la prime exceptionnelle de 200 euros. Au 15 avril, 19 % des demandes de minima étaient traitées en moins de dix jours et le stock en instance était déjà réduit de moitié fin avril.

La CAF du Val-de-Marne, comme les 122 autres, a donc été mise en mesure de remplir ses missions et je puis vous assurer que le Gouvernement fait toute diligence pour leur assurer les moyens humains et technologiques pour faire face à leur mission sociale.

**Mme Odette Terrade.** – J'aurais pu également exposer la situation dans les DOM, où la situation des CAF a été évoquée au cours de toutes les auditions qu'a conduites notre récente mission d'information. Vouloir toujours faire plus avec moins a ses limites, on le voit ici. Le caractère à la fois spécialisé et polyvalent des agents des CAF ne permet pas de pallier le manque d'effectifs. J'ai bien pris note du rendez-vous fixé fin juin. Les salariés et leurs représentants alertent sur les risques d'engorgement : souhaitons qu'ils soient entendus. Refuser des moyens que tous les partenaires réclament serait organiser la faillite d'un service public indispensable à nos concitoyens.

#### *Soutien aux crèches interentreprises*

**M. Charles Gautier.** – Depuis la conférence de la famille en 2003, les établissements de gardes d'enfants sont accessibles au secteur privé. Pour augmenter le développement de places en crèche, le

Gouvernement a mis en place deux dispositifs. Le contrat enfance jeunesse (CEJ), tout d'abord, est destiné aux établissements privés d'accueil de jeunes enfants. La Cnaf, qui verse cette subvention permettant de financer 55 % du montant restant à charge pour ces structures, n'a pas souhaité que les entreprises de crèches, soit les gestionnaires d'établissement de garde d'enfants, bénéficient de ce financement.

Une mesure fiscale destinée aux employeurs qui prennent en charge une quote-part des frais de garde des enfants de leur personnel a également été mise en place. Depuis 2009, ce crédit impôt famille (CIF) correspond à 50 % des dépenses engagées dans ce domaine.

La combinaison de ces deux mesures, incitatives pour les employeurs, permettait de diminuer le coût d'une place en crèche. Les petites entreprises pouvaient ainsi se fédérer et créer un établissement de garde. Ce plan les encourageait à participer à la fois au financement de l'investissement et au fonctionnement des crèches.

Aujourd'hui, le Gouvernement semble revoir sa position. Soumis à la pression du *lobbying* des entreprises de crèches, il demande aux structures d'accueil de choisir entre ces deux dispositifs. Si l'entité choisit le contrat enfance jeunesse, elle diminue le coût de revient d'une place mais sanctionne son client « entreprise » en le privant du crédit d'impôt. Inversement, si elle renonce au financement de la Cnaf, elle augmente irrémédiablement le prix de la place, malgré l'avantage fiscal.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'à l'intérieur d'une crèche interentreprises, la typologie des entreprises peut être variée : entreprises privées soumises à l'impôt sur le revenu, à l'impôt sur les sociétés, mais également associations participant à l'économie locale, embauchant du personnel mais non fiscalisées. En modifiant la politique familiale, le Gouvernement n'a pas pris conscience de l'impact d'une telle mesure sur le développement des crèches. Un exemple : à l'annonce de ces modifications, un projet très avancé de crèche associative à Saint-Nazaire, dans mon département, réunissant des entreprises et deux associations du secteur médical, non éligible au CIF, a été abandonné.

Sans un soutien, *via* le CEJ, aux projets interentreprises, la promesse gouvernementale de créer 350 000 places de crèche d'ici à 2012 ne pourra être tenue. Comment les employeurs, en particulier dans les PME et PMI déjà affaiblies par la crise économique, pourraient-ils s'engager sur de tels montants ?

Afin de favoriser l'ensemble des modes de garde d'enfants, et sans remettre en cause les avantages obtenus par les entreprises de crèche, il serait bon que soit maintenu, pour les crèches interentreprises, le bénéfice du CEJ, dans le cadre d'un contrat d'objectifs

avec la Cnaf, couplé au crédit impôt famille, à hauteur, au minimum, de 25 %.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** – Pour accompagner notre fort taux de natalité, couplé à un taux d'activité des femmes élevé, de l'ordre de 82 %, nous devons créer 200 000 offres de garde supplémentaires. Cet objectif peut être atteint grâce à la diversification des modes de garde, à l'assouplissement des normes et à l'optimisation des capacités existantes.

Parce que le développement des crèches d'entreprise, et plus généralement du secteur privé de l'accueil de la petite enfance, constitue un vecteur de développement de l'offre de garde approprié, de nombreuses mesures sociales et fiscales sont prises en faveur de ce secteur. Ainsi, l'État et la branche famille ont souhaité développer un partenariat entre les CAF et les entreprises afin d'accroître et de diversifier l'offre d'accueil. Trois mesures ont ainsi été prises.

Les crèches d'entreprises peuvent désormais bénéficier, comme les autres opérateurs, des prestations de service servies par les CAF. Elles fonctionnent donc généralement grâce à un financement de l'employeur, parfois complété par des subventions de la CAF, des collectivités territoriales et une participation financière du salarié calquée sur les barèmes établis par la Cnaf.

Les entreprises de crèches, c'est-à-dire les entreprises souhaitant faire de la gestion d'un ou plusieurs établissements d'accueil de jeunes enfants leur activité principale, ont, quant à elles, été rendues éligibles aux différents plans d'aide à l'investissement.

Enfin, les entreprises qui construisent des structures de garde ou participent aux frais de garde de leurs salariés peuvent déduire ces dépenses du montant de leur impôt sur les sociétés, dans le cadre du crédit impôt famille, qui vient d'être porté, pour plus d'efficacité, à 50 % du montant des dépenses éligibles.

Une évaluation de l'efficacité de cet ensemble de dispositifs paraît nécessaire avant d'envisager une nouvelle adaptation. Elle portera notamment sur la question qui vous préoccupe, soit celle du cumul entre avantage fiscal et subventions de fonctionnement versées par la branche famille au bénéfice d'une crèche de salariés. Mme Morano a demandé à ce qu'un travail d'expertise et de concertation soit mené en liaison avec les diverses administrations et organismes sociaux concernés. Il conviendra de tenir compte, parmi les éléments d'appréciation, du fait que les crèches publiques ne bénéficient que du CEJ et pas du crédit impôt famille, fortement revalorisé récemment : toute décision prise en faveur des structures privées ne bénéficierait pas aux crèches publiques.

Sur cette question, qui soulève d'importants enjeux pour le développement de la garde d'enfants, le

Gouvernement est pleinement mobilisé. Je ferai part à Mme Morano des propositions que vous venez de formuler.

**M. Charles Gautier.** – Nous partageons tous cette volonté de favoriser l'accueil des jeunes enfants, au cœur de nos projets économiques et sociaux locaux. Je serais attentif aux résultats de l'évaluation, dont j'aimerais connaître les délais de publication.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Je m'engage à vous les indiquer au plus vite.

#### *Aide aux entreprises adaptées*

**M. Gilbert Barbier.** – Les entreprises adaptées permettent aux personnes handicapées d'exercer une activité professionnelle qui, leur apportant expérience et qualification, peut les aider à retrouver le chemin de l'emploi. Si leur finalité sociale est donc indéniable, il ne faut pas oublier qu'elles sont aussi, à part entière, des entreprises du secteur marchand concurrentiel. Au nombre de 600, elles emploient 25 000 salariés dont 20 000 handicapés dans tous les domaines de l'industrie et des services.

La réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale, dite réduction Fillon, prévue par la loi du 17 janvier 2003, ne bénéficie pas aux entreprises adaptées gérées par des établissements publics, auxquelles a toutefois été accordé une dérogation. Or celle-ci doit prendre fin au 31 décembre 2009, ce qui menace la survie de ces entreprises. Une modification du dispositif réglementaire serait la bienvenue pour étendre la réduction Fillon à toutes les entreprises adaptées.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** – Depuis 2005, les 648 entreprises adaptées relèvent du milieu ordinaire de travail. Elles sont soumises aux mêmes obligations que les entreprises du milieu concurrentiel mais conservent leur mission sociale. En contrepartie, elles bénéficient d'une aide au poste forfaitaire pour chaque travailleur handicapé et d'une aide à la structure, soit près de 300 millions par an.

Les allègements Fillon ne s'appliquent pas aux établissements publics administratifs. Toutefois, le Gouvernement a autorisé les 19 entreprises adaptées concernées à en bénéficier, à titre dérogatoire, le temps de passer, si elles le souhaitent, à un statut d'établissement public industriel et commercial ou d'association. La délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle a rencontré en février le groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux afin de définir les modalités d'accompagnement.

Le Gouvernement attend les conclusions de l'étude sur cette évolution statutaire, financée par le secrétariat d'État à l'emploi, qui seront connues en juin 2009. Il veillera à ne pas porter préjudice à ces

entreprises et cherchera avec elles des solutions pérennes.

**M. Gilbert Barbier.** – Merci de votre réponse, mais l'inquiétude est réelle. La dérogation sera-t-elle reconduite ? Les EPA devront-ils se séparer de ces entreprises adaptées ? Je vous interrogerai à nouveau une fois les conclusions de l'étude connues.

### *Suppression de la taxe professionnelle*

**M. René-Pierre Signé.** – Nous aurons un débat plus approfondi sur ce sujet le 10 juin ; la longueur du délai entre le dépôt d'une question et son inscription à l'ordre du jour explique ce doublon...

Les réformes successives de la taxe professionnelle ces dernières années ont conduit l'État à exonérer nombre de redevables et à compenser partiellement la baisse de recettes pour les collectivités par une majoration des dotations. Toute exonération nouvelle entamerait les budgets des collectivités en supprimant leur recette principale.

Début mars, le Gouvernement a évoqué plusieurs pistes pour la compensation de la suppression de la taxe professionnelle : majoration de la part de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance et de la TIPP affectée aux collectivités, relèvement des bases foncières industrielles, création d'une taxe sur la valeur ajoutée. Certains impôts énergétiques pourraient être relevés, tout comme la taxe spéciale sur les pylônes et la taxe sur l'installation nucléaire de base. Toutes ces propositions entretiennent l'impression de flou et nourrissent l'inquiétude des élus. Pouvez-vous nous donner des détails sur les mesures compensatoires pour les collectivités ?

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** – Le Président de la République a annoncé le 5 février la suppression de la taxe professionnelle sur les investissements productifs, prélèvement qui n'existe dans aucun autre pays développé. En taxant l'outil de production, que l'entreprise soit rentable ou non, la taxe professionnelle dissuade les entreprises d'investir sur notre territoire et encourage les délocalisations.

Le Premier ministre a garanti une compensation intégrale et a demandé à Mme Lagarde d'engager la concertation avec les élus et les entreprises afin de les associer pleinement aux travaux préparatoires. Christine Lagarde et Michèle Alliot-Marie ont rencontré les représentants des associations d'élus une première fois le 10 avril dernier et ceux des entreprises le 22 avril pour leur présenter des pistes possibles de compensation.

Celles-ci sont multiples : transfert de ressources fiscales, dotations budgétaires, augmentation ou création de taxes locales. Aucune nouvelle taxe sur la valeur ajoutée n'a été proposée, même si la cotisation minimale repose sur la valeur ajoutée. Concernant les impôts énergétiques, le Gouvernement n'a pas été

aussi précis que vous. L'objectif est de mettre en place des taxes locales sectorielles qui bénéficient aux collectivités en évitant les effets d'aubaines.

Les travaux sont en cours, les hypothèses ne sont pas figées. La concertation se poursuit dans un climat de confiance. La volonté d'aboutir est partagée car chacun a conscience de la nécessité de cette réforme. En tout état de cause, les collectivités ne verront pas leurs ressources diminuer. Le Premier ministre l'a garanti.

**M. René-Pierre Signé.** – Merci de cette réponse rassurante. La taxe professionnelle est la principale ressource des collectivités locales, qui représentent 73 % de l'investissement public, et aucun économiste n'a démontré l'intérêt de sa suppression...

Nous sommes favorables à une réforme globale de la fiscalité locale, si elle est mesurée et responsable. Il ne peut être question de réduire les recettes des collectivités, ni de faire peser la compensation sur les ménages. Vous faites un cadeau aux entreprises, sans contrepartie, en supprimant qui plus est le lien entre territoires et entreprises. Enfin, les élus ne sont guère favorables aux impôts énergétiques, qui n'assurent pas des ressources régulières. Nous attendons donc de connaître les propositions du Gouvernement pour donner notre accord.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Je préside une communauté d'agglomération de 200 000 habitants, qui investit 70 millions pour accompagner le plan de relance. Comment beaucoup d'élus membres du Gouvernement, je tiens à ce que les collectivités disposent de ressources fiscales dynamiques. (*Applaudissements à droite*)

**M. René-Pierre Signé.** – Vive le cumul des mandats !

*La séance est suspendue à midi.*

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 15 heures.*

### **Hôpital, patients, santé et territoires (Urgence – Suite)**

**M. le président.** – 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.

## Discussion des articles (Suite)

**M. le président.** – Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'amendement n°1070 à l'article 26 au sein du titre IV, appelé en priorité.

### Article 26 (Suite)

#### ARTICLE L. 1434-2 DU CODE (Suite)

**M. le président.** – Amendement n°1070, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, par les mots :

qui tiennent compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale existants

**M. Yves Daudigny.** – Cet amendement est voisin de ceux que nous avons examinés hier soir mais sa portée est moins ambitieuse. Nous avons déjà souligné que deux légitimités risquent de s'affronter, comme l'a démontré Bernard Cazeau : celle de l'ARS et celle des départements compétents pour le pilotage des politiques en direction des personnes âgées ou handicapées. Malgré les déclarations et les arguments parfois solides de Mmes les ministres, certaines inquiétudes demeurent.

L'article 26 précise que les compétences des agences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales. Il serait bon de rappeler cette double compétence tout au long de la loi, en faisant ici référence aux schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** – Le projet régional de santé tiendra naturellement compte des schémas départementaux, ainsi que des actions qui relèvent de l'État. Votre amendement est satisfait : vous pouvez le retirer. A défaut, avis défavorable.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** – Je l'ai indiqué hier soir à Michel Mercier, qui présentait un amendement similaire : ce texte concilie le respect des compétences existantes dans le champ médico-social et l'attribution de compétences propres à l'agence régionale de santé. Les nouvelles procédures de planification et les instances de consultation favoriseront la concertation ; les outils partagés d'analyse assureront une meilleure coordination, sans prééminence d'un acteur sur l'autre ni confusion des rôles. Entre autres, une commission de coordination aura pour objet la prise en charge et l'accompagnement médico-social.

Les schémas régionaux et les programmes seront élaborés et arrêtés par le directeur général de l'ARS après consultation de la commission de coordination et

avis des conseils généraux compétents. Votre amendement est satisfait : je vous invite à le retirer.

**M. Yves Daudigny.** – Je ne tire pas la même conclusion que vous de cette argumentation : il est utile de rappeler que les compétences sont partagées.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** – On peut le mettre à toutes les pages, si vous voulez !

*L'amendement n°1070 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°943, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le 3° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, après les mots :

des personnes les plus démunies

insérer les mots :

, un programme relatif à la santé au travail

**M. Guy Fischer.** – Nous proposons, une fois encore, de mieux intégrer au projet régional la problématique de la santé au travail.

Les conditions de travail sont parmi les plus importantes causes d'inégalités sociales en matière de santé. Selon l'étude de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) publiée en 2004, le travail serait responsable de près d'un problème de santé sur cinq, proportion qui peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories. Ces conclusions ont été confortées par des travaux ultérieurs.

Par « programme relatif à la santé au travail », nous visons naturellement les accidents et maladies professionnelles, mais aussi l'usure générale, physique et psychique que peuvent provoquer des conditions de travail pénibles. Cette dernière s'aggrave en période de crise, de chômage et d'incertitude sur l'avenir. De ce fait, les ouvriers subissent une double peine : non seulement leur durée de vie est moins longue que celle des cadres mais ils vivent aussi plus longtemps qu'eux avec des incapacités invalidantes. Le projet régional de santé doit donc impérativement en tenir compte afin de rattraper les retards accumulés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous en avons longuement discuté hier, et auparavant en commission : l'ARS n'interviendra pas directement dans ce domaine. Cet article précise toutefois que le plan stratégique régional prévoit des articulations avec la santé au travail. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – Certes, la santé au travail est un élément important des politiques de santé publique. Elle est gérée par des partenaires de l'agence, et leurs compétences respectives seront coordonnées. Ainsi, la commission de coordination consacrée à la

prévention inclut le directeur responsable de l'emploi et des conditions de travail.

Faut-il prévoir, au sein du projet régional de santé, un programme spécifique sur ce thème ? Laissons plutôt les acteurs s'organiser à leur guise : ils peuvent opter pour cette solution ou lui préférer une politique transversale répartie dans différents programmes. Avis défavorable, donc, non sur le fond, mais sur la méthode choisie.

*L'amendement n°943 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°885, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery et M. Muller.

Dans le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, après les mots :

la santé au travail,

insérer les mots :

la santé environnementale,

**Mme Dominique Voynet.** – Les parlementaires sont généralement unanimes lorsqu'on les interroge individuellement : on légifère trop, de façon bavarde, mais sans pour autant que la volonté du législateur ne se dégage. Ainsi, l'article L. 1434-2 du code de la santé publique indique que le projet se compose d'un plan, de schémas, de programmes...

Il est difficile au commun des mortels de s'y retrouver ! Et voilà qu'un alinéa complémentaire précise le plan stratégique régional, qui articulera différentes actions. Certaines d'entre elles sont énumérées, alors que l'on pourrait s'en remettre aux acteurs locaux, comme vient de le dire Mme la ministre. Au moins la liste doit-elle être complète : ne pas inclure la santé environnementale a un sens.

C'est ainsi que la région Nord-Pas-de-Calais a mis en place un plan régional « santé-environnement », qui englobe tous les facteurs environnementaux, quelle que soit leur origine. La santé environnementale ambitionne de maîtriser les risques et de contenir les agresseurs qui leur sont associés. Ce plan régional comporte quatre axes : développer la capacité d'action régionale ; améliorer la connaissance des risques sanitaires liés à l'environnement ; réduire les nuisances ; accompagner les personnes et réparer les conséquences sanitaires des nuisances. Voilà un exemple à suivre !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'article L. 1434-5 du code mentionne déjà la santé environnementale. L'amendement est donc satisfait.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Logique, l'enchaînement projet-plan-schéma-programme est classique. Mais, par nature, un plan ne comporte pas de volet.

Comme je l'ai dit hier à M. Desessard, la santé environnementale fait partie du champ de compétences de l'ARS. Le plan régional comportera donc évidemment des actions en ce domaine.

La rédaction proposée pourrait même être contre-productive, car cantonner l'environnement générerait certaines actions de prévention sanitaire et même la prise en charge des patients. Méfions-nous des énumérations dans la loi : mieux vaut se contenter d'une définition générale...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...toute liste étant incomplète sitôt établie.

**Mme Dominique Voynet.** – Tout l'alinéa est donc inutile. J'observe que sa rédaction omet les personnes handicapées, de même que les personnes âgées.

En supprimant ce dernier alinéa de l'article L. 1434-2 du code, on obtiendrait une loi moins descriptive et plus robuste.

*L'amendement n°885 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°942, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, après les mots :

la santé au travail,

insérer les mots :

la santé en milieu carcéral,

**M. François Autain.** – On ne compte plus les rapports montrant que le monde carcéral n'assure pas l'accès aux soins et ne respecte pas la dignité de la personne malade, handicapée ou en fin de vie. Il est significatif que la commission d'enquête créée par le Sénat en 2000 ait publié un rapport intitulé *Prisons : une humiliation pour la République*.

Nous sommes loin d'avoir atteint les objectifs de la loi du 18 janvier 1994, qui a confié au ministère de la justice les soins en milieu pénitentiaire.

Des conditions d'hygiène déplorables facilitent la propagation des maladies infectieuses. Quand le secret médical n'est pas bafoué, c'est la loi qui impose au personnel de passer outre si l'intéressé a un comportement dangereux. Les extractions de malades obéissent à une logique purement sécuritaire, lorsqu'elles ne sont pas annulées. De nombreux détenus sont dépendants de la drogue ou de l'alcool. De plus en plus souvent atteints de troubles mentaux, ils n'ont, pour la plupart, pas leur place dans des établissements pénitentiaires.

Les moyens actuels sont insuffisants, alors que l'état de santé des intéressés ne devrait pas s'aggraver faute de soins.

Dans l'avis qu'elle a rendu le 19 janvier 2006, la commission nationale consultative des droits de l'homme a estimé inadmissible qu'une personne obligée de payer sa dette à la société par une peine de prison subisse également des limitations dans l'accès à la santé. La CNCDH a souligné que la détérioration de la santé d'un détenu était « un déni de droit » et que le problème était maintenant « de passer à l'acte », car les mesures nécessaires « ont été parfaitement recensées ».

Même si la loi pénitentiaire en cours de navette finit par être adoptée, elle ne réglera pas le problème car elle reste très en deçà des règles pénitentiaires européennes dont l'application est gelée par la garde des sceaux.

Le projet régional de santé doit donc intégrer les soins délivrés aux détenus.

**M. Guy Fischer.** – Parfait !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les soins dispensés aux détenus en milieu carcéral ou hospitalier font déjà partie des missions de l'ARS. L'amendement est donc satisfait.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les plans stratégiques, les schémas et les programmes prendront évidemment en compte cette question. La précision est donc inutile.

**M. François Autain.** – Je ne suis nullement convaincu. D'ailleurs, aucune disposition du texte ne mentionne la santé pénitentiaire.

