

# COMPTÉ RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Lundi 25 mai 2009

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

## SOMMAIRE

<b>ORGANISATION DES TRAVAUX</b> .....	<b>1</b>
<b>HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)</b> .....	<b>1</b>
<b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>	<b>1</b>
Article 26 (Suite)	<b>1</b>
Article L. 1431-2 du code (Suite)	<b>1</b>
Article L. 1431-3 du code	<b>10</b>
Article L. 1432-1 du code	<b>10</b>
Article L. 1432-2 du code	<b>17</b>
Article L. 1432-3 du code	<b>22</b>
Article L. 1432-4 du code	<b>32</b>
Articles additionnels	<b>36</b>
Article L. 1432-5 du code	<b>37</b>
Article additionnel	<b>37</b>
Article L. 1432-8 du code	<b>37</b>
Article L. 1432-10 du code	<b>38</b>
Article L. 1433-1 du code	<b>39</b>
Article L. 1433-2 du code	<b>41</b>
Article L. 1434-1 du code	<b>42</b>
Article L. 1434-2 du code	<b>43</b>

## SÉANCE du lundi 25 mai 2009

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

PRÉSIDENCE DE MME MONIQUE PAPON,  
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :  
MME CHRISTIANE DEMONTÉS, M. PHILIPPE NACHBAR.

*La séance est ouverte à 15 heures.*

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

### Organisation des travaux

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

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

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

**Mme la présidente.** – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

#### Discussion des articles (Suite)

**Mme la présidente.** – Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'amendement n°1046 à l'article 26 au sein du titre IV, appelé en priorité.

#### Article 26 (Suite)

#### Article L. 1431-2 du code (Suite)

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

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

*« À ce titre :*

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

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

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

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

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

*« À ce titre :*

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

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

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

*« d) Dans le respect des compétences de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des mécanismes d'accréditation et d'évaluation institués par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, elles veillent à la qualité et*

à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

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

**Mme la présidente.** – Amendement n°1046, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

7°,

insérer la référence :

, 9°

**M. Jacky Le Menn.** – Le secteur médico-social ne concerne pas les seules personnes âgées et handicapées, mais s'adresse également aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques. Pour le préciser, nous souhaitons inscrire dans la loi la référence au 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale qui mentionne toutes les structures médico-sociales, notamment les appartements de coordination thérapeutique et les lits haltes soins santé.

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** – Quel est l'avis du Gouvernement ? L'amendement semble satisfait...

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** – En effet, il l'est complètement puisqu'il est fait référence au même alinéa à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale qui cite expressément toutes les structures médico-sociales. Retrait ?

*L'amendement n°1046 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°912, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

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

**M. François Autain.** – L'Assemblée nationale a comblé une lacune en prévoyant que les agences régionales de santé contribueront à la mise en œuvre du service unique d'aide à l'installation. Sa création est prévue depuis 2006, mais, comme d'habitude dans ce domaine, le Gouvernement n'a rien fait !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** – Quel provocateur ! (Sourires)

**M. François Autain.** – Oui à la création d'un guichet unique, indispensable aux étudiants pour s'y retrouver entre les 137 mesures régionales et locales recensées pour faciliter l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-médicalisées, mais à condition de prévoir que les ARS en prennent l'initiative et que les collectivités territoriales, sans lesquelles rien ne se fera en ce domaine, y concourent.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous ne voulons pas contraindre les collectivités territoriales, qui veulent continuer d'agir indépendamment, à participer à la création de ce guichet unique. Nous préférons donc la rédaction actuelle. Avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** – Même argumentation que le rapporteur concernant la participation des collectivités territoriales que le Sénat défend en veillant à la bonne application du principe de subsidiarité. En outre, mes services ne sont pas restés inactifs depuis 2006 et ont demandé aux missions régionales de santé, dont je compte amplifier les compétences qui seront reprises les ARS, de mettre en place, en concertation avec les collectivités territoriales, ces indispensables guichets uniques. Si je reconnais des insuffisances, affirmer que rien n'a été fait me semble exagéré. Votre objectif me semble satisfait par la rédaction du projet de loi. Retrait ?

**M. François Autain.** – Compte tenu des explications de Mme la ministre, je baisse la garde. Je ne voulais nullement contraindre les collectivités territoriales, mais seulement prévoir leur coopération avec le directeur de l'ARS demain, comme avec les missions régionales de santé aujourd'hui.

*L'amendement n°912 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1156 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

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

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

par les mots :

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

**M. Gilbert Barbier.** – Les ordres professionnels, systématiquement écartés dans ce projet de loi malgré les heureuses corrections apportées la semaine dernière, doivent être mieux associés au contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, ne serait-ce que parce que leur code de déontologie le prévoit. Par ailleurs, cette politique doit être étendue aux actes paramédicaux et aux médicaments.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Retrait, sinon défavorable. La mission de contrôle technique ne relève pas des ordres professionnels.