**M. Guy Fischer.** – On sous-estime la question sanitaire en milieu carcéral. Malgré les efforts, réels, de ces dernières années, nous constatons, en prison, une réalité choquante. Ainsi, les conditions d'hébergement ont été améliorées à Lyon par le récent transfert de la maison d'arrêt dans des bâtiments neufs, mais la surpopulation carcérale demeure, avec ses conséquences graves, notamment pour les jeunes qui subissaient déjà des conditions sanitaires difficiles avant leur arrestation.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – La prison est parfois pour eux la première occasion d'être soignés ! (*M. Guy Fischer en convient*)

*L'amendement n°942 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°886, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery et M. Muller.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique par les mots :

, notamment des personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence

**Mme Dominique Voynet.** – En entendant M. Autain évoquer la situation sanitaire dans les prisons, j'avais l'impression que je pourrais reprendre

mot pour mot son argumentaire en ce qui concerne l'état de santé des personnes accueillies dans les centres d'hébergement d'urgence, dont la situation sanitaire est désastreuse. Ces personnes sont alors souvent orientées vers les hôpitaux. A leur sortie, faut-il les renvoyer dans des centres surchargés ? Ce n'est pas évident. Dans la rue ? C'est inacceptable.

Le projet stratégique régional de santé doit donc insister sur la situation des personnes accueillies dans des centres d'urgence.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le plan régional de santé traite de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, qu'elles soient ou non hébergées. Les personnes accueillies dans les centres d'hébergement d'urgence seront donc prises en compte : cet amendement est satisfait.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Nous avons déjà eu un débat sur cette question lors de l'examen de l'amendement n°879. Nous avons dit combien nous étions attentifs à l'accueil dans les centres d'urgence. La notion de publics en situation de précarité et d'exclusion inclut bien évidemment ceux qui sont accueillis dans des structures d'accueil et d'hébergement d'urgence, mais aussi toutes les autres personnes en situation de précarité. Nous avons donné satisfaction à M. Desessard en prévoyant l'accès aux soins de tous ces publics.

*L'amendement n°886 n'est pas adopté.*

#### ARTICLE L. 1434-3 DU CODE

« 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.*

**M. le président.** – Amendement n°1315, présenté par le Gouvernement.

Dans le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, supprimer les mots :

de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le texte adopté par la commission pour cet article L. 1434-3 prévoit que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les collectivités territoriales donneront un avis sur le projet régional de santé. Certes, la démocratie sanitaire est au cœur du texte que je défends.

**M. Guy Fischer.** – Qui peut le croire ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'interroge ceux d'entre vous qui sont élus locaux ou membres d'une association de santé : pouvez-vous me dire à quelle occasion on vous demande actuellement votre avis ? Peut être, si vous êtes conseiller général, le fait-on sur les questions médico-sociales mais à l'heure actuelle, vous n'avez pas votre

mot à dire sur les décisions prises à l'hôpital, sur la médecine de ville, ni sur les politiques de santé.

Ce projet de loi change radicalement les choses : étant favorable au renforcement de la démocratie sanitaire, j'ai accepté d'élargir les compétences de la conférence et du conseil de surveillance des ARS, ce qui leur permettra de donner un avis sur le plan stratégique régional de santé. Ce plan sera le document fondamental qui déterminera les objectifs de santé pour la région et la stratégie de l'ARS. Ainsi, les élus, puisqu'ils seront représentés au sein de la CRSA et du conseil de surveillance, auront un droit de regard sur toutes les politiques de santé. Le progrès est majeur : il vous permet de prendre part à la préparation et à l'évaluation des politiques de santé menées en région.

La différence entre le plan stratégique de santé et le projet régional de santé, c'est que le projet décline tous les aspects opérationnels de l'action de l'agence et le détail de ses faits et gestes. Qu'apporterait l'obligation de consulter tous les partenaires de l'agence, toutes les collectivités territoriales sur ce projet ? De la lourdeur ! De la paralysie ! On ne réunit pas les élus, les collectivités locales, les forces vives de la région pour entrer dans le détail des choses.

**M. Guy Fischer.** – C'est ça, la démocratie !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Si tel était le cas, l'ARS devrait organiser des débats permanents sur le moindre de ses programmes d'actions. Pour que fonctionne l'ARS, la réactivité et la souplesse sont indispensables ! Les actuelles conférences de santé, qui comptent entre 60 et 120 membres, verront leurs compétences élargies pour tenir compte des nouveaux domaines d'action des ARS. Sur le plan matériel, faire délibérer sur ce type de document une telle assemblée, ainsi que toutes les collectivités locales, jusqu'à la moindre commune, serait inopportun, compliqué à mettre en œuvre, voire contre-productif.

Le texte voté par l'Assemblée nationale me semble équilibré et permet de sanctuariser la démocratie sanitaire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Si nous suivions l'avis du Gouvernement, le projet régional de santé ne recueillerait l'avis que du représentant de l'État dans la région, c'est-à-dire le préfet de région qui est également président du conseil de surveillance de l'ARS. La commission a donc rejeté à l'unanimité l'amendement du Gouvernement. *(Marques d'approbation à gauche)*

**M. François Autain.** – Vous avez eu raison, monsieur le rapporteur, de rappeler que cet amendement a été repoussé à l'unanimité de la commission : vos explications, madame la ministre, ne nous font pas regretter notre vote. Vouloir défendre la démocratie sanitaire en se privant de tous les moyens

qui permettent de la mettre en œuvre, c'est un peu paradoxal !

En outre, un décret va organiser la consultation des collectivités territoriales : il vous sera facile d'en limiter l'ampleur.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous n'avez sans doute pas mesuré, lors de l'examen en commission, toutes les implications de cette rédaction. Certes, la démocratie sanitaire fait avec ce texte des progrès considérables : les élus et les usagers vont pouvoir donner leur avis sur les objectifs de santé pour la région.

Mais l'ARS a aussi besoin d'agir, d'exprimer la responsabilité régalienne de l'État et de l'assurance maladie. Imaginez que dans un conseil général, pour diriger un de vos services, vous soyez obligé d'attendre les délibérations de tous les conseils municipaux ! Ce serait inacceptable ! Voulez-vous ligoter l'administration sanitaire de votre pays ?

**M. François Autain.** – Caricature !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il y a un temps pour la démocratie sanitaire et un temps pour l'exercice de la responsabilité ! *(Applaudissements sur quelques bancs à droite)*

**M. Alain Gournac.** – Très bien !

**M. Bernard Cazeau.** – Prenons l'exemple du conseil général de la Dordogne : il est bien évident qu'il ne s'agit pas d'attendre 557 délibérations !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est pourtant ce que vous demandez !

**M. Bernard Cazeau.** – Mais non ! On vous demande au maximum quatre ou cinq délibérations ! Ne faites pas de telles comparaisons, madame la ministre ! D'ailleurs, la commission a été unanime à s'émouvoir de votre amendement : respectez la démocratie sanitaire.

*A la demande du groupe socialiste, l'amendement n°1315 est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	339
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	170
Pour l'adoption .....	0
Contre .....	339

*Le Sénat n'a pas adopté.*

*(Mouvements divers)*

**M. le président.** – Amendement n°944, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Il est soumis pour approbation au conseil de surveillance.

**Mme Annie David.** – Cet article 26 montre son caractère autocratique et dirigiste à chaque article du code qu'il complète. Voici que le conseil de surveillance de l'ARS ne sera même pas avisé du projet régional de santé, alors qu'il était au moins avisé de ses caractères stratégiques.

Outre qu'on peut s'interroger sur la distinction subtile entre « plan stratégique » régional de santé et « projet » régional de santé dont ce plan serait le chapeau, force est de constater que nous sommes en présence d'un montage juridique pour le moins déroutant. Faut-il comprendre que le plan stratégique régional de santé ne serait qu'un document synthétique regroupant de grandes orientations générales, déclinées ensuite dans des documents plus directement opératoires ? Si tel est le cas, on peut s'étonner que ce qui fait sens pour la politique régionale de santé ne soit pas soumis aux mêmes règles d'avis et d'approbation que le plan stratégique. Si le plan stratégique est le scénario et le projet régional l'un des temps forts du film, il faut éviter que le conseil de surveillance ne soit le spectateur passif d'une œuvre au caractère affirmé de déjà vu.

C'est le sens de cet amendement, qui fait du projet régional de santé un des éléments du dialogue entre le directeur général de l'ARS et le conseil de surveillance.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable : le conseil de surveillance est consulté sur le plan mais n'intervient pas sur le projet.

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

*L'amendement n°944 n'est pas adopté.*

#### ARTICLE L. 1434-5 DU CODE

« 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.*

**M. le président.** – Amendement n°945, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique, après les mots :

la promotion de la santé

insérer les mots :

y compris de la santé au travail

**M. Guy Fischer.** – Nous ne renonçons pas à défendre nos idées, nous essayons d'améliorer ce projet de loi.

**M. Henri de Raincourt.** – Et ensuite vous le voterez ? (*Sourires*)

**M. Guy Fischer.** – Pour que les incidences du travail sur la santé des salariés, et donc des usagers du système de santé, soient mieux prises en compte, nous proposons d'intégrer aux schémas régionaux de prévention la question de la santé au travail. Nous savons tous combien, en la matière, la prévention importe. Elle aurait pu éviter certaines maladies, comme celles qui, liées au maintien ou au positionnement, affectent le dos des salariés. Je pense aussi au dépistage des cancers professionnels causés par une exposition prolongée à l'amiante. Un dépistage plus précoce aurait permis une meilleure prise en charge, un meilleur accompagnement, y compris dans la fin de vie. On aurait pu lancer d'importantes campagnes de dépistage qui auraient mis en lumière le risque et auraient peut-être permis une réaction plus rapide des employeurs.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous aussi, nous persistons ! Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable.

*L'amendement n°945 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1035, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans la première phrase du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique, après les mots :

promotion de la santé,

insérer les mots :

à l'éducation pour la santé,

**Mme Dominique Voynet.** – Je reviens un instant sur l'amendement n°1315. Il est vrai qu'il sera très compliqué de consulter les collectivités territoriales mais on ne pouvait suivre le Gouvernement qui proposait, en substance, que le superpréfet de la santé consulte le préfet de région, que donc l'État consulte l'État. On n'en serait pas arrivé là si le Gouvernement ne s'obstinait pas à refuser qu'on revienne sur la déclaration d'urgence.

Mon amendement n°1035 corrige un oubli : la « promotion » de la santé et « l'éducation » à la santé, ce n'est pas la même chose. Le mot « promotion » relève de l'univers du *marketing*. Je tiens au mot « éducation » pour que soit pris en compte le rôle important des comités régionaux d'éducation à la santé. En fait, je ferais mieux de rectifier mon amendement pour remplacer « promotion » par « éducation ».

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable, comme à toutes les énumérations. L'éducation est comprise dans la promotion.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Votre amendement est satisfait puisque ces notions sont bien définies à l'article L. 1411-1 et que l'éducation est reprise à l'article L. 1431-2.

**Mme Dominique Voynet.** – Que signifie exactement ce mot « promotion » de la santé ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le terme est présent depuis des décennies dans les manuels de santé publique, avec un sens plus large qu'« éducation à la santé », qui est perçue comme s'adressant à un public plus restreint.

*L'amendement n°1035 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°946, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le schéma régional de prévention fixe des objectifs précis visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé mesurées à l'intérieur du territoire régional.

**M. François Autain.** – Les inégalités sociales devant la maladie et la mort s'aggravent. Lors du congrès des Observatoires régionaux de la santé (ORS), à Marseille en octobre 2008, les experts ont indiqué qu'à 35 ans, l'espérance de vie d'un cadre est de six ans supérieure à celle d'un ouvrier. Ils ont mis en lumière les inégalités territoriales devant la mort par cancer : dans les ZUS, les patients ont deux fois plus de risque de ne pas être suivis en chirurgie que dans les quartiers moyens ou supérieurs. A l'intérieur même d'un département, la population est en bonne santé dans certains secteurs, en mauvaise dans d'autres. La lutte contre les inégalités sociales et territoriales face à la maladie mérite donc une mention précise dans le schéma régional de prévention, parmi les objectifs prioritaires.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – A quoi sert le schéma régional sinon à prendre en compte les spécificités territoriales ? Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La réduction des inégalités est au cœur du projet des ARS. C'est une des missions majeures des agences. L'article général qui crée les ARS la mentionne et, au fil des articles, de nombreuses dispositions vont en ce sens. Défavorable, non sur le fond, bien sûr, mais parce que cet objectif figure déjà dans le texte.

*L'amendement n°946 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1071, présenté par M. Rebsamen et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

L'accès à la prévention des personnes en situation de précarité et d'exclusion constitue un objectif prioritaire de ce schéma.

**M. Jacky Le Menn.** – Selon 54 % des Français, tous les habitants de notre pays n'accèdent pas à des soins de qualité égale : c'est ce que révèle le baromètre du Collectif inter associatif sur la santé (Ciss), qui se dit préoccupé du risque de « glissement vers un système de santé de plus en plus inégalitaire ». Un effort de prévention auprès des plus démunis réduit pourtant les dépenses de santé, se traduit par des hospitalisations moins fréquentes et plus brèves et fait reculer l'exclusion sociale. Il doit donc être une priorité dans les schémas.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est prévu à l'article L. 1434-2 et il est à l'évidence une priorité ! Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est un objectif cardinal. La loi de 1998 a déjà prévu, pour ces personnes en situation précaire, un plan régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps). Vous réduisez l'objectif à la seule prévention, alors que l'offre de services de santé est tout aussi capitale. Les Praps sont repris dans les schémas régionaux. Votre rédaction est en retrait par rapport à la mienne ! Défavorable.

**M. Guy Fischer.** – Cette préoccupation est unanimement partagée. Je voudrais souligner que la médecine scolaire est un point faible de notre système de santé. Au point que certaines communes, notamment dans les quartiers populaires, sont obligées de mener des actions de prévention, en matière dentaire par exemple. J'ajoute qu'au collège et au lycée, puis à l'université, la prévention est sacrifiée : comment faire lorsque les établissements disposent au mieux d'un quart de poste de médecin ou d'assistante sociale ? Je voterai l'amendement.

**M. Jacky Le Menn.** – Mon amendement, madame la ministre, n'est pas en contradiction avec votre rédaction : insister sur la prévention ne peut pas nuire !

*L'amendement n°1071 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1072, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Il inclut également des dispositions relatives aux risques liés au travail ainsi qu'à la santé scolaire et universitaire.

**M. René Teulade.** – Oui, la prévention est un objectif cardinal. Oui, la médecine scolaire est le point faible. Il faut donc élargir le champ d'intervention du

schéma régional de prévention. D'autant que le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles progresse.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La médecine du travail et la médecine scolaire n'entrent pas dans le champ du schéma, mais celui-ci veille bien sûr à l'articulation des différents domaines de la prévention. Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable, je m'en suis déjà expliquée longuement.

*L'amendement n°1072 n'est pas adopté.*

#### ARTICLE L. 1434-6 DU CODE

« 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.*

**M. le président.** – Amendement n°88 rectifié, présenté par MM. Jacques Blanc, Paul Blanc, Jarlier, Mme Payet, MM. Amoudry, Hérisson, Laménie, Bailly, Faure, Thiollière, Carle, Bernard-Reymond, Alduy, Juilhard, Saugey, Béteille, Bernard Fournier, Jean Boyer et Revet.

Au premier alinéa du texte proposé par cet article, pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, après le mot :

population

insérer les mots :

permanente et saisonnière

**M. Jacques Blanc.** – Il faut tenir compte de la population saisonnière, notamment touristique, dans le schéma régional de l'organisation des soins.

**M. le président.** – Amendement identique n°947, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

**Mme Annie David.** – L'afflux touristique nécessite d'adapter l'offre de soins à certaines époques de l'année. En montagne par exemple, il y a outre la population permanente, des saisonniers, jeunes et souvent précaires, et des touristes exposés aux traumatismes des accidents de sport d'hiver.

**M. le président.** – Amendement identique n°1075, présenté par Mme Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – La Côte basque, par exemple, triple sa population en été, période pendant laquelle sont organisées de nombreuses fêtes à risques, en particulier celles de Bayonne. Le schéma régional doit le prendre en compte.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission a estimé que le mot « population » recouvrait les deux catégories de population, permanente et saisonnière. Ces amendements sont donc satisfaits. Retrait ou rejet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis favorable à cette utile précision.

**M. Jacky Le Menn.** – En commission, nous avons fait valoir qu'il fallait ajouter cette précision. Dans ma région de bord de mer, la population triple en été...

**Mme Josette Durrieu.** – Cette précision n'est pas inutile et si elle fait l'unanimité, c'est qu'elle traduit la réalité de tous les départements touristiques. Dans les Hautes-Pyrénées, la population permanente est relativement peu nombreuse mais nous accueillons quatre à cinq millions de touristes, plus six millions de pèlerins à Lourdes, et même neuf millions l'an dernier.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – La commission, son rapporteur et son président sont en train de prendre tout à coup conscience de la grave erreur qu'ils allaient commettre. Nous pensions, à tort, que le Directeur général de l'ARS était capable de comprendre la nécessité de prendre en compte les besoins de l'ensemble de la population, y compris saisonnière. (*Rires*) Maintenant éclairés, nous nous rallions à ces amendements.

**M. Alain Vasselle.** – Il est dommage que, sur un tel sujet, le rapporteur et le Gouvernement n'aient pas le même avis

*L'amendement n°88 rectifié,  
identique aux amendements n°s 947 et 1075,  
est adopté, le rapporteur et le président  
de la commission s'abstenant.*

**M. Nicolas About, président de la commission** – Je doute encore... (*Sourires*)

**M. le président.** – Amendement n°1076, présenté par Mme Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique par les mots :

, déterminée en termes de temps de parcours

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Nous précisons que l'accessibilité géographique doit être appréciée en termes de temps de parcours, afin de tenir compte du relief et des spécificités climatiques des territoires couverts par le schéma régional d'organisation des soins. Dans mon département, lors d'une conférence sur le logement organisée à Eysus, un élu, victime d'une crise cardiaque, n'a pu être secouru à temps car l'hélicoptère n'est arrivé qu'au bout d'une heure.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ce n'est pas une précision pertinente. Le temps de parcours peut lui-même varier selon les circonstances et le temps. En commission, nous avons émis un avis défavorable mais, puisque nous sommes en un temps de repentance, nous verrons après l'avis du Gouvernement... (*Sourires*)

*L'amendement n°1076,  
repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°948, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique par les mots :

ainsi que de l'accessibilité à des tarifs opposables

**M. François Autain.** – Si l'accessibilité géographique -que vous venez de refuser de prendre en compte, madame la ministre- peut parfois constituer une entrave aux soins, il faut également tenir compte du manque de médecins respectant les tarifs opposables. Nos concitoyens sont de plus en plus nombreux à renoncer aux soins parce qu'ils ne peuvent s'offrir de mutuelles et que, dans certaines régions et dans certaines spécialités, il n'existe plus de médecins respectant les tarifs opposables.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à cet amendement satisfait par l'article 1434-7, en son 4°.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'accessibilité aux soins est en effet une question centrale. Je n'ai pas refusé de prendre en compte l'accessibilité géographique, j'ai refusé le critère peu opérationnel qu'on me proposait pour la mesurer. Mais l'accessibilité, géographique ou financière, et donc la prise en compte d'une offre de secteur 1, sont au cœur de ce projet de loi. Il renvoie à un arrêté les modalités de définition du zonage. Je souhaite que certains critères objectifs, à définir avec l'assurance maladie, et parmi lesquels la proportion de professionnels exerçant en secteur 1, permette de répartir la population dans les différents types de zones, des surdotées aux plus handicapés. Cette clé de répartition devra être la même pour toutes les régions. Nous ferons ce travail, à la fois réglementaire et de concertation, et c'est pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

**M. François Autain.** – Ce discours serait crédible si vous aviez accepté le maintien de l'amendement Préel voté à l'Assemblée nationale.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Vous savez bien qu'il aurait eu l'effet contraire.

**M. François Autain.** – Le rapporteur a proposé sa suppression : par où l'on voit bien qu'au-delà des mots, là n'est pas votre objectif réel. Il est vrai, monsieur le rapporteur, que pour les missions de service public, un tarif opposable est prévu. Mais *quid* des autres cas ?

**Mme Josette Durrieu.** – Le juge s'est prononcé sur cette question de l'accès aux soins. Je puis vous citer le cas de la maternité de l'hôpital de Lannemezan, dont j'assume la présidence : le juge s'est prononcé, et vous avez perdu.

S'il est juste de poser le problème de la sécurité des soins dans les hôpitaux, il faut aussi considérer la question de la sécurité d'accès à l'hôpital : la position adoptée par nos juridictions est incontournable. Chacun doit pouvoir accéder à un lieu de soins à moins de 45 minutes de chez soi. Nous devons adapter nos textes en conséquence.

*L'amendement n°948 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1073, présenté par M. Rebsamen et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Il est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu notamment des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante.

**M. Claude Jeannerot.** – Le texte supprime toute référence précise aux modalités d'élaboration des

nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Cela est regrettable car la question est bien, ici, de la pertinence des critères retenus. Nous proposons donc de définir explicitement la méthode à mettre en œuvre.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Outre que ces dispositions sont de nature réglementaire, il est évident que l'on ne peut pas répondre aux besoins de la population si l'on ne les a pas évalués. Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le texte fixe bien les missions de l'ARS et les principes qui guident son action, soit « organiser l'offre de soins pour répondre aux besoins de soins et de services médico-sociaux de la population ». A quoi bon le rappeler à chaque alinéa ? Défavorable.

*L'amendement n°1073 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°82, présenté par M. Beaumont.

Dans la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, après les mots :

établissements et services médico-sociaux,

insérer les mots :

les centres de santé,

**M. René Beaumont.** – Les centres de santé ont été oubliés. Ils doivent entrer explicitement dans les compétences du SROS.

**M. le président.** – Amendement identique n°1074, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

**Mme Gisèle Printz.** – Nous militons pour que soient précisées les missions des centres de santé. Il serait normal qu'ils figurent dans les établissements ici listés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les centres de santé sont mentionnés deux alinéas plus loin. Il est clair qu'ils sont pris en compte. Retrait ou rejet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous connaissez mon attachement aux centres de santé auxquels j'ai confié des missions et ouvert des possibilités dans les deux dernières lois de financement de la sécurité sociale. Il est évident qu'ils sont compris dans le schéma, mais pour faire plaisir à M. Beaumont, sagesse. (*Murmures flatteurs*)

*Les amendements identiques n°82 et 1074 sont adoptés.*

**M. le président.** – Amendement n°1077, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Il identifie les complémentarités et les coopérations possibles, notamment entre les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux et les services de santé au travail.

**M. Yves Daudigny.** – Une organisation des soins cohérente doit fédérer tous les acteurs susceptibles d'aider à atteindre les objectifs de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La répétition, monsieur Daudigny, est peut-être l'essence de la pédagogie : je vous rappelle que les ARS n'ont pas compétence sur l'organisation de la santé au travail.

*L'amendement n°1077,*

*repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°87 rectifié, présenté par MM. Jacques Blanc, Paul Blanc, Jarlier, Mme Payet, MM. Amoudry, Hérisson, Laménie, Bailly, Faure, Thiollière, Carle, Bernard-Reymond, Alduy, Juilhard, Saugey, Jean Boyer, Bernard Fournier et Revet.

Compléter le troisième alinéa du texte proposé par cet article, pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique par les mots :

et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires

**M. Jacques Blanc.** – Nous partageons, avec Paul Blanc, la même expérience de territoires qui ont su accueillir, dans des conditions très bénéfiques pour elles, des personnes handicapées. Leur présence doit être intégrée dans l'analyse des besoins de santé. Certains territoires, par leur topographie ou leur climat, ont une vocation naturelle d'accueil sanitaire et social : en tenir compte dans le SROS évitera de surcroît que, par un calcul trop arithmétique, on se contente de rapporter un nombre de lits à une population.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est en effet souhaitable de tirer parti des atouts de certains territoires pour l'accueil de personnes handicapées ou en convalescence. Favorable. (*M. Jacques Blanc remercie*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il n'est évidemment pas question de ne pas tenir compte de la spécificité de certains territoires, forts d'une véritable culture d'accueil dans leurs établissements médico-sociaux. Tel est le cas du Massif Central.

Jacques Chirac lui-même, en Corrèze, avait placé l'action en faveur des structures d'accueil pour handicapés au cœur de son projet local. Je sais que vous partagez ce même souci humaniste...

Cependant, c'est précisément la vocation du pilotage régionalisé que de proposer des schémas adaptés aux territoires. Valoriser les expériences, les compétences, les bonnes pratiques, tel est bien l'objectif des SROS. C'est pourquoi je préférerais le retrait de votre amendement.

**M. Jacques Blanc.** – Je comprends vos arguments, mais comprenez que j'aie besoin de voir confirmer dans le texte ce que vous venez d'indiquer...

**M. Paul Blanc.** – Je voudrais rappeler que dans le plateau Cerdan et dans le Briançonnais, des établissements de santé accueillent de jeunes asthmatiques, avec de bons résultats.

Je sais les progrès de l'allergologie, avec la découverte des dermatophagoïdes, mais les vertus thérapeutiques des séjours en altitude sont incontestables. Il faut se prémunir contre le risque de s'en tenir au *ratio* nombre de lits/population. Comme mon collègue et confrère, je souhaite le maintien de l'amendement.

*L'amendement n°87 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°987, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

Après la référence :

L. 1411-12

supprimer la fin du quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique.

**M. Paul Blanc.** – Les cabinets ambulatoires exigent souplesse et adaptabilité. L'opposabilité du schéma d'organisation des soins ambulatoires rendrait leur gestion très difficile.

**M. Gilbert Barbier.** – Très bien.

**M. le président.** – Amendement n°1098, présenté par M. Botrel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, remplacer les mots :

biologie médicale et des réseaux de santé

par les mots :

biologie médicale, des réseaux de santé et détermine l'offre de soins de premier recours supplémentaires nécessaires dans les zones démographiques médicales déficitaires

**M. Yannick Botrel.** – Le SROS doit prendre en compte explicitement l'offre médicale de premier recours, qui se raréfie dans certains territoires. La population y est sensible : selon une enquête menée dans les Côtes d'Armor, les médecins de premier recours viennent en tête des services au public pour 72 % des sondés.

Les aides à l'installation dans les zones sous-denses n'ont pas produit de résultats, et de nombreuses régions sont aujourd'hui menacées par la démedicalisation rampante. Dans le Centre Ouest Bretagne, 56 % des généralistes ont plus de 55 ans, 34 % plus de 60 ans, et le remplacement des médecins partant en retraite n'est d'ores et déjà plus

assuré : un tiers des médecins aura disparu d'ici cinq ans !

L'augmentation du *numerus clausus* est une première réponse. Il faut également favoriser le regroupement des professionnels de santé au sein de maisons médicales de proximité. Enfin, les médecins doivent pouvoir se consacrer à l'exercice de leur métier plutôt qu'à des tâches administratives ! Il est urgent d'agir. Il en va de l'égalité d'accès aux soins comme de l'aménagement du territoire. On ne peut abandonner une partie de la population. Je rappelle que selon le préambule de notre Constitution, « la Nation garantit à tous la protection de la santé ».

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'exposé des motifs précise que le schéma ambulatoire n'est pas opposable. Si le SROS ne faisait pas état des besoins en implantations de premier recours, il serait gravement incomplet. Défavorable à l'amendement n°987, s'il n'est pas retiré. Même avis sur l'amendement n°1098 : inutile de répéter à la fin de l'alinéa ce qui est déjà prévu au début.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je souhaite le retrait de l'amendement n°987. Pour lutter contre les déserts médicaux, il faut un diagnostic précis des territoires, reposant sur une cartographie fine, élaborée en relation avec les élus locaux, les professionnels de santé et les associations : il y a des zones désertifiées en région Paca comme des zones sur-denses dans le Nord-Pas de Calais ! L'ARS se comportera en guichet unique pour flécher les aides afin de rééquilibrer la démographie médicale. Nous ne pouvons nous priver d'un schéma qui fait l'état des lieux et des besoins, mais qui n'a pas vocation à devenir opposable.

L'amendement n°1098 est satisfait : le volet ambulatoire du SROS indiquera les implantations d'offre de soins nécessaires aux besoins. Retrait ?

**M. Paul Blanc.** – Les explications du ministre m'ont rassuré :

*L'amendement n°987 est retiré.*

**M. Yannick Botrel.** – Je rejoins la ministre sur la nécessité d'un diagnostic, mais il ne paraît pas inutile de préciser dans le texte l'importance de la médecine de premier recours.

*Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°1098, mis aux voix par assis et levé, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1279, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique :

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures

destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-6-1 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 *ter* du code général des impôts.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il s'agit de préserver une base légale au zonage existant, actuellement défini par les missions régionales de santé qui ont vocation à être intégrées dans les ARS. La mécanique du zonage n'est pas modifiée, et le périmètre des zones est garanti. Une répartition fine sur le territoire régional se fera en concertation avec les professionnels, les élus et les patients, et tiendra compte des spécificités régionales.

La politique de zonage sera complétée par diverses dispositions conventionnelles et législatives. L'organisation de l'offre de soins définie par le schéma régional sera ainsi renforcée.

**M. le président.** – Amendement n°988, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

Dans le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, après les mots :

des mesures

insérer le mot :

incitatives

**M. Paul Blanc.** – Mme la ministre a employé à plusieurs reprises le terme « incitatives », mais il serait préférable de l'inscrire dans la loi.

Je regrette que, depuis une première liste établie en 2006, rien n'ait été fait pour identifier les zones sous-médicalisées. Certaines collectivités locales ont décidé d'aider, par exemple, la création de maisons médicales. Or, dans certains départements, comme les Pyrénées-Orientales...

**M. Jacques Blanc.** – Ou la Lozère !

**M. Paul Blanc.** – ...les zones sous-médicalisées n'ont pas été identifiées comme telles et ne peuvent donc bénéficier des mesures prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Il ne faut pas attendre la mise en place des agences régionales de santé pour recenser ces zones : certains médecins prendront leur retraite d'ici là, ce qui risque d'accentuer les déserts médicaux. (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

**M. Bernard Cazeau.** – Ils ont pourtant voté contre un amendement similaire !

**M. le président.** – Amendement n°1078, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 par trois phrases ainsi rédigées :

Il est tenu compte de l'accessibilité d'une offre aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dans la détermination de ces zones ainsi que pour les mesures prévues pour leur installation. Ces mesures sont incitatives pour les zones considérées comme sous-dotées et désincitatives, déterminées de façon graduée, pour les zones considérées comme sur-dotées. Les formes d'exercice regroupé que sont les maisons de santé et centres de santé sont favorisées.

**M. Yves Daudigny.** – Nous proposons d'inscrire dans la loi que les centres et maisons de santé pluridisciplinaires ont un rôle à jouer dans la lutte contre les déserts médicaux.

**M. le président.** – Amendement n°1164, présenté par MM. Mézard, Milhau et Vall.

I. - Compléter l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Il tient compte notamment de l'accessibilité d'une offre aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dans la détermination de ces zones.

II. - En conséquence, compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique par les mots :

, en tenant compte de l'accessibilité d'une offre aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale

**M. Jacques Mézard.** – L'offre de soins peut demeurer théorique si elle n'est pas financièrement accessible à tous.

**M. le président.** – Amendement n°1165, présenté par MM. Mézard, Milhau et Vall.

Compléter l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Ces mesures sont incitatives dans les zones considérées comme sous-dotées et éventuellement désincitatives, déterminées de façon graduée, dans les zones considérées comme sur-dotées.

**M. Jean Milhau.** – Le rapport Bernier signalait déjà l'intérêt de mesures incitatives et désincitatives pour l'installation des professionnels en régions sous-dotées ou sur-dotées.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable à l'amendement n°1279 du Gouvernement.

Il est inutile de préciser, comme le propose l'amendement n°988, que ces mesures sont incitatives car on ne peut obliger des professionnels de médecine libérale à s'installer là où ils ne le souhaitent pas. Retrait ou avis défavorable.

Avis défavorable à l'amendement n°1078 ainsi qu'à l'amendement n°1165 : la notion de « mesures désincitatives déterminées de façon graduée » est difficilement compréhensible. Avis défavorable également à l'amendement n°1164 : l'incitation à la création de centres de santé permettra d'assurer une offre de soins à des tarifs accessibles.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je demande le retrait de l'amendement n°988, qui limite les mesures à celles qualifiées d'« incitatives ». Il existe également des mesures désincitatives, qui résultent notamment d'accords conclus entre l'assurance maladie et les infirmières.

**M. François Autain.** – Et les médecins ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les infirmières se sont engagées volontairement dans un processus de régulation concernant les zones les plus dotées et ont obtenu en contrepartie une revalorisation de leurs tarifs. Il n'est pas souhaitable d'empiéter sur cette démarche. D'autres mesures désincitatives pourront être prises à l'avenir, si elles sont acceptées par les professionnels.

L'amendement n°1078 souhaite encourager les formes d'exercice groupé. Les dispositions prévues par ce texte pour les pôles, centres et maisons de santé, renforcées par la commission, sont satisfaisantes. Avis défavorable, de même qu'à l'amendement n°1164 : l'accessibilité financière de l'offre est déjà prise en compte par les schémas régionaux.

L'amendement n°1165 précise que les mesures incitatives sont éventuellement complétées de mesures désincitatives : avis défavorable, pour les raisons exposées au sujet de l'amendement n°988. La répartition des internes, le volet ambulatoire des schémas régionaux, la généralisation des coopérations entre professionnels sont des leviers importants de cette politique. Des mesures désincitatives risqueraient d'encourager la fuite des médecins libéraux de premier recours vers d'autres disciplines, comme Nicolas About nous le rappelle souvent. Ce serait contreproductif.

**M. Jacques Blanc.** – L'amendement du Gouvernement détermine une orientation fondamentale, qui sera complétée par les dispositions prévues au titre II afin d'aider à l'installation -et au remplacement- des médecins dans les zones définies par les agences régionales de santé. Certains de nos territoires s'inquiètent pour l'avenir de la présence médicale. Grâce à ce choix politique noble, auquel la commission s'est associée, les incitations à

l'installation tiendront compte des besoins et des réalités de la médecine libérale.

**Mme Dominique Voynet.** – Il s'agit d'un problème crucial, ce dont témoignent ces amendements venus de tous les bancs.

Ce qui est proposé n'est pas à la mesure de la réalité. On souffle le chaud et le froid : d'un côté, on refuse d'imposer des contraintes trop fortes aux médecins libéraux de premier recours de peur de les faire fuir ; de l'autre, on ne renforce pas suffisamment le soutien public aux centres et aux maisons de santé. On semble attendre que la prise de conscience survienne spontanément au sein de la communauté médicale et que, demain, les professionnels acceptent de nouvelles mesures par le biais de la négociation et de la pédagogie.

La situation sur le terrain est bien plus grave. Comme mes collègues, je suis tentée de parler de la situation de mon département : les déserts médicaux ne sont pas uniquement situés en zone rurale.

Dans ma ville de 100 000 habitants, il y a des quartiers où l'on ne trouve parfois que deux ou trois généralistes pour 6 000 à 10 000 personnes. Il y a trois cardiologues et deux dermatologues, qui partiront presque tous à la retraite au cours des quatre prochaines années.

Le moment est venu de franchir une nouvelle étape.

Vous voulez respecter la liberté d'installation des médecins libéraux. Encore faut-il qu'une négociation améliore les conditions d'exercice, les conditions de travail et la sécurité dans les quartiers difficiles, enfin les conditions de vie dans les zones rurales isolées.

L'action du Gouvernement n'est pas à la hauteur des difficultés.

**Mme Annie David.** – Nous approuvons bien sûr la première phrase de l'objet de l'amendement n°1279, imposant aux ARS de veiller à l'égal accès aux soins sur le territoire régional.

Hélas, de nombreuses familles de mon département éprouvent de grandes difficultés lorsque leurs enfants ont besoin d'être pris en charge par un centre médico-psychologique (CMP). Alors que le décret du 14 mars 1986 organisant la sectorisation psychiatrique confie à ces structures la prise en charge de proximité, certains parents qui résident dans le Haut-Grésivaudan, sur les balcons de Belledonne, en Isère, doivent parcourir 80 kilomètres et attendre toujours plus longtemps un premier rendez-vous car le nombre de CMP diminue. Selon le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de la région Rhône-Alpes, 40,9 % des premiers rendez-vous ont été accordés à plus de trois mois en janvier 2008, contre 10,5 % selon l'évaluation réalisée en 2007.

Ces délais accrus et les contraintes de transport sont préjudiciables au suivi des enfants, alors que les

professionnels doivent encore vaincre les réticences familiales car la maladie mentale fait peur.

Pour rétablir l'égal accès aux soins, il faut créer un CMP dans le Haut-Grésivaudan.

**M. Guy Fischer.** – Très bien ! Voilà du concret.

**M. Alain Vasselle.** – Je m'interroge sur la compatibilité entre le principe constitutionnel de liberté d'installation des médecins et l'arsenal de mesures incitatives ou désincitatives. J'aimerais un éclairage juridique car le Conseil constitutionnel pourrait annuler le dispositif s'il était saisi.

D'autre part, des dissonances entre le rapporteur et le Gouvernement viennent d'apparaître une troisième fois cet après-midi, sur la base d'argumentaire semblable aboutissant à des conclusions opposées.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Il s'agit de broutilles...

**M. Alain Vasselle.** – Le rapporteur a fait valoir à M. Paul Blanc que l'on ne pouvait forcer un médecin à s'installer là où il ne voulait pas le faire. Je comprends l'argumentation mais l'amendement du Gouvernement confie au SROS le soin de définir les zones faisant l'objet de mesures d'incitation ou de désincitation. Si ces mesures sont inefficaces, à quoi bon les adopter ? Si elles sont suffisamment fortes, on impose en fait aux médecins de s'installer là où ils ne voulaient pas aller. Comment s'en sortir ? (*Marques d'approbation à droite*)

**M. François Autain.** – M. Vasselle prétend que la liberté d'installation des médecins a valeur constitutionnelle. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat s'esclaffe et s'écrie : « Un comble ! »*) A tout le moins, l'affirmation doit être vérifiée.

Je suis attaché à la liberté des médecins, comme à celle de tous nos concitoyens, mais leur liberté d'installation...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – ...contrôlée !

**M. François Autain.** – ...n'a rien d'intangible. Le conventionnement n'est pas de droit en tout lieu. Il faudra bien prendre un jour cette question à bras-le-corps.

La liberté d'installation des médecins constitue l'alpha et l'oméga de la politique gouvernementale. D'où la paralysie de toute action !

Comment coordonner ce principe avec la permanence des soins ? (*M. Gilbert Barbier estime que ces deux sujets n'ont « rien à voir »*)

Quand j'exerçais, la permanence des soins allait de soi, mais le président Chirac l'a basée sur le volontariat juste après l'élection présidentielle de 2002, pour récompenser les médecins de l'avoir soutenu, si bien qu'elle n'est plus assurée dans nombre de départements.

La liberté de choix des médecins s'exerce au détriment des patients. Nous devons donc faire un choix. J'opte pour les patients, qui ont un droit constitutionnel à recevoir des soins dans des conditions équitables où qu'ils habitent.

Nous y reviendrons plus en détail à propos du titre II, mais je note dès à présent que, d'après le site ministériel, 2,5 millions de Français n'ont pas accès aux soins. Et rien n'est fait ! (*Applaudissements à gauche*)

**M. Paul Blanc.** – Ne nous fions pas à l'apparence anodine de ces amendements.

Nous reconnaissons tous que notre système de santé est le meilleur au monde. Voulons-nous l'étatiser (*exclamations sur les bancs CRC-SPG*) à l'anglaise ? Les Français le refusent !

**M. Guy Fischer.** – Vous nous faites peur !

**M. Paul Blanc.** – Et nul ne souhaite un dispositif libéral à l'américaine. Notre système de santé va extraordinairement bien...

**Mme Dominique Voynet.** – Cocorico !

**M. Paul Blanc.** – ...mais il faut l'aménager.

Monsieur Vasselle, nul ne s'est interrogé sur la constitutionnalité des mesures incitant les entreprises à s'implanter en zones de revitalisation rurale. Pourquoi raisonner différemment à propos des médecins ? D'ailleurs, le dispositif leur est applicable.

Je regrette seulement que nous ayons tendance à mettre fin aux incitations peu de temps après les avoir institué. Des mesures existent depuis 2006, mais elles ne sont guère appliquées.

La sécurité sociale s'est engagée à financer les maisons médicales jusqu'en 2010. Si ces zones ne sont pas déterminées très rapidement, la sécurité sociale va se désengager car 2010, c'est demain !

Alors, de grâce, ne chamboulons pas tout avant d'avoir évalué les mesures que nous avons votées en 2006 ! (*Applaudissements à droite*)

**M. Adrien Gouteyron.** – Dans de nombreux départements, et pas seulement dans le mien, des initiatives locales sont prises qui, hélas, ne sont, le plus souvent, pas aidées car les zonages sont inadaptés. Ils sont fréquemment déterminés en fonction de statistiques et ne prennent pas en compte les évolutions prévisibles. Il faut de la prospective !

Madame la ministre, nous devons aller très vite pour qu'enfin, les initiatives locales soient aidées. (*Applaudissements à droite*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il était normal d'avoir des explications un peu longues sur ce type de sujet. J'ai pourtant le sentiment que nous avons largement préempté le débat que nous aurons au titre II sur la démographie médicale.

Monsieur Vasselle, je ne trouve pas choquant que nous ayons, la commission et moi, des avis différents non pas sur la philosophie même du texte mais sur certaines modalités de son application. Il y a encore peu de temps, le Gouvernement présentait son texte et la commission l'amendait en séance publique : personne n'y trouvait à redire ! Il serait plutôt inquiétant que le Gouvernement et le rapporteur aient systématiquement la même vision. Cela indiquerait sans doute des pressions inadmissibles sur la commission.

**M. Guy Fischer.** – C'est bien ce que vous avez fait !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis trop respectueuse de la démocratie et du Parlement pour me livrer à de tels agissements !

*L'amendement n°1279 est adopté.*

*L'amendement n°988 devient sans objet*

*L'amendement n°1078 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 1164 et 1165.*

#### ARTICLE L. 1434-7 DU CODE

« *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.*

**M. le président.** – Amendement n°1079, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, après les mots :

besoins de la population,

insérer les mots :

en tenant compte de l'accessibilité d'une offre aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale,

**M. Bernard Cazeau.** – La détermination des zones et des aides à l'installation et au maintien devra tenir compte du secteur d'exercice du professionnel de santé, surtout s'il pratique des dépassements d'honoraires. Dans certains territoires ou pour certaines spécialités, il n'y a plus que des praticiens qui pratiquent des honoraires libres : permettre des dépassements supplémentaires aggraverait encore la situation.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement n'a aucune portée normative. En outre, il n'est pas possible d'interdire les dépassements d'honoraires, à moins qu'il ne s'agisse d'une mission de service public. Avis défavorable.