**M. François Autain.** – Juste !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien que le contrôle ne fasse pas partie des missions des ordres, je souhaite, moi aussi, que les ordres travaillent en bonne coordination avec les ARS, chacun dans son rôle. J'ai déposé un amendement en ce sens à l'article 19 *ter*. Ensuite, la définition du contrôle dans le code de la santé s'étend déjà aux produits de santé, dont les médicaments, et aux actes médicaux et paramédicaux, vous êtes donc satisfait.

**M. Gilbert Barbier.** – Je fais confiance à Mme la ministre et baisse la garde.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Est-ce bien prudent ? (*Rires*)

*L'amendement n°1156 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°879, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller.

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

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

**M. Jean Desessard.** – Avec trois amendements retirés depuis le début de la séance, je me demande quel sera le sort réservé au mien... (*Sourires*) Mais j'ai eu le plaisir de découvrir que le Gouvernement proposait un sous-amendement à mon amendement pour la première fois depuis que je suis sénateur, (*même mouvement*) signe que son avis sera certainement favorable ! (*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, acquiesce*)

Chaque hiver, de nombreuses associations assurent l'accueil des sans-abri, auxquels elles offrent aussi un accompagnement, les aidant notamment à faire valoir leur droit à la CMU.

Selon une étude de l'Insee, 63 % des usagers des centres d'hébergement d'urgence souffrent de maladies graves ou chroniques, souvent dues à

l'indigence et au froid. S'y ajoutent des maladies psychiques récurrentes : un quart souffre de dépression, et les suicides sont nombreux, sans parler des addictions au tabac et à l'alcool. Ces pathologies exigent un diagnostic professionnel : laisser l'état de santé se dégrader, c'est s'exposer à terme à des soins plus lourds et plus coûteux !

C'est pourquoi il faut rappeler la compétence de l'ARS en matière d'organisation de l'accès aux soins des plus précaires. Le sous-amendement du Gouvernement élargit le champ de l'amendement au-delà des seules personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence : j'y suis très favorable. (*Sourires*)

**Mme la présidente.** – Sous-amendement n°1318 à l'amendement n°879 de M. Desessard, présenté par le Gouvernement.

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

accueillies en centre d'hébergement d'urgence

par les mots :

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Nous partageons le souci de garantir l'accès aux soins des plus démunis. Ce sous-amendement vise à ne pas exclure une partie de la population en situation de précarité.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La préoccupation de M. Desessard est louable, mais elle est déjà satisfaite dans le cadre du plan stratégique régional de santé prévu à l'article L. 1434-1. La loi ne peut pas détailler toutes les missions de l'ARS : avis défavorable à l'amendement n°879, ainsi qu'au sous-amendement n°1318, lui aussi satisfait.

**M. Guy Fischer.** – Il ne suffit pas de voter une loi contre la précarité et l'exclusion pour garantir l'accès aux soins ! A Lyon, j'ai fait visiter à Mme Létard des centres d'hébergement d'urgence : l'accueil n'étant pas constant, le suivi des personnes concernées est difficile. La précarité frappe des catégories nouvelles ; la crise a fait émerger une pauvreté laborieuse, des travailleurs dont les ressources ne leur permettent pas de vivre dignement. *Quid* des jeunes ? Le RSA suffira-t-il ? Au-delà des discours, il faut des actes ! N'en déplaise au rapporteur, je préfère voter l'amendement de M. Desessard.

**M. Bernard Cazeau.** – J'étais de l'expédition à Lyon avec Mme Létard. L'amendement n°879 a le mérite de cibler les objectifs. L'argumentation du rapporteur est faible, et l'article auquel il se réfère est très général. Nous voterons l'amendement et le sous-amendement.

**M. Jean Desessard.** – J'ai été échaudé en voyant des médecins refuser des bénéficiaires de la CMU... L'article L. 1434-2 -et non l'article L. 1434-1, monsieur le rapporteur!- dispose que « le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ». Ce n'est pas réaffirmer le principe de l'accès aux soins des plus démunis ! Pas moins de 63 % des personnes en situation de précarité sont atteintes de maladie. Repousser le traitement coûtera plus cher à terme ! Je fais valoir un argument à la fois social, économique et humain !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je comprends la volonté de M. Desessard, mais je soutiens le rapporteur. L'amendement conduirait à ne prendre en compte la précarité que lorsqu'elle s'exprime suite à un hébergement en centre d'hébergement d'urgence ! Le sous-amendement de génie du Gouvernement y ajoute les appartements... Mais la précarité existe dans la rue !

**M. Guy Fischer.** – Dans tous les quartiers populaires.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Est-ce à dire que cette précarité-là ne relèvera pas de l'ARS ? L'amendement irait à l'encontre de son objet. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Je propose de rectifier le sous-amendement pour viser les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, notamment celles accueillies dans les lieux d'hébergement ou les logements adaptés, afin de cibler ceux qui sont les plus exclus, sans pour autant oublier une partie de la population concernée.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Non, il faut s'arrêter après « exclusion », sans ajouter de « notamment ». Les plus exclus sont ceux qui restent dans la rue ; ceux qui sont accueillis ont, dans leur malheur, encore cette chance !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je rejoins le président About. Nous essayons d'éviter autant que possible les énumérations, qui entraînent toujours des oublis, quitte à être généralistes. Je propose de s'en tenir aux personnes « en situation de précarité ou d'exclusion ».