*L'amendement n°1079, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°951, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - Supprimer le 3° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

II. - Dans le dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

en vertu des 2° et 3

par les mots :

en vertu du 2°

**Mme Annie David.** – Nous ne voulons pas que le directeur de l'ARS puisse décider seul, de manière autoritaire, de la participation d'un établissement public de santé à une communauté hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire. De telles coopérations doivent impérativement reposer sur la satisfaction des besoins en santé et sur le volontariat des établissements eux-mêmes. Or, nous avons déjà démontré que de tels rapprochements sont le fait des contraintes qui ont été exercées : telle n'est pas notre conception de la démocratie sociale.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous avons déjà longuement débattu de cette question lorsque nous avons examiné le titre I. J'avais dit que les coopérations inter-hospitalières ne pouvaient se faire que sur la base du volontariat. Sur proposition de M. le rapporteur, nous avons précisé le rôle et la place du directeur général de l'ARS. Le sujet étant parfaitement balisé, l'avis ne peut être que défavorable.

*L'amendement n°951 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°952, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le 4° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° Éventuellement les zones de sous densité d'offre de soins où les établissements de santé privés doivent pallier l'absence du service public hospitalier.

**M. François Autain.** – Le schéma régional d'organisation des soins détermine les missions de service public assuré par les établissements de santé. Il conviendrait que ce schéma traite des zones de sous-densité des soins où les établissements privés doivent pallier l'absence du service public. On éviterait ainsi que les établissements privés se substituent aux établissements de services publics même lorsque les zones ne sont pas en sous-densité.

L'exposé des motifs rappelle que ces missions de service public ne devaient être exercées par les établissements privés que dans les zones de sous-densité. Or, dans cet article, il ne sera pas possible de faire la distinction entre les missions exercées par le service public et celles exercées par le service privé, lorsque le service public est défaillant.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Vous êtes cohérents depuis le début !

**M. François Autain.** – Cohérents, mais pas entendus !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Tout est dit dans le 4° de cet article. Cet amendement n'y ajoute rien. Comme nous l'avons précisé lors de l'examen de l'article premier, s'il y a carence, il faut pouvoir confier la mission de service public à un ou plusieurs établissements, qu'ils soient publics ou privés : avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable, car la préoccupation de M. Autain est déjà satisfaite.

*L'amendement n°952 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1080, présenté par M. Rebsamen et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le cinquième alinéa (4°) du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Les moyens consacrés aux activités d'interruption volontaire de grossesse.

**Mme Gisèle Printz.** – Face à la mobilisation de tous, le Gouvernement est revenu sur la baisse programmée du montant des aides de l'État aux associations intervenant dans l'ensemble des établissements d'information, de conseil conjugal et familial (EICCF) : de 2,6 millions en 2008, l'enveloppe devait en effet passer à 1,5 million cette année.

Avec cette réduction budgétaire, près d'un tiers des 70 associations départementales du planning auraient été contraintes de fermer, ce qui aurait été désastreux car l'information, l'accueil, l'écoute, l'éducation à la sexualité restent des missions d'utilité publique dans une société où les relations entre les filles et les

garçons se tendent, où les campagnes de prévention et d'information nationales ont besoin de relais locaux.

Cet article est l'occasion de s'interroger sur les moyens consacrés à l'IVG. En France, le droit à l'avortement est constamment menacé. Récemment encore, tel a été le cas avec l'arrêt de la Cour de cassation qui permet l'inscription à l'état civil d'un enfant mort-né, quels que soient son terme et son poids, lui reconnaissant ainsi une personnalité juridique. Cette décision a semé le doute quant à la nature juridique du fœtus et pourrait remettre en cause le droit des femmes à disposer de leur corps.

Pour douloureux que soient ces deuils, il n'est pas possible de revenir sur le droit à l'avortement, qui est une liberté fragile. Dans la région Bourgogne, 91 % des IVG sont pratiquées à l'hôpital public mais la situation risque de se dégrader. Les restructurations hospitalières et le désengagement des établissements de santé privés restreignent en effet les possibilités de pratiquer ces actes. Aussi, le schéma régional d'organisation des soins doit déterminer les moyens consacrés aux IVG.

**M. Guy Fischer.** – Très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cette disposition est hors de proportion avec l'objet des SROS, qui est de satisfaire l'ensemble des besoins de la population ; il n'y a aucune raison de réserver une place spéciale aux IVG : avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis très attachée au droit des femmes à disposer de leur corps et c'est d'ailleurs pourquoi j'ai substantiellement revalorisé le tarif des IVG chirurgicales : 20 % l'année dernière et encore 20 % cette année. Vous connaissez la profondeur de mes engagements sur cette question.

Ne croyez pas que les ARS auraient le choix de diminuer les moyens consacrés à l'IVG : cela fait déjà partie de leurs obligations. Votre préoccupation est donc prise en compte de façon obligatoire.

*L'amendement n°1080 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1099, présenté par M. Botrel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le 4° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° Les créations et suppressions d'activités de soins généralistes de premier recours répondant à une mission de service public dont les modalités d'organisation sont fixées par décret.

**M. Yannick Botrel.** – Les mesures incitant les médecins à exercer dans les zones sous-dotées médicalement n'ont pas prouvé leur efficacité. On ne peut pour autant laisser des pans entiers du territoire en déshérence, sans accès à la médecine de premier

recours. Les incitations financières et fiscales au profit des médecins volontaires pour exercer en zones sous-dotées médicalement, même si elles sont utiles et nécessaires, ne peuvent suffire. Si 88 % des médecins approuvent les pouvoirs publics qui s'investissent pour réduire les disparités, 57 % d'entre eux restent persuadés qu'ils n'y parviendront pas avec les seules mesures existantes.

Il faut partir d'un constat : comme ailleurs dans la société, les jeunes ont des aspirations différentes en termes de vie et de choix personnels. C'est ainsi que le nombre de médecins généralistes salariés s'est accru beaucoup plus rapidement que celui des autres généralistes : de 29 % contre 6,9 en dix ans. La profession s'est féminisée : sept étudiants en médecine sur dix sont désormais des femmes. L'installation d'un médecin implique son conjoint, qui appartient le plus souvent à des catégories socio-professionnelles supérieures. Tout cela conditionne le choix de l'implantation ; il convient donc d'explorer toutes les solutions et de faire preuve d'imagination et d'innovation.

Dans cet esprit, nous proposons que les ARS puissent, sur la base d'une adhésion volontaire, proposer l'exercice salarié de la profession médicale, y compris à temps partiel. Aujourd'hui déjà, par le biais d'une convention tripartite Urcam-professionnels de santé-collectivités territoriales, peuvent être prises en charge les dépenses d'investissement et de fonctionnement des locaux professionnels mis à disposition du médecin, la mise à disposition d'un logement, une prime à l'installation, une prime d'exercice forfaitaire. De la même manière, il faudrait donner la possibilité aux collectivités et à leurs regroupements, dans les zones jugées déficitaires par l'ARS, d'être le support du recrutement d'un médecin ou plusieurs médecins salariés en cas de temps partagé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable, ne serait-ce qu'à cause du manque de clarté de votre rédaction : on ne sait pas s'il s'agit de médecins ou de soins.

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

**M. Yannick Botrel.** – Mon amendement n'a rien de contraignant ! Alors que nombre de nos collègues déplorent le désert médical et se demandent comment susciter l'installation de médecins de premier recours, je ne saisis pas ce qu'on m'oppose. Je propose que les collectivités territoriales puissent recruter des médecins salariés, charge ensuite à la collectivité nationale de faire en sorte qu'elles ne soient pas pénalisées financièrement.

**M. François Autain.** – C'est un excellent amendement !

*L'amendement n°1099 n'est pas adopté.*

## ARTICLE L. 1434-10 DU CODE

*« 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.*

**M. le président.** – Amendement n°1081, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique par les mots :

ou confrontée à des difficultés spécifiques

**Mme Patricia Schillinger.** – La rédaction proposée ne fait référence qu'aux personnes âgées et aux personnes handicapées, alors que la liste des établissements et services donnant lieu à cette planification est bien plus large. L'argument selon lequel, puisque l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles présente tous ces établissements, il ne serait donc pas nécessaire de reproduire ici cette énumération n'est pas satisfaisant : on perçoit mal la logique qui voudrait que cette énumération soit d'une part limitée aux seules personnes âgées ou handicapées et d'autre part intégrale.

Mieux vaut donc rappeler ici cette énumération afin que soient pris en compte tous nos concitoyens confrontés à des difficultés spécifiques telles que définies à l'article L. 312-1-9 du code de l'action sociale et des familles.

**M. le président.** – Amendement identique n°1166 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet,

Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

**M. Gilbert Barbier.** – Dès lors qu'il y a un « notamment », tout oubli est fâcheux. Beaucoup d'organismes dont l'action est très utile sont ainsi oubliés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable : cela n'entre pas dans le champ de compétence des ARS.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Même avis.

**M. Gilbert Barbier.** – Vous excluez ainsi des établissements qui accueillent des usagers et les prennent en charge. On ne peut éluder le problème en disant que cela ne concerne pas les soins. Il y a bien des consultations. Pensez aux ravages que font les drogues dans certains endroits.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 1081 et 1166 rectifié ne sont pas adoptés.*

**M. le président.** – Amendement n°1000 rectifié *bis*, présenté par MM. Leroy, Doligé, Sido, Lambert, du Luart, César et Huré.

Rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique :

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

**M. Philippe Leroy.** – Il faut préserver l'intérêt des schémas départementaux arrêtés par les conseils généraux. En l'état, le texte actuel n'en tient pas compte. Notre amendement est de précaution.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – On n'oublie pas les schémas départementaux mais les schémas régionaux n'ont pas à être fondés sur cette base, ils doivent avoir une autonomie par rapport à eux. La rédaction retenue respecte tout à fait les compétences des départements.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Le Gouvernement tient à travailler en étroite coordination avec les régions et les départements.

Notre souci est de concilier la libre administration des collectivités et la mise en œuvre des décisions stratégiques de l'État, *via* les ARS. La commission a introduit des précisions en ce sens. Les priorités seront définies ensemble, dans le respect des

compétences de chacun. Le schéma départemental n'a pas le même périmètre que le Priac. Le but est d'articuler les objectifs de l'État et ceux des schémas départementaux. Retrait.

**M. Philippe Leroy.** – S'il ne s'agissait que de vous, madame la ministre, je ne serais pas inquiet ! Je vous sais sincère et le rapporteur l'est aussi. Vous pensez tous deux que les intentions de l'État et celles des conseils généraux se rencontreront et se féconderont mutuellement. (*Sourires*) Quant à moi, je crains qu'une interprétation plus restrictive ne finisse par prévaloir... La vraie décision concernant les schémas passera des départements à l'État. C'est une tentative de recentralisation.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Bien sûr !

**M. Philippe Leroy.** – Je suis désolé de devoir maintenir mon amendement, mais la décentralisation est en cours et il ne faut pas chercher à la stopper. Vous enrichissez le mille-feuille en confiant à diverses autorités le soin d'élaborer le même schéma. Ainsi, vous ajoutez à la confusion. Pour ma part, je suis un décentralisateur modéré, mais volontaire !

**M. Guy Fischer.** – Je partage les interrogations de M. Leroy. Il y a une incertitude...

Nous sommes les seuls à avoir émis de vives critiques à l'égard des ARS, outil de réduction des dépenses, comme à l'égard du rôle de leurs directeurs. Le Gouvernement veut à présent faire passer le médico-social sous la coupe des ARS. Les établissements de ce secteur passeraient au second plan par rapport aux établissements de santé. Mon groupe demandera un scrutin public.

**M. Michel Mercier.** – J'avais déposé des amendements dans le même esprit, que j'ai retirés par amitié pour Mme la Ministre (*Mme Valérie Létard, secrétaire d'État, sourit*) ; mais la loi a confié aux collectivités l'essentiel de la compétence médico-sociale, à l'exception de la partie sanitaire. Il faut bien sûr rechercher un accord entre l'État qui finance le sanitaire et les départements qui ont la charge de tout le reste.

**M. Guy Fischer.** – Un reste dont le financement s'alourdit d'année en année !

**M. Michel Mercier.** – Il faut donc mettre les départements et l'État d'accord. L'affaire est réglée par l'article L. 1432-1, nous dit Mme Létard. Je ne le crois pas. Cet article figure dans la section « Organisation des agences », qui concerne les ARS, pas les collectivités. Des commissions de coordination, fort bien, mais les collectivités ont des pouvoirs propres, reconnus par la Constitution et elles sont des entités distinctes. Entre les décisions du directeur de l'ARS et le conseil général, il faut certes une cohérence. Organisons les choses pour tous les départements...

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – C'est l'objet des commissions de coordination.

**M. Michel Mercier.** – Mais elles figurent dans la section consacrée aux ARS ! Les collectivités, pardonnez-moi l'expression, se tamponnent le coquillard de ces commissions de coordination qui n'ont pas à coordonner leurs actions ! *(Applaudissements sur plusieurs bancs)*

**M. Gérard Longuet.** – C'est bien vrai.

**M. Bernard Cazeau.** – Madame la ministre, vous mixez un peu vite offre sanitaire et offre médico-sociale. La première est votre problème, la seconde relève des départements. Ce qu'il faut organiser, c'est un débat entre les deux décideurs.

**M. Alain Vasselle.** – Une fois de plus, la rédaction est ambiguë -je parle de la lettre, non de l'esprit, car les propos des ministres sont fort clairs.

Nous butons toujours sur la même difficulté : lorsque deux partenaires doivent travailler ensemble, on redoute que l'un ne domine l'autre. Nous avons rencontré ce problème lorsque nous avons traité de la collaboration des ARS et de l'assurance maladie en matière de gestion des risques. La commission a dû beaucoup travailler pour parvenir à un texte de compromis, qui n'a satisfait personne. *(Murmures au banc de la commission)* Nous verrons comment s'appliquera la loi et à combien de contentieux elle donnera lieu.

Les collectivités territoriales, bien représentées au Sénat, font valoir leur point de vue. On cherche une rédaction qui assure une coordination dans l'élaboration des deux volets, sanitaire et médico-social ; mais cela n'est pas chose facile et c'est pourquoi les débats traînent en longueur.

**M. Guy Fischer.** – Il a raison !

**M. Alain Vasselle.** – Il faudra bien trouver une porte de sortie -peut-être en CMP ?

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Le médico-social, c'est tout de même 15 milliards venant de l'assurance maladie et non des conseils généraux ! L'objectif est de travailler en cohérence et dans le respect des projets des conseils généraux, mais aussi dans le respect des orientations nationales permises par les crédits de l'assurance maladie. La commission avait enrichi le texte initial de deux paragraphes qui confortent cette articulation et rappellent la nécessité de respecter les deux parties prenantes, notamment en prévoyant que le schéma régional est arrêté après avis des présidents des conseils généraux compétents. Il y a les départements mais il y a aussi des crédits de l'État ! Mais l'État ne veut en aucune manière décider à la place des départements ! *(M. Guy Fischer proteste)* Si un conseil général veut mettre en œuvre ses projets spécifiques, il le peut ! Aucune obligation ne sera imposée aux départements. Je demande le retrait de cet amendement parce que le

texte issu de la commission satisfait chacune des parties prenantes.

**M. Philippe Leroy.** – Madame la ministre, je vous crois sincère mais je ne retire pas cet amendement qui touche à une difficulté centrale de ce projet de loi : l'existence de compétences partagées entre les territoires et l'État. La décentralisation a confié des compétences aux territoires et ceux-ci n'entendent pas, maintenant, les abandonner. Certes, cet amendement ne règlera pas tout, mais il poussera utilement la CMP à réfléchir afin qu'ultérieurement, la discussion parlementaire ne s'enlise plus dans ces batailles de compétences partagées, batailles dont l'État sort toujours vainqueur. La ministre est sans doute sincère lorsqu'elle parle de concertation, mais la concertation, ça ne fonctionne pas toujours et nous n'aurons pas toujours une Valérie Létard devant nous...

**M. Yves Daudigny.** – Je soutiens totalement cet amendement. Madame la ministre, vous nous expliquez, avec fougue et conviction, que ces schémas régionaux résulteront d'un travail partagé. Mais le partage n'est pas égal ! D'un côté, on donne un avis ; de l'autre, on prend la décision ! Il y a donc danger pour la décentralisation : le risque est de réduire le rôle du département à celui d'exécutant de décisions sociales prises ailleurs. *(Approbations sur de nombreux bancs)* Il aura le rôle, extrêmement populaire, de lever l'impôt pour financer des opérations dont il n'aura pas la maîtrise ! *(Applaudissements à gauche)*

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Si vraiment, vous tenez à voter cet amendement, je vous propose de le sous-amender en écrivant « notamment au regard des schémas départementaux » à la place de « sur la base des schémas départementaux ». *(L'emploi de « notamment » hérisse de nombreux bancs)*

**M. Guy Fischer.** – La ministre est en train de nous enfumer !

**M. Paul Blanc.** – L'ambiguïté vient des financements : les maisons d'accueil spécialisées sont financées par l'État et la sécurité sociale, les CAT par l'État, les foyers d'hébergement par les conseils généraux, les foyers à double tarification sont financés par les deux à la fois. L'imbroglie est total ! Quand le conseil général paye, il veut conserver sa compétence, quand l'État paye, il le veut également. Et tant qu'on n'aura pas réglé le problème de ces financements mélangés, on se heurtera toujours à des batailles de compétences. « Qui paye commande ».

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nul ne met en doute la sincérité de la ministre ou de M. Leroy. La commission n'aime guère les « notamment »...

Le texte de la commission ne remet pas en cause les schémas départementaux. Ceux-ci, je le rappelle, ne peuvent être mis en place sans l'avis des préfets :

l'État ne prend donc pas là un pouvoir, il l'a déjà ! Ce texte me semblait satisfaire aux exigences de tout le monde et laisser un espace de liberté aux départements. Honnêtement, j'avais le sentiment que nous avions bien borné les choses. Maintenant, si vous souhaitez aller au-delà....

**M. Nicolas About, président de la commission.** – N'aimant pas les « notamment », je propose d'écrire « en tenant compte des... » au lieu de « sur la base des... ».

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Je veux bien entendre vos réticences sur les « notamment »...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Le texte en est pourri !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – ...mais je perçois mal la différence entre « sur la base » et « en tenant compte ». Je vous propose un « au regard », qui constitue déjà plus qu'une garantie pour les conseils généraux (*Acquiescement*)

**M. le président.** – Ce sera donc le sous-amendement n°1346 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Dans la seconde phrase du second alinéa de l'amendement n°1000 rect. *bis*, remplacer les mots :

sur la base

par les mots :

au regard

*Le sous-amendement n°1346 rectifié bis est adopté.*

*L'amendement n°1000 rectifié bis, ainsi sous-amendé, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1146, présenté par M. Gouteyron.

Après le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans l'année qui précède l'élaboration ou le renouvellement du schéma régional, un état des lieux quantitatif et qualitatif est établi au regard des établissements et services autorisés et des objectifs et moyens fixés par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie visé à l'article L. 312-5-1 du même code. Cet état des lieux fait l'objet d'une consultation écrite des représentants des usagers et des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap et de la perte d'autonomie.

« Dans la détermination de ses orientations, le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les éléments d'appréciation comparée apportés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie concernant la densité de l'offre des différentes catégories de structures. Le schéma contribue à la

réduction des inégalités entre les régions, les départements et les territoires de santé pertinents définis à l'article L. 1434-14.

**M. Adrien Gouteyron.** – Le président Mercier s'inquiétait que l'on touche à un principe constitutionnel ; cet amendement ne touche qu'à la méthode : il prévoit que les schémas seront élaborés sur la base d'un bilan qualitatif et quantitatif de l'offre, en tenant également compte des moyens du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, le Priac. Il existe, à l'heure actuelle, une grande hétérogénéité entre départements : il est bon que l'on s'efforce de la corriger.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La procédure d'élaboration des SROMS ne relève pas du domaine législatif. J'ajoute qu'il est bien évident que ces schémas ne pourront être établis sans une analyse préalable des besoins à satisfaire. Retrait ?

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Même avis.

**M. Adrien Gouteyron.** – Je reconnais qu'il s'agit là de dispositions réglementaires, mais j'ai entendu avec intérêt les arguments du rapporteur et je serais rassuré, madame la ministre, si vous me garantissiez que les décrets d'application tiendront compte de l'état de l'offre et des projections du Priac.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Nous ferons en sorte que les mesures réglementaires le précisent.

*L'amendement n°1146 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°1082, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique :

« 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 conjointement avec les présidents de conseils généraux compétents et après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code. Le directeur de l'agence régionale de santé rend compte de leur exécution aux présidents de conseils généraux concernés.

**M. Yves Daudigny.** – Nous sommes gênés, nous l'avons dit, par l'inégalité entre avis et décision. Nous vous proposons, avec cet amendement, d'aller plus loin en prévoyant une élaboration conjointe.

**M. le président.** – Amendement n°953, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, après les mots :

après consultation

insérer les mots :

de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du présent code et

**Mme Mireille Schurch.** – Compte tenu de l'importance des ces schémas, et de la disparition programmée des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) qui associaient les représentants d'usagers et de familles, ainsi que des entreprises gestionnaires, il est nécessaire que la conférence régionale, composée de plusieurs collègues dont un représentant les gestionnaires des établissements médico-sociaux et un collègue de représentants des usagers, soit également consultée.

Nous sommes convaincus que les appels à projet ne peuvent se construire qu'en associant pleinement les représentants des gestionnaires de services et établissements sociaux et médico-sociaux à l'élaboration des cahiers de charges servant de base aux appels à projet. Nous proposons donc que le schéma d'organisation médico-sociale soit arrêté après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

*L'amendement n°1084 est retiré.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable à l'amendement n°1082. Le schéma régional ne relève pas de la compétence conjointe de l'ARS et du département. Le directeur général de l'agence, placé sous la tutelle du ministre et non du conseil général, n'a pas de compte à rendre au président de celui-ci. Même avis sur le n°953 : la consultation de la commission de coordination est mieux appropriée.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Même avis que le rapporteur sur l'amendement n°1082, pour les mêmes raisons. Je comprends le souci des auteurs de l'amendement n°953 de voir renforcer la démocratie sanitaire. Mais je leur rappelle que la conférence régionale de santé permet aux acteurs de prendre part à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de santé de la région. Elle pourra émettre un avis sur ces schémas dans des conditions définies par décret. Leur demande est donc satisfaite. Aller plus loin serait sortir la conférence de son rôle en la menant directement à l'opérationnel. Défavorable.

*L'amendement n°1082 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°953 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1085, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans l'année qui précède l'élaboration ou le renouvellement du schéma régional, un état des lieux quantitatif et qualitatif est établi au regard des établissements et services autorisés et des objectifs et moyens fixés par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie visé à l'article L. 312-5-1 du même code. L'expression des besoins est recensée au niveau régional pour chaque département auprès des maisons départementales des personnes handicapées et des commissions des droits à l'autonomie. Ce recensement présenté par les deux instances est soumis au préfet et au président du conseil général avec l'avis de la commission départementale consultative des personnes handicapées. Cet état des lieux fait l'objet d'une consultation écrite des représentants des usagers et des organisations représentant les acteurs du secteur du handicap et de la perte d'autonomie. Dans la détermination de ses orientations, le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les éléments d'appréciation comparée apportés par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie concernant la densité de l'offre des différentes catégories de structures. Le schéma contribue à la réduction des inégalités entre les régions, les départements et les territoires de santé pertinents définis à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.

**M. Jacky Le Menn.** – Contrairement à M. Gouteyron, nous ne retirerons pas notre amendement. L'analyse des besoins doit émaner, selon nous, des maisons départementales, seules capables de recenser les vrais besoins. Leur bilan annuel met en relation au titre de l'évaluation les moyens existants d'accompagnement et les besoins exprimés dans les projets personnalisés d'accompagnement et les projets personnalisés de scolarisation. Le préfet et le président du conseil général devront ainsi recueillir l'avis du conseil départemental consultatif des personnes handicapées sur les besoins exprimés. L'ensemble des partenaires seront ainsi partie prenante. Ceci est d'autant plus important que la disparition des CROSMS affaiblit une concertation à laquelle les associations sont très attachées.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement poursuit le même objectif que l'amendement Gouteyron : même argumentaire et, comme il sera maintenu, avis défavorable.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Même avis, et même engagement sur la partie réglementaire.

*L'amendement n°1085 n'est pas adopté.*

#### ARTICLE L. 1434-10-1 DU CODE

« Art. L. 1434-10-1 (nouveau). - 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.

**M. le président.** – Amendement n°954, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

abondée des crédits correspondant à ces activités médico-sociales

par les mots :

intégralement abondée des crédits affectés à ces activités médico-sociales avant leur reconversion

**Mme Annie David.** – Lors de la reconversion d'un établissement en Ehpad, seuls les crédits correspondant aux activités médico-sociales seront transférés, en raison de la fongibilité asymétrique. Une partie des financements relevant de l'Ondam soins servira ainsi à financer la reconversion des établissements. Cela risque de ne pas suffire... Nous proposons que tous les moyens affectés aux activités sanitaires avant la reconversion soient affectés à l'Ondam médico-social.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable. (*Mme Annie David s'étonne*)

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Le médico-social coûte forcément moins cher que la réanimation !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – J'ai déjà précisé les conditions de la fongibilité asymétrique. Les moyens transférés au médico-social correspondront au niveau de dépendance de chaque patient transféré. L'enveloppe correspondra aux besoins. Retrait ?

*L'amendement n°954 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°999 rectifié bis, présenté par MM. Leroy, Doligé, Sido, Lambert, César et Huré.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10-1 du code de la santé publique par les mots :

, sans pouvoir être inférieur à son niveau de financement antérieur

**M. Philippe Leroy.** – Amendement de précaution, qui garantit que les dotations transférées sont maintenues à leur niveau antérieur en cas de déclassement d'un USLD en Ehpad.

**Mme Annie David.** – Très bien.

**M. Philippe Leroy.** – C'est une mesure transitoire, puisque la durée de vie des patients concernés est par définition limitée... Les familles ne doivent pas avoir le sentiment que l'on s'occupe moins bien de leurs anciens.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement est le cousin germain de l'amendement n°954, auquel la commission était défavorable... Les dotations aux Ehpad seront suffisantes, mais on ne peut imposer un report automatique des moyens si ceux-ci ne sont pas justifiés. La fongibilité asymétrique n'est pas un droit acquis au maintien des financements antérieurs. Avis défavorable.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Même avis. Vous êtes satisfaits par le texte.

**M. Guy Fischer.** – M. Leroy ne va peut-être pas au bout de sa pensée... (*Sourires et démentis à droite*) La transformation des USLD en Ehpad, que le Gouvernement souhaite accélérer, répond à un objectif économique : les lits en Ehpad coûtent bien moins cher ! Combien le Gouvernement compte-t-il fermer d'USLD ? Les syndicats de la fonction publique hospitalière avancent le chiffre de deux à trois cents établissements ; à terme, on supprimerait 20 000 emplois ! (*M. le président de la commission s'exclame*) Le président About dira que j'exagère, la ministre, que je raconte des mensonges, mais je pense être dans le vrai ! (*Protestations sur les bancs de la commission et du Gouvernement*)

**M. Nicolas About, président de la commission.** – L'essentiel, c'est que vous en soyez persuadé...

**M. Guy Fischer.** – Nous avons reçu aujourd'hui un courrier de la Drees sur la situation des Ehpad. Le Gouvernement compte manifester sur ces substitutions pour répondre aux besoins et réduire à terme les dépenses !

**M. Philippe Leroy.** – La réponse du rapporteur me semblait honnête... Celle de la ministre l'est-elle aussi ? (*Sourires*)

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Tous ces éléments sont précisés dans la loi de financement de la sécurité sociale. Les moyens seront transférés en tenant compte du niveau de dépendance de chaque personne. L'enveloppe sera à la hauteur des besoins. Dans le cadre du plan Alzheimer, des appels à projets

augmenteront la dotation en personnel soignant. Les Ehpad ne sont pas des sous-établissements mais des établissements adaptés. En 2008 comme en 2009, c'est plus 10 000 emplois soignants pour les établissements existants !

**M. Jacky Le Menn.** – Vous avez fait des coupes Pathos dans les USLD mais pas dans les Ehpad. Dans mon département, sur 1 515 lits en USLD, plus de 1 000 ont été versés en Ehpad. Une clause fixe à 30 le nombre de places nécessaires pour créer une unité de soins redéfinis. Avec des coupes Pathos sur les Ehpad, on aurait pu créer des unités de soins redéfinis, d'autant qu'il n'y a pas toujours eu congruence entre les coupes faites par les médecins de la sécurité sociale et celles des présidents de commission médicale. Il faudrait tout remettre à plat et bâtir, en concertation avec les conseils généraux, un système assurant la continuité des soins.

*L'amendement n°999 rectifié bis est retiré.*

*L'amendement n°1087 est retiré.*

#### ARTICLE L. 1434-14 DU CODE

« 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.*

**M. le président.** – Amendement n°1032, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-14 du code de la santé publique par les mots :

, et doivent être établis en fonction des besoins de santé et de soins des populations concernées, en leur garantissant des conditions réelles d'égalité d'accès aux soins

**Mme Dominique Voynet.** – La définition de territoires de santé conditionne la répartition de l'offre de soins, la réforme de la carte hospitalière ou la reconnaissance de zones sous-dotées ou sur-dotées.

Elle doit répondre aux principes généraux que nous précisons ici.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'égalité d'accès aux soins est un objectif prioritaire, mais on ne peut imposer aux agences régionales de santé une obligation de résultats. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis. Cet amendement est satisfait car la prise en compte des besoins de santé et de soins, tout comme l'égalité d'accès, constitue la raison d'être des agences régionales de santé.

*L'amendement n°1032 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°887, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery et M. Muller.

Compléter la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-14 du code de la santé publique par les mots :

et du président du conseil régional

**Mme Dominique Voynet.** – L'avis du président du conseil régional doit être sollicité pour la définition des territoires de santé. Certes, le conseil régional n'est pas compétent dans ce domaine, mais nombre de ses interventions ont des répercussions sur le système de santé.

**M. le président.** – Amendement n°888, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery et M. Muller.

Compléter le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-14 du code de la santé publique par les mots :

et des présidents des conseils régionaux

**Mme Dominique Voynet.** – Je l'ai défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable aux amendements n°887 et 888 : la consultation du président du conseil régional n'est pas nécessaire car la région n'a pas de compétences spécifiques en matière de santé. En outre, les avis du préfet de région, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et des présidents des conseils généraux seront requis.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les représentants des conseils régionaux siégeront à la conférence régionale : ils seront donc consultés. Avis défavorable.

*L'amendement n°887 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°888.*

#### ARTICLE L. 1434-15 DU CODE

« 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 territoire, 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.

**M. le président.** – Amendement n°1088, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique par deux phrases ainsi rédigées :

Toute proposition doit faire l'objet d'une réponse écrite et motivée du directeur général de l'agence régionale de santé et du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé. Ses avis sont rendus publics ainsi que les suites qui leur sont données.

**M. Bernard Cazeau.** – C'est le texte même.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cette procédure serait trop formelle. Si elle n'est pas satisfaite, la conférence régionale dispose des moyens de le faire savoir. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis. Sur la forme, il s'agit d'une disposition réglementaire. Au fond, le conseil de surveillance n'a pas à répondre à une demande de la conférence. Seul le directeur de l'agence, qui dispose du pouvoir de décision, est en mesure de le faire.

*L'amendement n°1088 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°957, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Remplacer les quatrième et dernier alinéas du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique par six alinéas ainsi rédigés :

« La mise en œuvre du projet régional de santé fait l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités locales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ces contrats locaux de santé sont obligatoirement proposés par l'agence aux collectivités territoriales des territoires :

« 1° présentant des indicateurs de santé significativement défavorables en regard des indicateurs nationaux ;

« 2° concernés par les programmes de renouvellement urbain, de cohésion sociale ou de revitalisation en milieu rural.

« Ces contrats peuvent être signés avec les collectivités locales d'autres territoires.

« La liste des contrats locaux de santé, leur périmètre, sont arrêtés de façon annuelle après avis du représentant de l'État d'une part et de la conférence régionale de santé d'autre part.

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

**M. Guy Fischer.** – Alors que ce texte est pointilleux à l'extrême lorsqu'il s'agit du champ hospitalier et du statut des agents, il est étonnamment flou pour définir les contrats locaux de santé. C'est dommageable car il s'agit d'outils prioritaires pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé en améliorant l'accès aux soins et aux services médico-sociaux. Nous en avons débattu à l'occasion de notre amendement visant à associer les centres communaux d'action sociale, que vous avez écarté.

L'imprécision nuit à la lutte contre les inégalités. Nous souhaitons donc que la nature de ces contrats et celle des collectivités locales concernées soit détaillée.

**M. le président.** – Amendement n°1089, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique, remplacer les mots :

peut faire

par le mot :

fait

**M. Jacky Le Menn.** – La rédaction proposée est effectivement étonnante. Le Gouvernement choisit le volontariat pour la passation des contrats locaux de santé, feignant de considérer que l'incitation est plus productive que la contrainte... On en voit les conséquences pour l'installation des médecins ! Nous souhaitons rendre obligatoire la signature de ces contrats, base des partenariats à partir desquels pourront être définies les politiques de territoires.

**M. le président.** – Amendement n°958, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique, après les mots :

et leurs groupements

insérer les mots :

ou les services de santé au travail

**M. Guy Fischer.** – Une nouvelle fois, sans doute en vain, nous réaffirmons l'urgente nécessité d'intégrer les services de santé au travail. Nous souhaitons, ici, leur permettre de signer des contrats locaux de santé avec l'agence régionale. Il nous faut mieux appréhender les maladies d'origine professionnelle et développer des politiques de prévention, qui sont précisément au cœur de ces contrats. Certaines pathologies sont géographiquement liées à une activité industrielle ou professionnelle, tels les cancers provoqués par l'amiante au Havre ou à La Ciotat, là où se trouvent d'importants chantiers navals.

*L'amendement n°1090 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°1091, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique par trois phrases ainsi rédigées :

Ces contrats locaux de santé sont obligatoirement proposés par l'agence aux collectivités territoriales des territoires présentant des indicateurs de santé significativement défavorables en regard des indicateurs nationaux concernés par les programmes de renouvellement urbain, de cohésion sociale ou de revitalisation en milieu rural. Ces contrats peuvent être signés avec les collectivités locales d'autres territoires. La liste des contrats locaux de santé, leur périmètre, sont arrêtés de façon annuelle après avis du représentant de l'État d'une part, de la conférence régionale de santé d'autre part.

**M. Jacky Le Menn.** – Cet amendement relève du même esprit que l'amendement n°1089 : nous souhaitons que la conclusion des contrats locaux de santé soit obligatoire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est défavorable aux amendements n°s 957, 1089 et 1091, car il ne faut ni obliger les ARS à proposer des contrats locaux de santé aux collectivités territoriales, ni contraindre celles-ci à les accepter. En outre, le critère des « indicateurs de santé significativement défavorables » n'est pas défini.

La commission repousse aussi l'amendement n°958, car elle refuse systématiquement d'ajouter dans la loi que les ARS sont compétentes pour la santé au travail.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis, pour les mêmes raisons.

*L'amendement n°957 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 1089, 958 et 1091.*

#### DIVISION ADDITIONNELLE

**M. le président.** – Amendement n°1092, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique, insérer une division additionnelle ainsi rédigée :

« Section 4

« Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

« Art. L. 1434-16. - L'agence régionale de santé a comme objectif de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour cela, elle définit un programme pluriannuel d'études visant à mesurer ces inégalités, et à déterminer les territoires prioritaires d'intervention publique, ainsi que les objectifs de réduction de ces inégalités.

« Art. L. 1434-17. - Les projets et schémas prévus par les articles L. 1434-1 à L. 1434-10, y compris les schémas thématiques éventuels et les programmations, prévoient un volet spécifiquement consacré à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales.

« Le directeur de l'agence régionale de santé établit, de façon annuelle, un rapport spécifique sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ce rapport est transmis au ministre chargé de la santé, après examen pour avis par la conférence régionale de santé.

**M. Jacky Le Menn.** – Nous proposons d'ajouter une nouvelle section consacrée à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle comporterait deux volets, le premier assignant à l'agence des objectifs et des moyens à déployer, l'autre assurant l'articulation avec les contrats de cohésion sociale et la politique de la ville.

Le renoncement aux soins s'étend à de nouvelles strates de la population. Ainsi, les enquêtes « Sécurité et protections de la santé » montrent que 14 % de nos concitoyens avaient renoncé à des soins en 2006, contre 10 % en 2004. De même, 21 % des personnes appartenant à un ménage pauvre n'ont effectué aucune visite chez un médecin pendant une année, contre 17 % dans le reste de la population. Parmi les enfants d'extraction très modeste, 58 % n'ont consulté aucun spécialiste en un an, contre 41 % des autres enfants. Le dernier rapport de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale fait le même constat.

La crise économique et sociale actuelle ne pouvant qu'aggraver la situation, les ARS doivent agir.

Le premier volet permettra de fixer des objectifs, avec les moyens idoines.

Le second volet doit assurer l'indispensable articulation avec les contrats de cohésion sociale et avec la politique de la ville, dont la santé est l'une des priorités. Ainsi, la santé compte parmi les cinq thèmes majeurs des contrats urbains de cohésion sociale. La démarche des ateliers-santé-ville permet d'élaborer -si possible, avec les habitants- des programmes locaux de santé publique.

Les ARS doivent impérativement inscrire leur action dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est une question de simple justice, mais aussi de cohésion sociale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sagesse, car l'objectif assigné est louable. Disposer de rapports annuels sera utile.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Réduire les inégalités de santé fait partie des objectifs de la politique nationale et des missions dévolues aux ARS. J'y suis très favorable sur le fond, mais la disposition proposée est clairement réglementaire. Même si la mesure ne mange pas de pain, selon l'expression favorite du rapporteur, elle consomme du papier ! Avis défavorable. *(Marques de regrets à gauche)*

*L'amendement n°1092 n'est pas adopté.*

#### ARTICLE L. 1435-1 DU CODE

« 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.

**M. le président.** – Amendement n°959, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur de l'agence régionale de santé est tenu de signaler 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'autorité de sûreté nucléaire, de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail et de l'institut de veille sanitaire toute situation susceptible de relever de leur mission de veille et d'alerte.

**Mme Mireille Schurch.** – La pandémie de la grippe A (H1N1) incite à développer les alertes transversales à un moment où une approche plus globale et multilinéaire des dangers exige une capacité accélérée de réaction.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il vaut mieux conserver le dispositif inscrit dans le projet de loi, qui impose à l'ARS de saisir le préfet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le signalement aux agences de veille et à l'autorité de sûreté nucléaire est important, mais une rédaction aussi générale susciterait un flux excessif d'informations ; mieux vaut conserver le dispositif d'alerte en vigueur.

Au demeurant, l'article 33 du projet de loi habilite le Gouvernement à prendre par ordonnances les dispositions nécessaires à la cohésion des dispositifs.

En vertu de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, les organismes placés sous la tutelle de l'institut de veille sanitaire doivent lui transmettre les informations nécessaires à sa mission. De même, l'article L. 1435-7 du code dispose que le directeur général de l'ARS signale aux représentants de l'État et aux agences de sécurité sanitaire toute information susceptible de justifier une mesure de police administrative relevant de leur compétence.

Tout est donc parfaitement clair. Je vous incite à retirer l'amendement.

*L'amendement n°959 est retiré.*

**M. Nicolas About, président de la commission.** – La commission doit se réunir cinq minutes pour examiner deux amendements du Gouvernement aux articles suivants. *(Exclamations à gauche)*

**M. Guy Fischer.** – Encore !

*La séance est suspendue à 19 h 30.*

PRÉSIDENCE DE M. ROGER ROMANI,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 21 h 30.*

**M. le président.** – Amendement n°1316, présenté par le Gouvernement.

Au début du troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

Sous son autorité,

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je n'ignore pas que cet amendement a reçu un avis défavorable de la commission. Je souhaite mieux vous en expliquer l'utilité en apportant un complément d'information.

**M. François Autain.** – *Diabolicum perseverare !*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Monsieur Autain, le débat parlementaire ne consiste pas camper sur ses positions mais à avancer, en commission comme en séance publique. (*M. Alain Gournac acquiesce*) Le rapporteur m'a convaincue de nombreuses fois, et je ne renonce pas à en faire de même !

La commission a souligné à juste titre le rôle fondamental des services communaux d'hygiène et de santé et la nécessaire coordination des services de l'État et de ceux de l'ARS en matière de prévention des risques sanitaires. Si cette coopération est évidemment indispensable, il est tout aussi indispensable qu'elle s'établisse dans la clarté et la transparence des responsabilités de chacun. Or la mention « sous son autorité », au début du troisième alinéa, introduit une ambiguïté. Cet après-midi, les intervenants sur tous les bancs ont, par leurs amendements, voulu réaffirmer que la santé environnementale fait clairement partie du paquet de responsabilités de l'ARS. Ce mouvement s'inscrit dans la réforme des agences et une approche globale de la santé, donc plus efficace. Chacun sait, et certains n'ont pas attendu le Grenelle de l'environnement pour me le rappeler, que santé et environnement sont liés. D'où notre volonté que les moyens et missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales soient intégralement repris par l'ARS dès lors que la santé humaine est en jeu.

Simultanément, le texte précise, au deuxième alinéa de l'article L. 1435-1, que le préfet dispose à tout moment des moyens de l'ARS. Cette affirmation a provoqué la confusion en commission. Mais, pour exercer ses missions d'ordre public, le préfet a besoin de puiser dans l'expertise de l'ARS. Cela est particulièrement vrai en cas de catastrophe environnementale : le sujet m'est connu pour avoir été députée d'une circonscription où il existe des zones inondables. En un mot, l'ARS étant un établissement public, ces services ne sont pas placés sous l'autorité directe du préfet, sauf en cas de crise ou de menace à l'ordre public...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Bien sûr !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...où il ne peut y avoir qu'un seul chef de file.

Cette organisation, selon laquelle le ministère de l'intérieur et mon ministère travaillent depuis quelque temps -ce qui n'est pas simple si l'on veut dépasser les querelles de clocher-, serait remise en cause dans le cas où la mention « sous son autorité » ne serait pas supprimée. Cette mention est mal comprise par les personnels qui, je peux en témoigner, souhaitent que la santé environnementale relève de l'ARS, c'est-à-dire de l'autorité sanitaire. Adopter l'amendement revient donc à établir clairement la responsabilité directe du directeur général de l'ARS sur ses services, sauf cas de force majeure. Monsieur le rapporteur, peut-être n'avais-je pas été assez explicite en commission sur cette dualité...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Maintenant, c'est clair !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – En tant qu'élus locaux, nous savons tous le rôle du préfet en cas de crise. Cet amendement, je le crois, constitue une solution par le haut !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – En commission, il y a eu effectivement confusion sur le sens de « sous son autorité » : certains ont pensé qu'il s'agissait de celle du préfet quand c'est le directeur général de l'ARS qui est visé. Avis favorable, donc. Au reste, peut-être vaudrait-il mieux, pour lever toute ambiguïté, écrire « sous l'autorité du directeur général de l'ARS ».