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Si cela permet de n'omettre personne tout en attirant l'attention sur la population qui souffre le plus, je rectifie le sous-amendement en ce sens. Cette discussion montre tout l'intérêt du travail parlementaire.

*Le sous-amendement n°1318 rectifié est adopté, ainsi que l'amendement n°879, sous-amendé.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1327, présenté par le Gouvernement.

Après les mots :

actions régionales

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il faut reprendre ici la rédaction du président About qui avait fait l'unanimité la semaine dernière.

*L'amendement n°1327, accepté par la commission, est adopté.*

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

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

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

**Mme Anne-Marie Payet.** – Par cet amendement de coordination avec celui que nous avons adopté à l'unanimité à l'article 3, nous prolongeons les expériences menées sur le fondement de la convention entre les ministères de la santé et de la culture qui a défini en 1999 le programme « Culture à l'hôpital » et enclenché la dynamique concrétisée par le protocole du 10 janvier 2006. Outre des conventions entre les ARH et les directions régionales de l'action culturelle, des programmes ont été mis en place avec les collectivités. La loi doit maintenant favoriser leur développement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La culture a déjà été inscrite à l'article 3 au niveau des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Vous pouvez retirer cet amendement, qui est déjà satisfait.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le rapporteur a dit excellemment que votre volonté a été satisfaite. De surcroît, l'amendement pourrait introduire une confusion entre les compétences des différents services de l'État alors qu'une gestion concertée des conventions suffit.

**Mme Anne-Marie Payet.** – Je vous remercie de ces explications mais si, à l'article 3, nous avons voté à l'unanimité que les contrats d'établissement comporteraient un volet culturel, il nous semble

important de préciser ici les modalités. Il importe de rappeler le rôle des Drac et des collectivités qui ont acquis un savoir-faire. Je maintiens donc cet amendement qui tient à cœur à Mme Morin-Desailly.

*L'amendement n°209 rectifié est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°876 rectifié, présenté par M. Desessard, Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet et M. Muller.

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

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

**M. Jean Desessard.** – L'amendement de M. Le Menn étant très proche du mien, le rapporteur nous dira celui qu'il préfère. (*Sourires*) Il s'agit de généraliser les registres des cancers et de conforter le rôle de pilotage des ARS. Cela correspond à une promesse du plan cancer et à une préconisation du Grenelle de l'environnement.

**Mme la présidente.** – Amendement n°1021, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

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

**M. Jacky Le Menn.** – En 2003, à l'initiative du Président de la République, la lutte contre le cancer avait été érigée en priorité nationale de santé publique et, après la remise du rapport du professeur Grünfeld vous venez d'annoncer les principales mesures du plan cancer. Nous souhaitons que l'action contre ces pathologies soit continue et exhaustive.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Au risque de ne pas faire plaisir à M. Desessard, avis défavorable. La mise en œuvre des registres des cancers est réalisée par l'Institut de veille sanitaire...

**M. Gilbert Barbier.** – Et très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – ...et l'Inserm.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous avons quinze registres couvrant 20 % de la population. Cette expérience d'épidémiologie est déjà fort ancienne. Cet objectif est pris en charge par l'Institut de veille sanitaire, afin de surveiller la situation dans les régions et de permettre des comparaisons. Les observatoires régionaux de santé mettent à disposition des informations d'intérêt régional ou infrarégional. Évitez donc toute confusion des responsabilités ! Le plan cancer 2009-2013 sera publié

dans quelques semaines, et les mesures qui auraient besoin d'un support législatif pourront figurer dans le prochain projet sur la santé publique.

*Les amendements n°876 rectifié et 1021 sont retirés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°920, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

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

**M. François Autain.** – Pour mieux répartir les médecins sur le territoire, cet amendement s'inspire de ce qui a été mis en place pour les infirmiers libéraux. Un arrêté ministériel a en effet défini les zones de surdensité afin que les missions régionales de santé déterminent les zones surdotées. Une circulaire a ensuite été adressée aux préfets et aux directeurs des Urcam et vous avez précisé que ces mesures pourraient être prolongées sans difficulté puisque la régulation serait confiée aux missions régionales de santé.

Cet amendement est le miroir pour les médecins du dispositif que vous avez retenu pour les infirmiers libéraux. Il ne s'agit pas d'une mesure répressive mais d'un effort pour pondérer la cadence des installations dans les zones surdotées afin que les moins dotées tirent leur épingle du jeu. On le sait bien, les médecins s'installent en fonction de la proximité de la capitale, d'un centre-ville, ou de la mer, évitant les zones rurales ou les zones urbaines sensibles. Or le potentiel démographique a commencé à diminuer en 2008 et cela jusqu'en 2025.

D'après la mission d'information présidée par M. Marc Bernier, constituée par l'Assemblée nationale pour connaître l'offre territoriale de soins sur l'ensemble du territoire, celle-ci se contracte. En revanche, le vieillissement de la population risque d'accroître la demande. Nous proposons de traduire cet avertissement en mesures concrètes.

**M. Guy Fischer.** – C'est clair !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ne souhaitant pas soumettre l'installation de médecins libéraux à l'autorité administrative, la commission est défavorable.

Le dispositif applicable aux infirmiers a été fixé par voie conventionnelle.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je suis surpris que le groupe CRC-SPG néglige les négociations.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Plus qu'une ligne de démarcation, cet amendement fondamental marque une fracture entre l'opposition et

la majorité, car nous sommes très attachés à la liberté d'installation des professionnels libéraux.

Nous examinerons bientôt les mesures tendant à équilibrer la démographie des professions de santé. Elles porteront sur les études, l'accompagnement, l'installation et les modes d'exercice. Un corps de médecins boursiers assistera les ARS dans les zones à faible densité, mais en respectant la liberté d'installation.

Si les médecins souhaitent emprunter la voie conventionnelle utilisée par les infirmiers -qui ont obtenu des contreparties financières extrêmement substantielles- le Gouvernement observera la négociation avec intérêt. (*M. le président de la commission doute de l'hypothèse*)

Le Gouvernement est philosophiquement défavorable.

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

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

**M. Bernard Cazeau.** – Le sujet abordé est trop important pour être réglé au détour d'un amendement. (*M. Dominique Leclerc approuve*)

Ce débat aura lieu à propos du titre II, consacré à la démographie.

Le rapport Bernier a cité des pistes. Nous avons auditionné de jeunes médecins, pas seulement la Confédération des syndicats médicaux français, (CSMF) dont le conservatisme est connu. Le Gouvernement ne propose que des pis-aller, des mesures dilatoires qui renvoient à 2012, année à la fin de laquelle il sera plus facile d'agir...

Or, on ne peut laisser la situation en l'état, sauf à décevoir nos concitoyens qui éprouvent dans de nombreux départements beaucoup de difficultés à trouver un médecin de premier recours. Ils cherchent parfois en vain même le praticien de la dernière chance !

**M. François Autain.** – Sans anticiper sur l'examen du titre II, j'observe que la discussion conventionnelle a échoué jusqu'à présent, dans ce domaine comme dans bien d'autres.

M. Vasselle a retiré un amendement qui abordait la négociation sur le secteur optionnel, commencée il y a cinq ans mais enlisée aujourd'hui. Comment faire confiance à ce processus pour mettre fin à l'inégalité territoriale de l'offre de soins ? C'est la même chose pour les dépassements d'honoraires.

Le Gouvernement doit prendre ses responsabilités. Le plus tôt sera le mieux. Or, vous ne faites rien.

Alpha et oméga de votre politique, la liberté d'installation des médecins ne permet pas de satisfaire les patients. Défendant bec et ongle ce principe, vous avez obtenu le soutien de la profession médicale, mais

en laissant régresser l'accès de tous à une offre de qualité.

Le moment est venu de mettre fin à cette politique, marquée par la liberté d'installation et le conventionnement systématique en tous lieux.

Les infirmiers et les pharmaciens aussi ont des familles. Cela n'empêche pas leurs installations dans les zones défavorisées.

Il est inacceptable de rester recroquevillé sur la défense intangible de la liberté d'installation !

**M. Dominique Leclerc.** – Nous sommes attachés à cette liberté ! Des mesures autoritaires ou coercitives tariront les vocations médicales, sans amener les jeunes médecins vers les zones défavorisées.

**M. François Autain.** – Il n'y a pas pénurie de pharmaciens !

**M. Nicolas About,** *président de la commission.* – Tout vient du *numerus clausus* : autrefois, il y avait des médecins partout.

**M. Dominique Leclerc.** – Nous n'avons jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui, mais ils attendent dix ans avant de s'installer. Seuls 30 % d'entre eux optent pour la pratique généraliste libérale : avec ses lourdes contraintes, elle est peu attractive après vingt ans de formation supérieure, dont dix de remplacements.

La voie conventionnelle est la seule possible, mais elle est actuellement bloquée par la Cnam et sa position sur les honoraires dits « à leur juste prix ». Que reste-t-il en net des 300 euros perçus pour l'opération d'une hernie discale ? N'exigez pas d'autrui ce que vous n'accepteriez pas à titre d'indemnités !

De quel droit les partenaires sociaux de la Cnam adoptent-ils des positions irréalistes ?

**M. Gilbert Barbier.** – Je suis surpris que, dans notre assemblée, on veuille systématiquement prononcer des sanctions ou adopter des mesures très coercitives envers les professionnels de santé. Il est curieux que l'on puisse lancer ici des attaques aussi violentes que celle entendue la semaine dernière de la part d'un collègue socialiste, pour qui les internes et chefs de clinique coûtaient à la société. Vu le travail qu'ils fournissent dans les hôpitaux publics, ce propos est scandaleux !

D'autre part, les services ministériels devraient mieux connaître la rémunération des praticiens hospitaliers, car les 7 350 euros mensuels cités la semaine dernière correspondent au traitement brut, la somme nette s'établissant à 5 800 euros en fin de carrière, après 25 ans d'activité hospitalière. En début de carrière, la rémunération est limitée à 3 200 euros.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* – Vous oubliez les primes.