**M. François Autain.** – Je suis de ceux qui avaient compris en commission qu'il s'agissait de l'autorité du préfet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Mais non !

**M. François Autain.** – Le texte comporte donc une ambiguïté que l'amendement n°1316, à mon sens, ne dissipe pas.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Monsieur le rapporteur, je dois vous signaler une difficulté.

On ne peut placer les services de l'État sous l'autorité du directeur de l'agence. Quand il est écrit « les services de l'agence », on comprend bien qu'ils sont placés sous l'autorité du directeur de l'agence ; on comprend de même que « les services de l'État » le sont sous celle du préfet.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – La seule autorité qui pourra coordonner, ce sera le préfet ; mais on ne veut pas l'écrire...

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

**M. Guy Fischer.** – C'est très ambigu !

**M. François Autain.** – Ai-je bien compris ? Il est bien sous-entendu que les services de l'agence et de

l'État sont respectivement placés sous l'autorité du directeur et du préfet... (Mme la ministre le confirme)

*L'amendement n°1316 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1293, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le septième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique :

« L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n°2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'Assemblée nationale a opportunément introduit une disposition qui donne compétence à l'ARS pour signer le volet sanitaire des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) conclus avec les collectivités locales pour le développement social des quartiers relevant de la politique de la ville. Mais les Cucs ne sont pas du domaine de la loi, ils sont intégrés aux programmes d'action dans les zones urbaines sensibles prévus à l'article premier de la loi du 1<sup>er</sup> août 2003. D'où l'amendement du Gouvernement qui renvoie aux programmes.

*L'amendement n°1293, accepté par la commission, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1317, présenté par le Gouvernement.

Avant le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé. Le directeur général peut, sauf pour les matières exclues par la décision de délégation, subdéléguer sa signature à des agents placés sous son autorité. Le représentant de l'État peut mettre fin à tout ou partie d'une subdélégation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je sais que la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement. Sans doute me suis-je fait mal comprendre. Le texte inclut la santé environnementale dans le champ des missions de l'ARS et transfère pour cela à l'agence les personnels des Ddass et des Drass qui traitent de ces sujets. Comme les compétences du préfet restent par ailleurs inchangées, il faut prévoir que celui-ci puisse -ce qu'il fait déjà aujourd'hui- déléguer sa signature à l'ARS afin de simplifier les procédures et de rendre les pouvoirs publics plus réactifs en cas de crise. Je pense à des questions telles que la consommation humaine d'eau, le contrôle des piscines et des baignades ou la lutte contre l'habitat insalubre. Il faut savoir que la seule notification aux communes des contrôles de l'eau

potable nécessite par département quelque 3 000 actes, donc 3 000 signatures...

Si les Ddass et Drass sont reprises par les ARS sans qu'aucune délégation de signature ne soit prévue, on imagine l'encombrement des services de l'État et surtout les délais de réaction qui en découleraient. Ce sont les communes et leurs administrés qui seraient pénalisés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Outre que les mécanismes de délégation de signature du préfet ne sont pas du domaine de la loi, est-il bien utile d'écrire que « le préfet peut déléguer » ? La commission maintient pour le moment son avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Votre scrupule porte, si j'ai bien compris, sur la hiérarchie des normes. Mais j'ai fait procéder à une analyse juridique depuis mon audition en commission. S'agissant d'un établissement public, une mesure législative est nécessaire. Le ministère de l'intérieur l'a confirmé.

**M. Michel Mercier.** – Je relève une incongruité d'ordre juridique. Le préfet peut déléguer sa signature au directeur de l'ARS ; mais celui-ci ne peut déléguer la signature du préfet aux agents placés sous son autorité que si l'arrêté de délégation l'a prévu et précisé les agents concernés.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'amendement est clair.

**M. Michel Mercier.** – Il faudrait écrire « le préfet peut déléguer sa signature au directeur général de l'ARS et, en son absence, à des agents placés sous son autorité ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je rectifie mon amendement en ce sens.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

*L'amendement n°1317 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°960, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« En vue de l'accomplissement de ses missions, l'agence peut être saisie dans des conditions prévues par décret en conseil d'État, par le ministre en charge de la santé, par tout autre ministre, par les établissements publics de l'État et par les organismes siégeant au sein de son conseil d'administration. Elle peut également être saisie par les associations agréées dans les domaines de la protection de la santé, de l'environnement, de la défense des consommateurs, ainsi que par les associations d'aides aux victimes du travail ou des maladies professionnelles.

**M. François Autain.** – Au regard de l'ampleur des missions de l'ARS, il paraît utile de prévoir les

modalités de son éventuelle saisine. Celle-ci devrait en particulier être ouverte aux associations, comme il est d'usage dans les domaines de la santé publique ou de la défense des consommateurs.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Avis défavorable.

**M. Guy Fischer.** – Sans autre commentaire...

**M. François Autain.** – Je n'ai pas été convaincu par vos arguments. (*Sourires*) En auriez-vous d'autres ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je l'ai dit, je suis toujours prête à vous donner des explications complémentaires...

Bien évidemment, la vocation de l'ARS sera de rassembler les capacités d'expertise en santé humaine nécessaire à l'organisation de la veille et de la surveillance sanitaires. La loi prévoit que l'ARS saisira les agences de sécurité sanitaire des situations pouvant requérir leur action et les commissions de coordination consacrées aux actions de prévention qui sont sous la responsabilité des collectivités territoriales. Les associations de patients, qui sont représentées au conseil de surveillance de l'ARS, seront appelées à en examiner la stratégie. Elles participeront aux travaux de la CRSA et elles pourront intervenir sur tous sujets de leurs choix. L'ARS devra présenter les résultats de ses actions devant ces instances et indiquer les suites données à ces avis.

Les procédures et les occasions de concertation étant déjà très nombreuses, votre amendement ne semble pas nécessaire. En outre, j'ai du mal à comprendre cette religion du décret en Conseil d'État. Chacun a ses idoles, mais je n'ai pas les mêmes que vous, monsieur Autain. (*Sourires*) C'est pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

**M. François Autain.** – Compte tenu des explications complémentaires que m'a fournies Mme la ministre, je retire mon amendement.

*L'amendement n°960 est retiré.*

#### ARTICLE L. 1435-2 DU CODE

« 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.

**M. le président.** – Amendement n°1005 rectifié, présenté par M. Dériot.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur de l'agence régionale de santé du chef lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.

**M. Gérard Dériot.** – Dans chaque zone de défense, un préfet de zone est désigné ainsi qu'un délégué de zone (Drass) qui anime et coordonne les actions qui relèvent de sa compétence.

Il convient de prévoir un dispositif identique pour les ARS : un directeur général de zone serait nommé au chef-lieu de la zone de défense concernée. Les ARS étant des établissements publics, il est nécessaire de disposer d'un véhicule législatif pour opérer cette transformation.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le directeur général de l'ARS sera le délégué de zone du ministère chargé de la santé : il s'agit d'une excellente transposition du dispositif actuel.

La rectification de l'amendement améliore encore la mesure proposée : l'avis est donc tout à fait favorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'apprécie d'autant plus cet amendement que nous traversons une crise sanitaire avec la grippe H1N1 qui montre, à l'évidence, que nous avons besoin d'une organisation tout à fait performante pour faire face aux grandes alertes sanitaires. Si nous étions confrontés à une véritable pandémie de grippe, et peut être sera-ce le cas à l'automne, il faudra évidemment une organisation qui dépasse le simple cadre départemental ou régional. La possibilité d'une ARS de zone complète très utilement notre dispositif : avis favorable. (*On s'en félicite à droite*)

*L'amendement n°1005 rectifié est adopté.*

#### ARTICLE L. 1435-3 DU CODE

« 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.

**M. le président.** – Amendement n°1282, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, après les mots :

centres de santé

insérer les mots :

, les pôles de santé

II. - Compléter ce même alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé ou les collectivités territoriales est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Comme cela est prévu pour les maisons de santé, les centres de santé et les réseaux de santé et les laboratoires de biologie médicale, l'ARS pourra conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les pôles de santé.

Il convient également de soumettre à la signature d'un CPOM le versement d'une subvention à une structure de soins ambulatoires. Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) ambulatoire n'est pas opposable mais il permet de définir un projet commun d'aménagement santé du territoire. Cela n'est possible que si l'ensemble des financements publics converge vers ce projet : il est donc essentiel que la conclusion d'un CPOM soit un préalable à tout versement d'une aide financière, que le financeur soit une ARS ou une collectivité territoriale.

Cette conformité au SROS évitera que les élus ne se retrouvent en concurrence sur un même territoire, ce qui est un scénario perdant-perdant. Elle évitera en pratique que les collectivités les plus riches n'attirent à elles les professionnels de santé au détriment des zones moins riches, et souvent moins bien dotées en offre de soins. La densité médicale reste importante mais elle va décroître jusqu'en 2020 : il serait dommage que les collectivités qui n'ont pas de problèmes d'offres de soins puissent en plus s'offrir ces professionnels médicaux.

Je vous propose donc une mesure de justice sociale et d'optimisation des moyens qui évitera que des maisons de santé ne demeurent vides ou s'installent inutilement dans des zones où les besoins sont déjà satisfaits. Un certain nombre d'entre vous m'ont d'ailleurs dit qu'il ne s'agissait nullement de science-fiction mais que le cas s'était déjà produit à plusieurs reprises.

D'un strict point de vue juridique, cette mesure n'interdit aucune dépense ni aucune décision : il n'y a pas aucune atteinte à l'autonomie fonctionnelle des uns ou des autres. Les principes de libre administration des collectivités locales sont donc respectés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est favorable au I, qui est d'ailleurs identique à l'amendement n°961 de M. Autain.

En revanche, elle est défavorable au II qui interdit aux collectivités locales de soutenir des organismes

qui n'auraient pas conclu de CPOM avec l'ARS. La commission a réécrit l'ensemble de la phrase de ce second alinéa pour permettre d'associer les collectivités à la signature de ces contrats. Nous souhaitons donc un vote par division des paragraphes I et II.

**M. le président.** – Amendement n°961, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, après les mots :

les centres de santé

insérer les mots :

, les pôles de santé

**M. François Autain.** – Cet amendement correspond aux souhaits de M. le rapporteur.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je veux revenir un instant sur l'amendement du Gouvernement.

**M. Bernard Cazeau.** – On a compris !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous avez peut être compris, monsieur Cazeau, mais vous laisserez bien le Gouvernement s'exprimer.

**M. Bernard Cazeau.** – Il n'y a que vous qui parlez !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Est-ce que j'ai montré la moindre impatience lorsque vous parlez ? Je suis toujours parfaitement polie, même lorsque vous me dites des choses désagréables. Puis-je bénéficier du même traitement de faveur ? Merci pour votre urbanité ! (*Applaudissements à droite*)

Que voulons-nous tous ici ? Que soit respectée, au nom du principe de subsidiarité, la capacité d'intervention des collectivités locales. Ce n'est pas moi qui vais dire autre chose devant le Sénat. Mais nous voulons aussi répondre au problème de la démographie médicale, qui va se poser avec de plus en plus d'acuité dans les années à venir. Or ce sont les collectivités les plus riches, celles qui ont donc des moyens d'intervention considérables, qui connaissent le moins de problèmes de démographie. Nous sommes encore dans une période où la démographie médicale est suffisamment dense. Mais bientôt, même les zones privilégiées vont connaître des problèmes de démographie médicale. Quand on se trouvera dans une véritable concurrence entre des zones en difficulté et des collectivités plus riches, ce sera « au plus fort la poche ». Or, comme je veux maintenir une véritable égalité territoriale, je vous demande de voter mon amendement dans sa pureté de cristal.

Il faut que les zones les plus fragiles aient aussi les moyens de combattre.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je comprends, mais je préférerais que l'amendement

du Gouvernement mentionne que les collectivités territoriales peuvent subventionner seules ou avec l'ARS. On risque, sinon, que celle-ci ne fasse rien même si elle voit la nécessité de faire quelque chose. L'administration est déjà tentée de freiner les libertés des collectivités territoriales quand la loi le lui permet, n'écrivons pas une loi qui aggrave encore cette tentation !

**M. le président.** – Vous demandez une rectification ?

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je donne une explication.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Favorable à l'amendement n°961, identique au I de l'amendement du Gouvernement. Je vois mal le Sénat interdire aux collectivités territoriales de participer financièrement à des actions de santé au motif qu'elles n'auraient pas été subventionnées par l'ARS ! Or votre rédaction signifie bien que leurs actions devront figurer dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour pouvoir être financées.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Personne ne doit redouter d'avoir à perdre dans le cadre du SROS. Vous craignez que l'intervention des collectivités territoriales ne soit subordonnée à une intervention de l'ARS. Mais ce schéma, c'est une co-écriture avec l'ensemble des acteurs concernés, dont les élus ! Le SROS n'a pour objet que de trouver les solutions les plus satisfaisantes. Ce n'est pas un cadre élaboré de façon autoritaire par l'ARS ; il est bâti avec les élus, les professionnels de santé, les associations d'usagers. Il est normal dès lors que, dans ce cadre, les acteurs coordonnent leurs actions. Chacun doit respecter la subsidiarité, non selon une ligne hiérarchique verticale mais selon une coopération horizontale.

**M. le président.** – Nous allons voter par division.

*Le I de l'amendement n°1282, identique à l'amendement n°961, est adopté.*

**M. René Beaumont.** – La rédaction du II de l'amendement n°1282 n'est pas acceptable par le Sénat : l'assemblée représentative des collectivités territoriales ne peut voter qu'une décision de celles-ci serait « subordonnée » à une décision de l'ARS. C'est politiquement insupportable.

Une solution consisterait à supprimer la formule « ou les collectivités territoriales » : celles-ci resteraient alors libres de faire ce qu'elles veulent.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est la meilleure protection pour les collectivités territoriales. Elles sont comptables des deniers publics et elles essaient de mener l'action la plus pertinente possible, à la fois dans l'intérêt des citoyens et pour éviter de dilapider cet argent. Le CPOM vous garantit que l'argent dont vous êtes

comptables dans vos collectivités territoriales sera utilisé pour des projets dont vous avez vraiment besoin. Le SROS est élaboré en commun : c'est subordonner non les uns aux autres mais l'action publique aux besoins des citoyens.

**M. Michel Mercier.** – Nous ne pouvons accepter l'idée d'une subordination de l'action de la collectivité territoriale à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'établissement de santé. Les choses seraient bien sûr différentes si ce contrat était signé aussi par la collectivité locale. S'il y a trois parties à la convention, la perspective est tout à fait différente. Acceptez cela et l'affaire est réglée. C'est d'ailleurs ce que vous propose la commission.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – D'accord. Je rectifie mon amendement en ce sens.

**M. le président.** – C'est revenir au texte même de la commission. Dans ce cas, l'amendement n'a plus d'objet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je souhaite quelques instants de réflexion.

*La séance est suspendue quelques instants.*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je retire la deuxième partie de l'amendement. *(Applaudissements sur plusieurs bancs de la gauche à la droite)*

**M. le président.** – Amendement n°81, présenté par M. Beaumont.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ainsi que les modalités de leur financement seront précisés par décret après concertation avec les organisations représentant ces différents services de santé.

**M. René Beaumont.** – Le nouveau système nous déroute un peu... L'amendement m'apparaît finalement satisfait !

*L'amendement n°81 est retiré.*

ARTICLE L. 1435-4 DU CODE

*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.

**M. le président.** – Amendement n°1283 rectifié, présenté par le Gouvernement.

I. - Après le mot :

soins

supprimer la fin du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique.

II. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du même texte, après le mot :

services

insérer le mot :

, pôles

III. - Dans la deuxième phrase du même alinéa, après les mots :

le service

insérer les mots :

, le pôle

IV. - Après les mots :

contrat-type régional

rédigé comme suit la fin du même alinéa :

qui est réputé approuvé quarante cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé, des

personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins doivent être plus cohérents et plus compréhensibles. Il s'agit d'un outil de contractualisation simplifiée qui permet aux ARS de s'engager avec les acteurs locaux sur la base d'un contrat-type national. Conclu au plan régional, ces contrats pourront prendre en compte une problématique locale ; tous les acteurs concernés seront associés à leur élaboration.

Nous simplifions la rédaction, précisons que les pôles de santé pourront signer des contrats avec les ARS et instillons de la souplesse dans la procédure de validation des contrats-types régionaux.

**M. le président.** – Amendement n°962, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, après le mot :

centres

insérer le mot :

pôles

**M. François Autain.** – Nous intégrons les pôles de santé, comme la ministre le fait dans son II.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Favorable au I de l'amendement n°1283 rectifié, comme aux II et III : nous n'avons là aucune objection à formuler, au contraire. En revanche, au IV, l'approbation tacite des contrats-types régionaux nous pose problème. La commission a été favorable à un amendement de M. Paul Blanc qui supprimait la possibilité d'accords régionaux en l'absence de contrat-type national. Sous réserve de l'acceptation de cette inflexion, nous serions favorables à l'amendement n°1283 rectifié, comme au n°962.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il faut nous garder une possibilité de déconcentration et je suis surprise que vous refusiez une procédure de contrat-type régional. C'est un outil simple et utile pour les agences. A l'instar des actuels contrats d'amélioration des pratiques hospitalières, les contrats régionaux feront l'objet d'un accord tacite dans le délai de 45 jours. L'Uncam pourra pleinement se prononcer sur le contrat régional –et, le cas échéant, s'y opposer. Je respecte les prérogatives de l'Uncam concernant le contrat national mais introduis de la souplesse dans le dispositif.

**M. Paul Blanc.** – Je ne pourrai voter le IV puisque j'ai présenté un amendement tendant à supprimer les contrats régionaux, afin d'éviter toute balkanisation car bientôt, chaque région aura un contrat différent ! La politique de santé est nationale, même déclinée région par région. Il faut conserver une certaine unité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cher Paul Blanc, nous ne revenons pas sur le contrat-type national, qui conserve toute sa valeur. Le contrat-type régional ne s'y substitue pas. Mais lorsqu'il n'existe pas de contrat-type national, le contrat-type régional permet des adaptations : c'est tout.

**M. Michel Mercier.** – Les textes de la commission et du Gouvernement divergent non sur cette affaire de contrat national mais sur le mode d'approbation des contrats régionaux. (« *Oui !* » sur divers bancs) Rédigeons un amendement de synthèse prévoyant l'approbation par l'Uncam et précisant que le contrat est réputé approuvé après 45 jours.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Si M. Mercier n'existait pas, il faudrait l'inventer. (*Rires*)

J'accepte les remarques formulées.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je suis ravi que Mme la ministre se rallie à M. Mercier. Mais pour le parallélisme des formes, il faudrait ajouter, dans le IV, après les mots « après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » les mots « , par les parties aux conventions » -la suite inchangée. Sinon, on pourrait croire que le but est de contourner les partenaires conventionnels ; ils seraient les seuls à n'être pas consultés sur les contrats régionaux, alors qu'ils participent aux discussions sur le contrat-type national.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je rectifie en ce sens.

**M. le président.** – Ce sera l'amendement n°1283 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement.

I. - Après le mot :

soins

supprimer la fin du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique.

II. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du même texte, après le mot :

services

insérer le mot :

, pôles

III. - Dans la deuxième phrase du même alinéa, après les mots :

le service

insérer les mots :

, le pôle

IV. - Après les mots :

Contrat-type régional

rédigé comme suit la fin du même alinéa :

qui est réputé approuvé quarante cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

*L'amendement n°1283 rectifié bis est adopté.*

*Les amendements n°s 962, 989, 80 et 963 deviennent sans objet.*

**M. le président.** – Amendement n°1094, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le contrat d'amélioration des pratiques en santé peut notamment confier aux professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux qui y adhèrent un mandat de santé publique, sur le fondement duquel ces professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux participent à des actions de prévention, de promotion de la santé ou de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

**M. Jacky Le Menn.** – L'amendement est inspiré du rapport de M. Marc Bernier sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Nous attribuons des mandats de santé publique aux professionnels de santé, pour leur confier des missions de santé publique individualisées, tenant compte des besoins spécifiques mentionnés dans le projet régional de santé.

Ceci doit permettre une approche à la fois globale et tenant compte des spécificités régionales.

Dans le cadre du contrat d'amélioration des pratiques en santé, ces mandats de santé publique pourraient ouvrir droit à une rémunération forfaitaire, mieux adaptée que le paiement à l'acte pour mobiliser les professionnels de santé autour des actions de santé publique.

Vous me direz, madame la ministre, que le terme de mandat ne convient pas. Reste que ce dispositif serait susceptible d'améliorer les activités de prévention.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable. Le terme de mandat de santé publique appellerait en effet une définition plus précise.

*L'amendement n°1094, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1284, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique :

Ses modalités sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Chacun connaît le problème de la permanence des soins. Le texte de la commission des affaires sociales précise que les professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont associés à la définition des modalités de son organisation. De fait, ils le sont bien aujourd'hui, dans le cadre de Codamups, les comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Mais est-ce bien à la loi de rappeler le dispositif de concertation existant ? L'amendement que je vous propose ne vise qu'à renvoyer les modalités de cette consultation au domaine réglementaire, comme cela est le cas aujourd'hui. Bien entendu, tous les acteurs continueront d'être associés. J'ajoute que je présenterai à l'article 19 *ter* du titre II un amendement prévoyant la consultation par l'ARS du conseil de l'ordre sur les projets relevant de ses compétences.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Voilà décidément une soirée difficile, puisque la commission a émis un avis défavorable à cet amendement auquel elle préfère sa rédaction.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai bien précisé qu'une disposition est explicitement prévue au titre II. Aussi est-il possible de réserver celui-ci.