**M. Gilbert Barbier.** – Les 450 euros mensuels perçus à ce titre par un praticien hospitalier sont accessoires.

Il me paraissait utile de rappeler que la rémunération brute subit un prélèvement de 22 % au titre des charges sociales.

**M. Guy Fischer.** – Je suis heureux que notre amendement suscite cette discussion (*rires au centre à droite*), mais il est trop facile d'incriminer la Cnam, comme M. Leclerc vient de le faire pour lui imputer la cause de tous les maux.

C'est un amendement d'appel. Pardonnez-moi d'évoquer une fois encore Les Minguettes, mais dans des quartiers qui se ghettoïsent, l'inégalité d'accès aux soins s'accroît.

Dans la négociation conventionnelle, c'est Mme la ministre qui décide de tout, on le sait bien. (*Rires sur le banc du Gouvernement*) Lors des petits déjeuners de négociation à la Cnam, M. Van Roekeghem, le « proconsul » sanitaire, conditionne une augmentation de 22 à 23 euros du prix de la consultation à une baisse des dépenses, donc au bon vouloir de la ministre. La politique tarifaire est aujourd'hui étatisée, ce qui explique le mécontentement des professionnels de santé.

**M. Gilbert Barbier.** – Et vous leur tapez dessus !

**M. Guy Fischer.** – Pas du tout : nous les fréquentons, car nous sommes tous malades un jour ou l'autre. M. Barbier, qui est chirurgien...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pas d'attaques personnelles ! (*Rires*)

**M. Guy Fischer.** – ...devrait savoir que les tarifs sont bloqués. Seule la pratique du dépassement permet dans certains cas aux professionnels de vivre décemment. Mais cessez donc de faire payer à la Cnam et aux familles des dépenses qui relèvent de la solidarité nationale.

*L'amendement n°920 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1050, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

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

**M. Jacky Le Menn.** – L'efficacité d'un système de santé dépend beaucoup de la qualité de la prévention. Or celle-ci est en France trop négligée. Les ARS doivent répertorier les associations travaillant dans ce domaine pour œuvrer avec elles.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est bien sûr souhaitable que les associations coopèrent avec les ARS. Avis défavorable.

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

*L'amendement n°1050 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1053, 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. 1431-2 du code de la santé publique, par un alinéa ainsi rédigé :

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

**M. Yves Daudigny.** – L'accessibilité dépend du nombre de médecins, de leur répartition sur le territoire, des moyens de transport et de la géographie locale. L'organisation territoriale décidée par les ARS doit tenir compte du temps de transport, de même que la notion de proximité, à l'article 14, s'apprécie à la fois selon la distance et le temps de parcours.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cette mesure est bien délicate à mettre en œuvre ! Quels critères retenir ? Défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le maillage tiendra bien sûr compte de la durée de parcours, mais cela est impossible à traduire dans la loi !

**M. Yves Daudigny.** – Je ne comprends pas pourquoi on ne pourrait parler de temps de parcours. On le fait bien pour le service postal !

**M. Bernard Cazeau.** – On ne sait comment s'y prendre pour mettre en œuvre la mesure, on y est donc défavorable. C'est trop facile ! Dans mon département, dans la deuxième partie de la nuit, il faut 30 minutes au Samu pour parvenir jusqu'au patient. Lorsqu'il existe un seul centre Samu et pas de Smur pour le compléter, cela ne suffit pas.

**M. François Autain.** – L'amendement est bienvenu et nous le voterons. M. Marc Bernier, dans son rapport sur l'offre de soins sur tout le territoire, indiquait déjà que la durée de parcours ne devrait pas excéder une demi-heure.

**M. Jean-Etienne Antoinette.** – En Guyane, c'est beaucoup plus que 30 minutes ! Une heure en hélicoptère, dans le meilleur des cas, mais souvent, plutôt le lendemain ! Et le CHU de Martinique est à deux heures de vol. Nous manquons cruellement de moyens.

*L'amendement n°1053 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1328, présenté par le Gouvernement.

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Amendement de cohérence. Les ARS doivent pouvoir disposer des crédits inscrits au titre des programmes nationaux de gestion du risque. Nous prévoyons les modalités d'attribution aux agences des aides prévues à l'article L. 1431-2, qui sont indispensables à l'accomplissement de la mission d'organisation régionale, je songe en particulier aux maisons de santé pluridisciplinaires.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sagesse, car ces dotations seront désormais attribuées par les ARS. De plus, le texte prévoit que ces agences régionales auront également des compétences en matière de contrôle, au d) du 2° de l'article L. 1431-2. Il semble inutile de faire référence au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, déjà mentionné dans l'article L. 1435-4 sur la contractualisation.

**M. Alain Vasselle.** – Le rapporteur nous donne un avis de sagesse, considérant que ce qui concerne le contrôle n'a pas sa place ici. Dès lors, propose-t-il un sous-amendement ? Ou le Gouvernement envisage-t-il de rectifier son amendement ? Il faut clarifier les choses, car la question des moyens donnés à l'ARS pour le contrôle va se poser. La Cnam n'a déjà pas les moyens suffisants pour l'assurer. Si elle transfère du personnel aux ARS pour cette mission, que lui restera-t-il pour la gestion du risque ? Il faut éclaircir les rôles respectifs de la caisse nationale et des ARS pour éviter les éventuelles concurrences.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il n'y a rien à craindre de ce genre. M. Jean-Marie Bertrand, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, présent au banc, peut en témoigner. Le contrôle sera assuré par les ARS, où sera affecté le personnel actuellement chargé de ce contrôle.

*L'amendement n°1328 est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°913, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

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

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – La lutte contre les inégalités sociales et territoriales en santé doit faire partie des missions des agences régionales. Les territoires sont actuellement désertés par les professionnels de santé comme ils le sont par les services publics.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Retrait ou rejet de cet amendement qui est déjà satisfait. Cet objectif fait explicitement partie des missions de l'ARS.

*L'amendement n°913 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1047, 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. 1431-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

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

**M. Jacky Le Menn.** – La loi de février 2005 prévoit cette mise en accessibilité pour les handicapés. Leur mortalité est plus élevée que celle du reste de la population du fait d'une prise en charge souvent insuffisante ou inadéquate. L'amendement responsabilise les ARS et apporte une réponse à une des causes de cette surmortalité.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Retrait ou rejet : la loi de février 2005 prévoit ces obligations.

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

*L'amendement n°1047 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1048, présenté par M. Patient et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

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

**M. Georges Patient.** – Dans les départements-régions d'outre mer, il faut renforcer la coopération régionale dans l'offre des soins, la mutualisation et la complémentarité. Mais cette coopération est difficile à réaliser du fait de l'isolement géographique. Dans les Antilles ou en Guyane, il faut parfois deux heures

d'avion, voire une journée pour rallier la structure hospitalière la plus proche...

**M. Nicolas About, président de la commission** – Amendement satisfait par l'article suivant.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il est vrai qu'il faut réaliser outre-mer une proximité, relative, des soins. Mais, pour ce faire, la loi n'est pas requise. Il nous faut aussi développer la coopération avec les départements. J'y reviendrai à l'article 33 : le Gouvernement a l'intention de favoriser une coopération entre la région de la Réunion et le département de Mayotte. Mais il faut laisser de la souplesse à ces coopérations régionales ; le niveau législatif imposerait un carcan trop paralysant.

**M. Jean Desessard.** – En plus, les départements d'outre-mer sont dans des situations différentes les uns des autres. La Guyane, par exemple, est grande comme le Portugal ou comme la Belgique et il faut tenir compte de ses spécificités. Autrement dit, si on prévoit des mesures générales, on doit aussi tenir compte des caractéristiques particulières de l'outre-mer.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous allez dans mon sens...

**M. Jean Desessard.** – Je vous rappelle, madame la ministre, le voyage que vous avez fait il y a un an en Guyane, en pirogue... (*rires*) et les engagements que vous aviez pris.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je m'en souviens, et vous aurez votre réponse !

**M. Jean Desessard.** – Je vous rappelle ces villages amérindiens inaccessibles autrement qu'en pirogue... J'attends avec impatience une réponse, positive, sur la réhabilitation du centre médical de Twenke et j'espère avoir cette réponse avant vendredi soir...

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

*Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°1048, mis aux voix par assis et levé, n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1049, présenté par M. Patient et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

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

**M. Georges Patient.** – Notre système de formation, a-t-on dit, doit inciter les étudiants à choisir la médecine générale pour lutter contre la désertification médicale. Mais la situation est plus grave encore outre-mer qu'en métropole. On y comptait en 2006 219 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 327. Selon certaines études, ce taux va encore baisser de 10 % d'ici 2030. De plus, la sous-dotation chronique en praticiens hospitalo-universitaires met en danger des facultés jeunes, comme celle des Antilles-Guyane, qui n'en compte que 23. Au rythme actuel, elle n'atteindra le niveau de celle de Limoges, pourtant la moins dotée de métropole, que dans 60 ans. D'où mon amendement. Les ARS doivent être en mesure d'indiquer au ministère quels sont les besoins de chaque département-région d'outre-mer. A l'heure des états généraux de l'outre-mer, je vous remercie d'entendre ces arguments qui traduisent une réalité difficile à vivre.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je comprends votre préoccupation, pour avoir moi-même des liens familiaux avec des praticiens hospitaliers de Guyane. Mais on ne peut élever cette consultation au niveau d'une disposition législative.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le directeur général de l'ARS, comme le fait aujourd'hui celui de l'ARH, pourra participer, avec les services de mon ministère et de celui de l'enseignement supérieur, au côté des représentants des CHU, à la définition de la politique de recrutement des hospitalo-universitaires. Cette politique pourra figurer parmi les objectifs assignés aux ARS. Je rappelle en outre l'existence du plan santé outre-mer. Votre préoccupation est donc prise en compte. Je souhaite le retrait.