**M. Alain Vasselle.** – Nous ne connaissons pas la teneur de l'amendement que vous nous annoncez. Il serait en effet bon de réserver celui-ci, pour apprécier la coordination entre les deux articles.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – La réserve bloquerait l'adoption de l'article 26. Ne serait-il pas préférable de maintenir le texte de la commission ? Il suffirait d'une simple coordination en CMP si nous étions satisfaits à l'article 19 *ter*.

**M. Bernard Cazeau.** – Le texte de la commission est meilleur. On connaît la pagaille qu'ont mise les préfets dans les départements en voulant régenter la permanence des soins. Mais mettre de côté les professionnels de santé pour confier cette responsabilité au directeur général de l'ARS ne serait pas d'excellente manière.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis un roseau flexible entre les mains du président de la commission. (*Sourires*) Sensible à ses arguments, je retire l'amendement pour ne pas retarder le vote sur l'article 26.

*L'amendement n°1284 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°990, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

Supprimer le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.

**M. Paul Blanc.** – J'estime que ce n'est pas à l'ARS qu'il revient de déterminer la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la

permanence des soins. Elle doit être fixée conventionnellement, sans variation d'une région à une autre.

**M. le président.** – Amendement n°1095, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique par les mots :

et après consultation des organisations représentatives des professionnels concernés.

**M. Jacky Le Menn.** – Même objet.

**M. le président.** – Amendement n°1158, présenté par M. Barbier, Mme Laborde, MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Compléter le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique par les mots :

et après consultation des organisations représentatives des professionnels concernés

**M. Gilbert Barbier.** – Même objet, par une voie différente. Comment une des parties concernées pourrait-elle être écartée de la négociation ? Les représentants des professionnels de santé doivent être associés. J'en profite pour remercier Mme la ministre de n'avoir pas prononcé, à l'occasion de l'examen de cet article, le terme d'« offreur de soins » (*Mme la ministre sourit*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable à l'amendement n°90. Même avis sur le n°1095 : la commission veut voir associés les professionnels de santé à l'élaboration des modalités de la permanence des soins. En revanche, elle estime que la consultation sur les rémunérations n'est pas indispensable, d'autant que celle-ci ne lierait pas l'ARS.

Défavorable, enfin, à l'amendement n°1158 rectifié.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les médecins sont les mieux à même d'organiser la permanence des soins.

**M. François Autain.** – Pourquoi donc n'y arrivent-ils pas ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ceci dit, il faut pouvoir moduler. Le système actuel coûte cher et ne donne pas satisfaction. Il est évident que les besoins ne sont pas les mêmes selon que l'on est en zone rurale, de montagne, ou un quartier de banlieue, selon le nombre des médecins. Il doit être possible de décider d'une meilleure rémunération si l'on est moins nombreux. Le but du dispositif est de mettre chacun face à ses responsabilités, et les professionnels de santé en capacité d'organisation.

Ils sont soumis non plus à une obligation de moyens mais de résultats. Je rends la main aux

professionnels. C'est pourquoi la modulation est importante.

**M. Paul Blanc.** – Puisqu'il est dit que les professionnels de santé participeront bien à l'organisation de ce service, je retire mon amendement.

*L'amendement n°990 est retiré.*

**M. Alain Vasselle.** – La rémunération des médecins libéraux fait aujourd'hui l'objet de négociations conventionnelles au niveau de la Cnam et de l'Uncam. Le Gouvernement peut-il nous éclairer sur l'évolution qu'entraîneront les nouvelles modalités financières ? L'État, qui pesait indirectement dans la négociation *via* le directeur de la CNAM, compte-t-il déterminer directement les honoraires des médecins libéraux, ou conservera-t-on un cadre conventionnel ? Pour la permanence des soins, envisage-t-on une rémunération spécifique, selon des modalités que nous ne connaissons qu'à la publication du décret ? Il serait intéressant d'en savoir un peu plus... (*Marques d'approbation à gauche*)

**M. Gilbert Barbier.** – M. Vasselle a bien résumé le problème : qui va payer ? Aura-t-on une enveloppe spécifique, ou les honoraires continueront-ils d'être fixés conventionnellement ? Les professionnels de santé devront être associés. Je retire mon amendement, sous réserve des explications du ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je veux vous rassurer : les professionnels seront bien sûr associés, notamment *via* les conseils de l'ordre. La relation fonctionnelle entre les acteurs de la permanence des soins sera définie par décret, pour ne pas alourdir le texte. D'où mon amendement qui revenait à la rédaction initiale...

S'agissant du financement, il faut à la fois garantir un cadre national et permettre une modulation afin d'adapter une partie du financement aux spécificités régionales. Aujourd'hui, la permanence des soins représente environ 430 millions. C'est un système coûteux et souvent inefficace, une stratégie perdant-perdant : nous pouvons faire mieux ! (*M. le président de la commission applaudit*)

**M. François Autain.** – Le problème n'est pas tant la rémunération que les moyens nécessaires à la permanence des soins ! Aujourd'hui, malgré les efforts des uns et des autres, les missions de service public ne sont pas remplies. Les maisons médicales de garde sont insuffisantes et déficitaires, les communes rechignant à tout prendre en charge.

Vous aimez dire que la santé est une mission régalienne de l'État, madame la ministre. Pourquoi ne l'exercez-vous pas ? Est-ce pour ménager les professionnels de santé, qui ont un poids électoral ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ils trouvent que je les ménage, en effet !

**M. François Autain.** – Est-ce la crainte de les brutaliser ? Le volontariat des médecins ne suffit pas : au Gouvernement de faire preuve de volontarisme ! Les directeurs des ARS échoueront là où les préfets ont échoué, à ne pas vouloir contraindre les professionnels à exercer ces missions de service public. Il ne faudra pas se plaindre que les patients se tournent vers les urgences, faute de pouvoir trouver un médecin, car l'hôpital, lui, est toujours là !

*L'amendement n°1158 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°1095 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°964, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut décider de diminuer la rémunération prévue à l'alinéa précédent s'il constate que le professionnel de santé chargé d'assurer la mission de service public de la permanence des soins ne respecte pas les tarifs opposables.

**M. François Autain.** – C'est clair.

**M. Gilbert Barbier.** – C'est de l'acharnement thérapeutique ! (*Sourires*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Bien dit ! Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable.

*L'amendement n°964 n'est pas adopté.*

#### ARTICLE L. 1435-6 DU CODE

« 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.

**M. le président.** – Amendement n°1142, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe UC.

I. - Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6, supprimer les mots :

à l'exception des données personnelles

et remplacer les mots :

mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32 du code de la sécurité sociale

par les mots :

et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment à ceux mentionnés aux articles L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale et L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles.

II. - Après cette même phrase, insérer une phrase ainsi rédigée :

« Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

III. - Au début de la deuxième phrase du premier alinéa du même texte, remplacer le mot :

Elle

par les mots :

L'agence régionale de santé.

**Mme Muguet Dini.** – Le I corrige une erreur rédactionnelle et ajoute la CNSA parmi les sources d'information auxquelles les ARS ont accès. Le II encadre l'accès de l'ARS aux données de santé personnelles.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement rédactionnel alourdit plutôt le texte, sagesse.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Le Gouvernement est favorable à l'anonymat des informations transmises aux ARS.

*L'amendement n°1142, accepté par la commission, est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1143, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe UC.

I. - Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, après les mots :

des établissements de santé

insérer les mots :

et des établissements médico-sociaux

II. - Dans la troisième phrase du même alinéa, après les mots :

situation sanitaire

insérer les mots :

et médico-sociale

III. - Compléter cette même phrase par les mots :

et places

IV. - Compléter la dernière phrase du même alinéa par les mots :

et médico-sociaux

**Mme Muguet Dini.** – Il faut compléter l'article L. 1435-6 pour que l'agence régionale de santé ait accès non seulement aux données nécessaires à l'exercice de ses missions et contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé ou des organismes d'assurance maladie, mais aussi à celles dont disposent les établissements médico-sociaux.

**M. Guy Fischer.** – Le fichage !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission accepte les modifications proposées dans les I, III et IV, mais elle s'interroge sur le sens de la phrase figurant au II : « Le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire et médico-sociale, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lit. »

**Mme Muguet Dini.** – Je rectifie l'amendement pour supprimer le II.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Avis favorable à l'amendement rectifié.

*L'amendement n°1143 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1096, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les agents ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal.

**M. Jacky Le Menn.** – L'ARS pourra donc accéder à des informations médicales nécessaires à l'exercice de ses missions. Or, la transmission de ces données sensibles suppose l'autorisation expresse des intéressés.

Il est donc souhaitable que des données médicales à caractère personnel ne soient transmises qu'à des médecins, soumis aux règles applicables aux inspections de l'Igas et aux experts de la Haute autorité de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sagesse pour cette adjonction intéressante.

*L'amendement n°1096, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**M. le président.** – L'amendement n°1006 rectifié, présenté par M. Lardeux et Mme Procaccia, n'est pas défendu.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je le reprends.

**M. le président.** – Ce sera l'amendement n° 1006 rectifié *bis*.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des agences régionales de santé les applications informatiques et les accès à son système d'information nécessaires pour l'exercice de leurs missions. Une convention nationale conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'autorité compétente de l'État pour le compte des agences régionales de la santé fixe le contenu et les conditions de cette mise à disposition et des services rendus.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il s'agit de mettre l'expertise informatique de la CNAMTS à la disposition des ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis favorable.

**M. Alain Vasselle.** – M. Lardeux et Mme Procaccia ont été particulièrement bien inspirés... Ils ont sans doute bénéficié de bonnes sources pour avoir élaboré un amendement repris par le Gouvernement. Je ne vois pas d'inconvénient à cette disposition, mais j'observe que la gestion du risque était jusqu'ici assurée par la Cnam.

Ma clairvoyance est sans doute insuffisante mais je décèle un procès intenté à la Cnam, comme si les ARS allaient faire mieux. Nous avons adopté, à l'article 26, un amendement défendu par M. About, d'où il ressortait que l'ARS demanderait à la Cnam d'appliquer la politique du risque sanitaire. Dans ces conditions, à quoi servira le transfert de données vers l'ARS ?

Je crois sentir dans quelle direction on veut aller...

**M. Gilbert Barbier.** – C'est une véritable révolution ! Jusqu'ici, ces données n'étaient guère accessibles. Je souhaite que l'anonymat des données soit préservé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La convention sera précise sur ce point. Je remercie le groupe socialiste, qui a déposé en ce sens un amendement adopté par la Haute assemblée avec mon approbation. En outre, tout se passera sous le contrôle de la Cnil.

**M. François Autain.** – Quelle autorité de l'État recueillera les informations communiquées par la Cnam ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ne confondons pas la convention et des informations : la convention sera signée par l'État ; les informations seront directement transmises aux ARS par la Cnam.

*L'amendement n°1006 rectifié bis est adopté.*

#### ARTICLE L. 1435-7 DU CODE

*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. »*

**M. le président.** – Amendement n°1097, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-7 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Ces fonctions sont incompatibles avec celles ayant trait à la délivrance des autorisations, des habilitations financières, de conventionnement et de planification des établissements et services.

**M. Jacky Le Menn.** – Les missions d'instruction et de contrôle doivent être totalement séparées des missions de planification. Ne mélangeons pas les rôles.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sagesse.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je comprends bien l'idée, mais faut-il la pousser jusqu'à l'impossibilité totale pour un agent qui exercerait une

fonction de contrôle de travailler sur les fonctions de régulation, c'est-à-dire de planification, d'autorisation et de financement ? Je ne le crois pas. Tout d'abord, les compétences étant complémentaires, une double expérience permet d'assumer au mieux sa mission.

Ensuite, l'application de règles de déontologie claires suffit. A preuve, certains agents exercent actuellement les deux fonctions en toute déontologie - nous n'ouvrons donc pas cette possibilité dans ce texte-, système qui a fait la preuve de son efficacité et dont personne ne s'est jamais plaint, bien au contraire ! Enfin, étant donné le peu de personnels possédant les compétences techniques, notamment médicales, dans ces corps -ils se comptent sur les doigts d'une main-, introduire la règle d'une incompatibilité totale entraînerait une forte réduction des contrôles, ce qui va à l'encontre du but de l'amendement. Donc oui au respect des règles déontologiques, mais évitons les cloisonnements rigides et contreproductifs pour l'ARS !

*L'amendement n°1097 n'est pas adopté.*

**M. Guy Fischer.** – Adopter cet article 26, c'est franchir une étape importante...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Certes !

**M. Guy Fischer.** – ...dans la mise en place de votre politique de réduction des dépenses de santé.

Avec le titre premier qui consacre le démantèlement du service public hospitalier avec pour cible principale l'hôpital public, cet article, en instaurant les ARS et en donnant les pleins pouvoirs à leur directeur général, est au cœur de cette réforme qui conduira inexorablement à la privatisation de la santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Mais non !

**M. Guy Fischer.** – C'est le plus beau cadeau de Nicolas Sarkozy aux établissements de santé privés commerciaux et lucratifs !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – C'est vous qui le dites !

**M. Guy Fischer.** – C'est le plus beau cadeau de Nicolas Sarkozy aux fonds de pension européens ! Pas moins de 200 à 300 établissements hospitaliers de proximité vont inévitablement disparaître et, à terme, 20 000 emplois, selon les calculs des syndicats, soit le plus vaste plan social que la fonction publique hospitalière n'a jamais connu. On massacre l'hôpital public ! (*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, manifeste son désaccord*)

L'article 26 sera l'outil privilégié du démantèlement du service public hospitalier par son étranglement financier...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Croit-il vraiment à ce qu'il dit ?

**M. Guy Fischer.** – ...l'instauration d'un superpréfet sanitaire...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ah ! Cela faisait longtemps !

**M. Guy Fischer.** – ...doté des pleins pouvoirs pour redessiner une nouvelle carte hospitalière. Laquelle subira une cure d'amaigrissement...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – C'est dans le cadre de la lutte contre l'obésité !

**M. Guy Fischer.** – ...que devront subir, en sus de la réforme Balladur sur laquelle nous reviendrons, les collectivités territoriales. Nous venons de créer un monstre administratif, un superpréfet, et nous savons quel rôle joue aujourd'hui le préfet dans la mise en œuvre de la politique du Gouvernement. D'où notre opposition fondamentale à cet article sur lequel nous demandons un scrutin public !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien envoyé !

**M. Yves Daudigny.** – Nous ne pouvons pas approuver cet article...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Dieu sait pourtant si vous êtes favorables aux ARS !

**M. Yves Daudigny.** – ...car vous reprenez pour les ARS une architecture d'autorité, contraire à la démocratie sanitaire et aux véritables partenariats que nous prônons.

Cet article, nous l'avons montré cet après-midi, porte atteinte aux acquis de la décentralisation. En outre, à mesure de l'examen de certains amendements pour le moins surprenants, une autre idée se fait jour : madame la ministre, vous affirmez souvent que vous voulez renforcer le pacte de 1945 et bâtir sur ses idéaux, mais l'étatisation de la santé ne signifie-t-elle pas en creux la disparition du paritarisme ? (« Très bien ! » *sur les bancs CRC-SPG*) Pour toutes ces raisons, nous voterons contre ! (*Applaudissements à gauche*)

*A la demande du groupe CRC-SPG, l'article 26 est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	340
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	171
Pour l'adoption .....	187
Contre .....	153

*Le Sénat a adopté.*

**M. Guy Fischer.** – Résultat intéressant...

*L'article 26 bis est adopté, de même que l'article 26 ter.*

*L'article 26 quater demeure supprimé.*

## Article 27

(Texte modifié par la commission)

*I. - Après le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique tel qu'il résulte de l'article 19, il est inséré un titre III ainsi rédigé :*

« TITRE III

« **REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES**

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4031-1. - *Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.*

« *Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'État.*

« *Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.*

### ARTICLE L. 4031-2 DU CODE

« Art. L. 4031-2. - *Les membres des unions régionales des professionnels de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.*

« *Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins un quart des départements et un quart des régions.*

« *Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.*

« *Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en collèges qui regroupent les disciplines médicales et chirurgicales en fonction des critères tenant :*

« - *aux contraintes particulières relatives à la pénibilité et à la permanence des soins ;*

« - *à la proportion d'actes médico-techniques dans l'exercice de l'activité ;*

« - *à la participation aux soins de premier recours.*

« *Cette classification est déterminée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.*

« *Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.*

« *Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.*

**M. le président.** – Amendement n°902, présenté par M. Houpert.

Dans la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, après le mot :

syndicales

insérer le mot :

nationales

**M. Alain Houpert.** – Seuls les organismes nationaux doivent être habilités à présenter des listes de candidats aux élections des unions régionales des professionnels de santé.

**M. le président.** – Amendement identique n°991, présenté par MM. Paul Blanc et Laménié.

**M. Paul Blanc.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission estime qu'une organisation locale ou présente sur une partie du territoire peut être représentative et présenter des candidats, nous le verrons dans la suite des amendements. Retrait, sinon défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le texte répond de façon équilibrée à vos préoccupations et permet de s'assurer que les organisations autorisées à déposer des listes disposent d'une certaine assise territoriale et ne sont pas des regroupements de circonstance. Au caractère national, nous avons préféré la présence dans au moins un quart des départements et un quart des régions. Ce sera plus efficace. Se contenter des statuts des syndicats pour apprécier le caractère national ne serait guère sélectif ; exiger une présence dans les 26 régions le serait trop. Je serai favorable aux amendements n°903 et 992 : je souhaite le retrait.

*Les amendements n°902 et 991 sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°903, présenté par M. Houpert.

Dans la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du

code de la santé publique, remplacer (deux fois) les mots :

un quart

par les mots :

la moitié

**M. Alain Houpert.** – Pour porter des accords crédibles, les organisations syndicales doivent être présentes sur la majeure partie du territoire.

**M. le président.** – Amendement identique n°992, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

**M. Paul Blanc.** – Il est défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le seuil prévu par le texte paraît suffisant pour garantir l'assise territoriale, et donc la légitimité, des organisations concernées. Retrait, sinon rejet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Comme je l'ai dit, je suis favorable à ces amendements.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – La commission se range à l'avis du Gouvernement.

*Les amendements identiques n°s 903 et 992 sont adoptés.*

#### ARTICLE L. 4031-2 DU CODE

« Art. L. 4031-2. - *Les membres des unions régionales des professionnels de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.*

« *Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins un quart des départements et un quart des régions.*

« *Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.*

« *Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en collèges qui regroupent les disciplines médicales et chirurgicales en fonction des critères tenant :*

« - *aux contraintes particulières relatives à la pénibilité et à la permanence des soins ;*

« - *à la proportion d'actes médico-techniques dans l'exercice de l'activité ;*

« - *à la participation aux soins de premier recours.*

« *Cette classification est déterminée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.*

« *Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.*

« *Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.*

**M. le président.** – Amendement n°968, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Remplacer les troisième à huitième alinéas du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« *Le collège d'électeurs de chaque union régionale professionnelle est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans les régions. Les élections sont organisées, à la même date pour toutes les unions professionnelles, selon un calendrier fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.*

**M. François Autain.** – Le texte initial du Gouvernement ne prévoyait qu'un seul collège pour chacune des professions de santé. Il était plus équilibré que celui de l'Assemblée nationale, qui n'a guère de justification en termes de pratique médicale et ne fera que balkaniser la profession. La commission des affaires sociales a plus largement encore ouvert les vannes, en s'en remettant au décret pour préciser la nature et le nombre des collèges à créer. Si l'on va au bout de cette logique, il faudra sept collèges, ce qui rendra tout le dispositif ingérable. Sans compter que certains collèges seront très fournis et d'autres beaucoup moins. Mon amendement revient au texte initial.

*L'amendement n°1132 rectifié n'est pas soutenu.*

**M. le président.** – Amendement n°247 rectifié, présenté par MM. Vasselle, Paul Blanc et Gilles.

Supprimer les quatrième à septième alinéas du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique.

**M. Alain Vasselle.** – Cet amendement s'appliquait au texte du Gouvernement, que la commission a profondément modifié... Je vais cependant le défendre, en m'interrogeant sur la façon dont nous travaillons.

Créer trois collèges regroupant les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les médecins de plateaux techniques risque de diviser encore davantage la profession. Leur mise en place poserait en outre des problèmes majeurs dans les

établissements privés où les médecins, qui travaillent sur un même site et sont réunis dans la CME, seraient répartis dans deux collèges différents. En outre, la répartition en deux collèges de certaines spécialités chirurgicales ou médicales serait particulièrement malaisée.

Je retirerai cet amendement après avoir entendu la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je dis amicalement à M. Vasselle que la commission n'est pas fautive...

**M. le président.** – La présidence ne l'est pas davantage...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – ...s'il a déposé un amendement se rattachant au texte du Gouvernement alors qu'il avait connaissance de celui de la commission. L'erreur est sienne.

*L'amendement identique n°904 est retiré.*

**M. Paul Blanc.** – J'avais présenté un amendement identique à celui de M. Vasselle ; je me couvre la tête de cendres... (*Sourires*)

*L'amendement identique n°993 est retiré.*

**M. Alain Vasselle.** – Je vais retirer mon amendement. Je ne mettais en accusation ni la présidence, ni le président de la commission...