**M. Jean-Etienne Antoinette.** – La réalité est que certaines pathologies ne sont pas traitées dans nos départements, tandis que d'autres s'y développent plus qu'ailleurs. L'écart avec la métropole va continuer à se creuser si la loi n'y met pas bon ordre.

**M. Jean Desessard.** – Comment peut-on être hostile à un tel amendement ? Relisez-le : tout ce qu'il demande, c'est que les spécificités de l'outre-mer soient prises en compte. Les difficultés financières s'accumulent : si les élus ne donnent pas l'impulsion nécessaire, il est certain que les arbitrages ne se feront pas en leur faveur.

**M. Michel Magras.** – Un des objectifs de la loi, c'est l'accès égal aux soins pour tous les Français.

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

**M. Michel Magras.** – Et cela ne pourra jamais être le cas. Si je me suis abstenu sur l'amendement qui prévoyait un délai maximum pour accéder à un centre de soins, c'est qu'il était irréaliste -ou alors il faudrait un délai différent selon les régions.

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

**M. Michel Magras.** – A Saint-Barthélemy, nous n'avons pas de centre hospitalier ; et aucun avion ne peut en décoller de 19 heures à 6 heures le lendemain. Durant cette plage horaire, ce sont les urgentistes, auxquels je rends hommage, qui doivent prendre en charge les malades ou les accidentés ; dans les cas extrêmes, ils peuvent demander au préfet de réquisitionner un avion pour un décollage de nuit, qui aura lieu sous la seule responsabilité du commandant de bord...

Je soutiens cette belle loi ; mais elle n'est pas le bon véhicule pour régler cette question. Un élu continuera à présider le conseil de surveillance et c'est heureux, car ce sont les élus qui prennent les engagements financiers au nom de leur collectivité. Si les collectivités des petites îles ne s'impliquaient pas dans la gestion de la santé, nous n'en serions pas là où nous en sommes aujourd'hui. Je vous ferai bientôt part, madame la ministre, des propositions de la mienne pour adapter la réglementation nationale à notre réalité.

**M. Jean Desessard.** – Alors ?

*L'amendement n°1049 n'est pas adopté.*

#### **Article L. 1431-3 du code**

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

**Mme la présidente.** – Amendement n°916, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

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

**M. Guy Fischer.** – La création éventuelle d'agences interrégionales de santé est contradictoire avec un des objectifs de la loi, la proximité. Nous craignons qu'elle ne traduise la reprise en mains de l'offre de soins et de la gestion du risque par le Gouvernement. L'expérience des directions départementales de l'équipement ne nous rassure pas. On a vu se créer par exemple une direction Centre Est Atlantique.

Et je vois arriver dans ma permanence des personnes qui ont parcouru des centaines de

kilomètres pour venir nous expliquer les conséquences de la mise en place de ces directions interrégionales.

Nous pourrions approuver la dynamique interrégionale, mais dans le respect des schémas et des décisions nationaux et des prérogatives des collectivités territoriales.

En outre, la création de ces agences régionales devrait être selon nous approuvée par les représentants des collectivités territoriales, notamment les conseillers régionaux, qui sont les plus à même de connaître les besoins de ces agences.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – On ne peut être que très favorable à l'idée de consulter les responsables des régions, qu'ils soient préfets ou présidents de conseils régionaux. Pourtant, la commission a souhaité que cette référence ne figure pas dans la loi, car il faudrait ajouter aussi, de peur que Mme la ministre oublie de les consulter, les directeurs généraux des ministères sociaux, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le directeur général de la santé...

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

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Nous serions contraints de multiplier les amendements pour n'oublier aucune de ces personnalités car leurs avis seraient très intéressants au moment de mettre en place ces structures interrégionales.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La procédure réglementaire emporte avec elle un certain nombre de consultations préalables avant toute prise de décision. Bien entendu, je consulterai tous les acteurs concernés, mais je ne puis être que défavorable à cet amendement car une liste doit être exhaustive ou ne pas être.

**M. Guy Fischer.** – Il ne faudrait pas que le président de la commission caricature notre position ! Bien entendu, toute la hiérarchie administrative va être consultée, mais cet amendement prévoit la saisine des présidents de conseils régionaux, des élus.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Cela ne figure pas dans l'amendement.

**M. Guy Fischer.** – Je l'ai rappelé dans notre objet.

*L'amendement n°916 n'est pas adopté.*

#### **Article L. 1432-1 du code**

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

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

« *Après de chaque agence régionale de santé et de l'autonomie sont constituées :*