**M. Michel Mercier.** – Ni la révision constitutionnelle que vous avez votée !

**M. Alain Vasselle.** – Je fais à mon tour amende honorable, mais je souhaite, dans la perspective de la modification de notre Règlement, que nous tirions les enseignements des conditions dans lesquelles nous examinons ce texte. Je conviens que nous aurions dû nous adapter à la nouvelle rédaction de la commission, mais nous avons travaillé dans l'urgence. Le temps nous a manqué. (*Approbations à gauche*)

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Dont acte !

*L'amendement n°247 rectifié est retiré.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – M. Autain a beaucoup parlé des collèges, mais son amendement traite surtout des élections ; il souhaite qu'elles se tiennent à la même date pour toutes les professions de santé, ce qui poserait des problèmes organisationnels redoutables et retarderait le calendrier, alors qu'elles doivent avoir lieu avant l'échéance de chaque convention. Avis défavorable à l'amendement n°968.

La création de plusieurs collèges n'a pas pour but de balkaniser la profession mais de mieux prendre en compte les spécificités de chaque discipline. Certaines spécialités, comme les médecins de plateaux techniques, ont des problèmes d'attractivité et de représentativité. La commission a estimé que l'approche par bloc de spécialités était la plus adaptée ; c'est d'ailleurs celle qu'a préconisée le

récent rapport de l'Igas, qui a identifié sept grands blocs de disciplines.

C'est pourquoi la commission a décidé de créer plusieurs collèges : nous y reviendrons à la fin de l'article 27, à l'occasion d'un amendement du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'organisation des élections doit être souple, même s'il convient de garantir la stabilité des fédérations régionales et la légitimité des représentants professionnels.

Les collèges électoraux des Urps ne sépareront pas les médecins qui conserveront, bien entendu, une convention médicale unique. Vous avez été nombreux sur tous les bancs à considérer que la vie conventionnelle méritait de retrouver un peu de tonicité. Les collèges permettraient simplement de désigner démocratiquement les syndicats représentatifs dans chacun des groupes de spécialité, distingués selon leur mode d'exercice et leur type de rémunération.

M. le rapporteur a fait référence au rapport de l'Igas qui m'a été remis en janvier et qui préconisait de séparer les médecins en sept grands blocs de spécialités. Quel que soit le mérite d'une telle réforme, nous n'y sommes pas prêts. Mais le fait de différencier les généralistes des spécialistes et des médecins des plateaux techniques est une évolution intéressante qui permettra de dynamiser la vie conventionnelle. Tout en conservant une convention médicale unique, il sera possible de désigner pour chaque discussion conventionnelle spécifique les interlocuteurs réellement représentatifs de la profession concernée. Les spécificités de ces trois blocs de compétences sont évidemment très différentes et cette faculté permettra de respecter les spécificités de chacun.

**M. René Beaumont.** – J'en reviens à ce qu'a dit M. Vasselle : personne n'est fautif, mais on a bouleversé les règles de fonctionnement de cette maison et tout le monde n'a pas pu s'y adapter. Quand j'entends que M. Vasselle, membre éminent de la commission des affaires sociales, n'a pas eu le temps d'amender correctement ce texte, je me demande comment peuvent faire des membres étrangers à cette commission ! Alors que les affaires sociales ont réécrit de nombreux articles, comment voulez-vous que les sénateurs des autres commissions puissent, en 48 heures, amender ce texte ? Si l'on poursuit ainsi, cet hémicycle sera désert d'ici quelques mois car seuls les commissaires de la commission saisie au fond assisteront aux débats. J'estime que les sénateurs sont membres à part entière et qu'ils ont le droit d'amender tous les textes, quels qu'ils soient. Il faut donc que la Conférence des Présidents prévoit un délai de quatre ou cinq jours entre la fin de la réécriture du texte par la commission et le débat dans l'hémicycle. (*Applaudissements sur divers bancs à droite et sur certains bancs à gauche*)

**M. Nicolas About, président de la commission.** – C'est la première fois qu'une commission étudie dès sa première réunion des amendements provenant de l'ensemble des sénateurs. Il y en a quand même eu 1 400, ce qui prouve que les sénateurs ont une certaine capacité à rédiger des amendements en très peu de temps...

*L'amendement n°968 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°1104 est retiré.*

#### ARTICLE L. 4031-3 DU CODE

« Art. L. 4031-3. - *Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et de l'autonomie et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.*

« *Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.*

*L'amendement n°1133 rectifié n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°994, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

Au début de la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 4031-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

Les unions régionales des professionnels de santé

par les mots :

Les représentants régionaux des syndicats nationaux représentatifs

**M. Paul Blanc.** – Je m'en suis expliqué.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement remettrait en cause la possibilité pour les unions régionales des professionnels de santé de signer des contrats avec les ARS. Avis défavorable.

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

*L'amendement n°994 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°1101, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'agence régionale de santé devra informer et associer les organismes professionnels représentatifs mentionnés à l'article R. 182-2-8 du code de la sécurité sociale à la

négociation et à la signature de tout contrat qu'elle conclut avec les unions régionales professionnelles.

**M. Jacky Le Menn.** – L'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires doivent mieux collaborer en matière de gestion du risque. Ainsi, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit les conditions d'implication des organismes d'assurance maladie complémentaire dans les discussions conventionnelles avec les professionnels de santé, ce qui devrait permettre une meilleure gestion du risque. Les représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire doivent donc être associés aux contrats entre les unions régionales des professionnels de santé et les ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Obliger les ARS à informer les organismes complémentaires des contrats qu'elles souhaitent conclure avec les Urps n'est pas souhaitable car nous mélangerions deux domaines : l'organisation et le remboursement des soins. Les contrats signés entre les ARS et les Urps n'auront pas d'incidence financière sur les tarifs opposables aux patients. Avis défavorable.

*L'amendement n°1101, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°905, présenté par M. Houpert.

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les conditions prévues par décret, les médecins conventionnés exerçant à titre libéral sont tenus de faire parvenir aux unions régionales de professionnels de santé, les informations mentionnées à l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale relatives à leur activité, sans que ces informations puissent être nominatives à l'égard des assurés sociaux ou de leurs ayants droit ou, à défaut, à condition qu'elles ne comportent ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Ces informations ne sont pas nominatives à l'égard des médecins. L'anonymat ne peut être levé qu'afin d'analyser les résultats d'études menées dans le cadre de l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.

**M. Alain Houpert.** – Il convient de laisser la transmission des informations issues du codage des actes aux unions professionnelles de médecin.

**M. le président.** – Amendement identique n°995, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

**M. Paul Blanc.** – Il est défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Actuellement, les unions régionales des médecins libéraux (URML) reçoivent les informations issues du codage des actes médicaux qui leur sont transmises par les médecins libéraux. On nous dit qu'il en serait de même pour les

unions régionales de médecins appelées à se substituer aux URML. La commission souhaiterait obtenir des garanties sur ce point et elle s'en remet à la sagesse de la Haute assemblée.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet amendement s'inspire de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique, article qui fait obligation aux médecins exerçants à titre libéral de transmettre aux URML les données du codage des actes.

Je partage votre souci de permettre aux unions de disposer des données d'activité détaillées des médecins. Ceci étant, la disposition fixant l'obligation de transmission est issue de la loi Teulade du 4 janvier 1993 créant les URML. Ce dispositif, qui n'a jamais été mis en œuvre par les médecins, a été envisagé avant la création du système national d'information inter-régime de l'assurance maladie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Ce système est désormais totalement opérationnel : il offre un accès élargi aux données de facturation de l'assurance maladie.

Je prends l'engagement que les Urps y auront également accès : le protocole de gestion du SNIIR-AM et l'arrêté l'approuvant seront modifiés en ce sens une fois la loi promulguée. Je souhaite donc le retrait de ces deux amendements.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 905 et 995 sont retirés.*

#### ARTICLE L. 4031-4 DU CODE

« Art. L. 4031-4. - *Les unions régionales des professionnels de santé perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 4031-3. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.*

« *Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.*

« *Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.*

« *Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.* »

*II. - Le chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé.*

*III. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque union régionale des médecins exerçant à titre libéral à l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins du même ressort font l'objet d'une convention entre ces deux instances. A défaut d'accord, le juge judiciaire est saisi à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition. L'organisation des enquêtes de représentativité suivantes.*

**M. le président.** – Amendement n°967, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-4 du code de la santé publique, remplacer les mots :

à l'une des conventions ou accord

par les mots :

à l'un des contrats

**M. François Autain.** – Cet amendement est purement rédactionnel.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Méfiance ! Méfiance !

**M. François Autain.** – L'article mentionné faisant référence à des contrats, nous proposons de conserver le même terme utilisé à l'article L. 4031-3 auquel il est fait référence. Si l'on tient à garder « convention », qu'on m'en donne les raisons ! Quelle différence y a-t-il entre « convention » et « contrat » ?

**M. Alain Vasselle.** – Il paraît qu'il n'y en a pas.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La rédaction actuelle est satisfaisante : ce sont bien les conventions nationales qui sont visées ici.

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

Je dirai avec beaucoup d'amitié à M. Autain que son amendement est bel et bien de fond. Il nous prend pour plus bêtes que nous ne sommes.

**M. Guy Fischer.** – On ne se le permettrait pas !

*L'amendement n°967 n'est pas adopté.*

#### PARAGRAPHE ADDITIONNEL

**M. le président.** – Amendement n°966, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le I de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 6323-2 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art L. ... - Afin de permettre la contribution des centres de santé à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre, il est institué dans chaque région comportant au moins un centre de santé, une représentation régionale des centres de santé.

« Cette représentation comprend des membres de chacune des trois catégories de centres de santé : infirmiers, dentaires, médicaux et polyvalents.

« Les représentations régionales des centres de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les centres de santé dans les domaines de compétence de l'agence.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de désignation et de fonctionnement de ces représentations régionales. »

**M. Guy Fischer.** – Nous regrettons que la représentation des professionnels de santé se construise dans le refus de les associer dans leur ensemble : vous n'avez pas pris les mesures nécessaires pour organiser la représentation des médecins salariés exerçant dans les centres de santé. Cet oubli nous trouble d'autant plus que ce n'est pas la première fois que l'on crée des mécanismes visant à associer les médecins exerçant à titre libéral, tout en écartant ceux qui pratiquent en centre de santé.

Et pourtant, monsieur le rapporteur, nous faisons nôtres les conclusions de votre rapport sur cet article : « votre commission approuve la création des Urps. Ces nouvelles structures vont permettre aux ARS d'avoir, dans le domaine des soins ambulatoires, des interlocuteurs légitimes, capables d'engager les professionnels de terrain, que ce soit dans des actions de prévention, de promotion de la qualité des soins ou d'organisation des soins ». Vous devez donc approuver notre amendement, qui vise à la création d'une organisation régionale de représentation des centres de santé, similaire dans sa forme et ses compétences à l'union régionale de représentation des médecins libéraux.

Les professionnels exerçant en centre de santé n'ont pas d'organisation régionale et ils ne disposent plus de l'instance nationale de concertation. C'est à croire que le Gouvernement est réellement méfiant à l'égard des praticiens exerçant en centre de santé ! Une méfiance que nous comprenons d'autant moins au regard de leur implication dans les communes où ils sont installés.

Monsieur le rapporteur, j'ai repris vos propres mots ; je vous pose la question : considérez-vous que les médecins pratiquant dans les centres de santé soient moins légitimes que les médecins libéraux ?

**M. Nicolas About, président de la commission.** – En quoi ?

**M. François Autain.** – De manière générale.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Sur le plan syndical, ils sont plus performants.

**M. Guy Fischer.** – Nous considérons que leur mode d'organisation et la garantie de trouver dans ces centres des médecins généralistes et spécialistes exerçant à tarifs opposables sont de réels atouts pour appréhender dans leur globalité les questions liées à la médecine ambulatoire. Ils ne sont pas moins capables d'engager des actions de prévention, de promotion de la qualité des soins que ne le sont les médecins libéraux.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Et on sait comment ils assurent la permanence des soins, jour et nuit !

**M. Guy Fischer.** – Pourquoi ce parti pris ? Leur mode d'exercice collectif permet une meilleure communication et une approche plus globale du patient qui trouve, en un seul lieu, tous les intervenants dont il pourrait avoir besoin.

Les médecins des centres de santé participent déjà activement à un certain nombre de projets nationaux de prévention, comme le dépistage du sida ou des cancers colorectaux, ou encore la lutte contre l'obésité. Les Urps n'auront pas, le rapporteur lui-même l'affirme, vocation à se substituer aux organisations syndicales, elles visent à rendre les ARS encore plus performantes en terme de médecine ambulatoire. Si nous sommes convaincus qu'il n'y a pas deux médecines ambulatoires, l'une libérale et l'autre salariée, nous pensons que ces deux modes d'exercice différents entraînent nécessairement des vécus différents. C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement, convaincus qu'il serait dommageable de priver les ARS de cette expertise particulière.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il n'est pas nécessaire de prévoir une telle représentation : les URTS regroupent des libéraux ; les salariés peuvent être représentés par des syndicats.

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

*L'amendement n°966 n'est pas adopté.*

#### ARTICLE L. 162-33 DU CODE

*IV. - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :*

*« Art. L. 162-33. - Sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience. »*

*L'amendement n°1102 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°1103, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter la première phrase du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale par les mots :

ainsi que des représentants d'institutions désignées par l'État intervenant dans le domaine de l'assurance maladie mentionnés au 3° de l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale

**M. Bernard Cazeau.** – Il convient de faire une place aux usagers dans la négociation conventionnelle.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable : les usagers sont représentés par l'assurance maladie.

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

*L'amendement n°1103 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°649 rectifié, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

Compléter le texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ainsi pour garantir l'indépendance des syndicats, il est proposé d'instaurer un financement spécifique assuré par une contribution obligatoire des professionnels médicaux.

« Ce financement devra répondre à des critères objectifs, et sera attribué aux organisations syndicales nationales reconnues représentatives ayant rassemblé plus de 10 % des suffrages exprimés sur le territoire national et reconnues représentatives dans au moins le tiers des régions, proportionnellement aux résultats nationaux obtenus. »

**M. Paul Blanc.** – Cet amendement s'explique par son texte même.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La question du financement des syndicats doit faire l'objet de négociations entre les parties concernées. En outre, l'article 7 prévoit déjà une contribution des Urts.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est vraiment une question de fond, qui pourrait faire l'objet d'un débat sur l'enrichissement du dialogue social. Cela pourrait s'imaginer aussi pour tous les syndicats de salariés, comme cela se fait d'ailleurs dans d'autres pays. Mais je vois mal un financement obligatoire des syndicats être accepté dans notre pays. Retrait.

**M. Paul Blanc.** – De fait, cela devrait s'appliquer à tous les syndicats.

*L'amendement n°649 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°1340 rectifié, présenté par le Gouvernement.

I. - Rédiger comme suit le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale :

« Art. L. 162-14-1-2. I. - La validité des conventions et accords mentionnés à l'article L. 162-5 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national tous collèges confondus.

« II. - La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-9, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 322-5-2 et L. 162-16-1 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code. »

II. - Remplacer le second alinéa du VI par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1er du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, tous collèges confondus, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections deux et trois du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

« Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article

L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je tire ici les conséquences des modifications introduites par votre commission dans la composition des collèges électoraux aux unions régionales des professionnels de santé de médecins. Vous avez prévu la possibilité de plusieurs collèges, par regroupement de spécialités proches -jusqu'à présent n'existait que la distinction entre généralistes et spécialistes. Or dans les dispositions actuelles du code de la sécurité sociale, la représentativité s'apprécie globalement pour l'ensemble des spécialistes, non à partir d'élections à plusieurs collèges. Je précise que l'amendement ne modifie ni le seuil de représentativité pour signer une convention ou un avenant -30 % des suffrages exprimés tous collèges confondus- ni le seuil d'opposition -50 % des suffrages obtenus. Nous adaptons le code de la sécurité sociale pour tenir compte des modifications que vous avez apportées au code de la santé publique.

**M. le président.** – Sous-amendement n°1347 à l'amendement n°1340 rectifié du Gouvernement, présenté par M. Barbier.

I. - A la fin du deuxième alinéa du I de l'amendement n°1340 rect., remplacer les mots :

tous collèges confondus

par les mots :

dans chacun des trois collèges

II. - Procéder à la même substitution dans le deuxième alinéa du II.

**M. Gilbert Barbier.** – Pour défendre la profession médicale, prévoir trois collèges me semble suffisant : un collège pour les généralistes, un pour les spécialistes utilisant un plateau technique, chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, un enfin pour les autres spécialités médicales.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – L'amendement que la commission a étudié à la suspension a été modifié depuis par le Gouvernement (*exclamations sur les bancs CRC-SPG*) et nous n'avons pas alors connaissance du sous-amendement de M. Barbier. Je demande une brève suspension de séance afin que la commission puisse se réunir à nouveau pour trancher ce soir cette question.

*La séance, suspendue à minuit trente-cinq, reprend à minuit quarante-cinq.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission, après un examen approfondi, s'est prononcée favorablement en faveur du sous-amendement de M. Barbier et de l'amendement du Gouvernement ainsi sous-amendé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'aurais préféré une rédaction qui ne rende pas aussi drastique la règle de représentativité, mais je m'en remets à la sagesse du Sénat.

**M. Alain Vasselle.** – La commission des affaires sociales avait réuni une très large majorité pour accepter la rédaction proposée par le rapporteur sur la constitution des collèges. Plutôt que de suivre l'Assemblée nationale sur les trois collèges, il avait préféré définir les critères à partir desquels seraient définis les collèges, dont la constitution était renvoyée au décret. Là-dessus, le Gouvernement a déposé un amendement dit de coordination.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Il s'agissait bien d'un amendement de coordination.

**M. Alain Vasselle.** – Avons-nous les moyens d'analyser ici l'amendement complexe qui nous est soumis ? Je ne le crois pas. Certes, on peut toujours faire confiance aux spécialistes que sont le rapporteur et le président de la commission, voire au Gouvernement. Mais je regrette que nous soyons ainsi soumis à une pluie d'amendements qui nous laissent, assis seuls à notre siège, un peu désarmés, quand Mme la ministre peut compter sur le renfort des conseillers techniques qui l'entourent. Je lui demande donc de nous confirmer qu'il s'agit bien d'une simple coordination, que le sous-amendement Barbier ne vient pas contrarier. Si nous restons bien au plus près de ce qu'a approuvé la commission, je ne vois pas d'inconvénient à voter cet amendement, mais s'il se révélait ultérieurement que ce ne fût pas le cas, je demanderai que l'on y revienne. (*M. Paul Blanc applaudit*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La pluie d'amendements ne vient pas, monsieur Vasselle, du Gouvernement, qui a déposé les siens avant dimanche. (*M. François Autain le conteste*)

**M. Guy Fischer.** – On n'en a eu connaissance que tout à l'heure !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet amendement tire les conséquences des modifications introduites par la commission des affaires sociales en adaptant le code de la sécurité sociale aux modifications apportées au code de la santé publique. Il me semble que vous disposez ainsi des éléments suffisants et que vous êtes suffisamment compétents pour trancher.

**M. Alain Vasselle.** – Comprenez que je ne mets pas en cause les assurances que vous me donnez : j'aimerais savoir si, en adoptant le sous-amendement Barbier, qui viendra modifier le vôtre, on reste dans la coordination.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Manifestement, l'adoption du sous-amendement Barbier nécessitera, compte tenu des dispositions prises sur les conditions de création par décret des

différents collèges, une coordination dans le cadre de la CMP.

**M. Alain Vasselle.** – Merci de le dire.

**M. François Autain.** – Je ne mets pas en cause votre parole, madame la ministre, mais je déplore que nous n'ayons été de fait saisis de votre amendement que ce soir. Vous comprendrez que nous n'ayons pu en mesurer à tête reposée toutes les implications. Vous savez les difficultés que l'on rencontre dans la négociation des conventions. Si votre dispositif était, comme vous l'assurez, de nature à débloquer le système, je serais le premier à l'adopter. Mais nous ne sommes pas, aujourd'hui, en mesure de nous prononcer en connaissance de cause, et c'est pourquoi le groupe CRC-SPG s'abstiendra sur le sous-amendement et l'amendement.

**M. Bernard Cazeau.** – Le sous-amendement Barbier prend en compte les évolutions de la profession, comme les gouvernements successifs ont pris en compte les évolutions du parcours de soins. On trouve, à côté de la spécialité de généraliste, des médecins qui travaillent essentiellement sur des plateaux techniques et d'autres qui y mêlent de la clinique.

En prévoyant trois collèges, M. Barbier prend en compte l'évolution de la profession. Nous le suivrons.

**M. Gilbert Barbier.** – Monsieur Vasselle, l'amendement du Gouvernement est bien une simple coordination avec ce que nous avons adopté à l'article L. 4031-2. J'ai estimé utile, à ce stade, de fixer à trois le nombre de collèges pour tenir compte des spécificités de la profession. Le décret précisera les choses.

**M. Paul Blanc.** – Ne figeons pas dans la loi le nombre de collèges. Mieux vaut adopter l'amendement du Gouvernement en l'état, quitte à procéder aux ajustements nécessaires en commission mixte paritaire. Je ne voterai pas le sous-amendement.

*Le sous-amendement n°1347 est adopté,  
ainsi que l'amendement n°1340 rectifié,  
sous-amendé.*

*L'article 27, modifié, est adopté.*

*Prochaine séance, aujourd'hui, mercredi 27 mai  
2009, à 14 h 30.*

*La séance est levée à 1 h 5.*

*Directeur du service du compte rendu  
analytique :*

**René-André Fabre**

## ORDRE DU JOUR

du mercredi 27 mai 2009

### Séance publique

#### A QUATORZE HEURES TRENTE

1 Débat sur les travaux de la mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes.

#### A VINGT ET UNE HEURES TRENTE

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).

---