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

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

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

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

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

**Mme la présidente.** – Amendement n°917, 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. 1432-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

de surveillance

par les mots :

d'administration

**M. François Autain.** – Le directeur général de l'ARS possèdera la quasi-totalité du pouvoir de décision. Ce superpréfet sanitaire et social n'aura en définitive qu'une fonction : appliquer la politique du gouvernement, faire respecter la maîtrise comptable des dépenses de santé. La politique de la santé sera menée en fonction de considérations purement financières fixées dans les lois de financement de la sécurité sociale. Le conseil de surveillance de chaque agence sera chargé de donner quitus au directeur général pour sa gestion. Mais ce n'est pas d'un simple contrôle *a posteriori* dont ont besoin les professionnels de la santé et les patients, mais d'une force de proposition, capable de participer à l'élaboration de la politique de la santé. Un conseil d'administration aurait été mieux à même de remplir ce rôle, mais vous avez systématiquement supprimé ces structures pour leur préférer de simples conseils de surveillance.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Nous comprenons les souhaits des auteurs de l'amendement mais nous préférons être cohérents avec notre position : avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Dans votre bouche, monsieur Autain, le terme de préfet sanitaire sonne de façon péjorative. Or, je revendique le droit et le devoir, pour l'État, d'avoir des représentants locaux dans le domaine de la santé : il s'agit d'une fonction régalienne de l'État, ne l'oublions pas ! Nos concitoyens et les parlementaires nous demandent des comptes, et c'est bien normal.

Il faut en finir avec cette vision méprisante des directeurs généraux des ARS et des préfets qui sont les représentants d'un État démocratique !

Le conseil de surveillance des ARS sera doté d'un réel pouvoir d'orientation pour mettre en œuvre la politique nationale et régionale de santé. Or vous savez bien que dans les ARH actuels, tel n'est pas le cas. Quel est le rôle des élus dans les ARH ? Quasiment aucun ! Les avancées seront donc considérables.

Pourquoi avoir préféré le conseil de surveillance au conseil d'administration ? Parce que l'État ne peut fuir ses responsabilités. L'ARS, c'est le symbole de l'union de l'État avec l'assurance maladie, au service de la santé de nos concitoyens. Le conseil de surveillance sera le lieu de rencontre et de concertation entre les décideurs et les bénéficiaires de la politique de la santé dans les régions, quand bien même ces dernières ne financent pas la politique de santé mise en œuvre par l'ARS.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

**M. François Autain.** – Vous m'avez mal compris, madame la ministre : loin de moi l'idée d'être méprisant à l'égard des futurs directeurs généraux ou des préfets.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Quand même ! A chaque fois, nous avons le droit aux superpréfets sanitaires !

**M. François Autain.** – C'est pour mieux caractériser leurs fonctions réelles !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous commencez à vous excuser !

**M. François Autain.** – Vous ne semblez pas assumer l'ampleur des fonctions qui seront les leur : pourquoi ne pas les avoir appelés, je ne dirais pas « commissaires de la République », mais « préfets de santé » ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'assume, et directeur général me va très bien !

**M. François Autain.** – Il sera là uniquement pour appliquer la politique du gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...et de l'assurance maladie !

**M. François Autain.** – C'est pourquoi nous attendions que ce directeur soit accompagné d'une

structure démocratique, comme un conseil d'administration.

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

**M. François Autain.** – Au lieu de cela, nous devons nous contenter d'un simple conseil de surveillance. Vous aviez présenté cette réforme comme une nouvelle décentralisation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Déconcentration ! Ce n'est pas la même chose !

**M. François Autain.** – J'ai traduit notre déception dans mon intervention.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Si les régions finançaient, on pourrait parler de décentralisation, mais, en l'occurrence, elles ne payent rien !

**M. François Autain.** – Ne voyez de ma part aucune attaque à l'encontre de ces piliers de la République que sont les préfets, voire les superpréfets, s'il y en a encore.

*L'amendement n°917 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°880, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

Au début du quatrième alinéa (1°) du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée

par les mots :

Un conseil régional de la santé et de l'autonomie, chargé

**M. Jean Desessard.** – Je crois à la force des symboles ! La semaine dernière, j'ai dit que nous étions favorables à la mise en place des ARS si leur création permettait de mener une politique sanitaire démocratique. En modifiant le nom de la conférence régionale, nous souhaitons lui permettre d'être réellement représentative de tous les acteurs des secteurs médical et médico-social.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Voilà une avancée !

**M. Jean Desessard.** – Nous voulons lui confier un pouvoir de réflexion et d'initiative concernant la politique de santé régionale afin qu'il puisse exprimer des avis éclairés et partagés par tous les acteurs concernés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Changer l'appellation de la conférence ne change ni la nature ni le rôle de cette institution qui, rappelons-le, ne finance pas la politique de santé, et pourrait, qui plus est, créer une confusion avec le conseil régional de santé. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis : l'amendement n'apporte pas d'amélioration, mais de la confusion.

*L'amendement n°880 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1137, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe UC.

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

par ses avis

**Mme Anne-Marie Payet.** – La conférence ne doit pas être exclusivement un organe consultatif, il faut qu'elle participe à la définition des actions menées par l'ARS dans ses domaines de compétences.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°1159 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

**M. Gilbert Barbier.** – La conférence, de par sa composition particulière, doit participer à la définition de la politique de santé régionale de manière plus active que par de simples avis. D'où la suppression proposée. Réunion de personnes qui connaissent bien le milieu, elle peut fournir des informations intéressantes au directeur de l'ARS qu'il pourra ou non mettre en forme et retenir. Plutôt que d'organiser un système où tout part du haut vers le bas, prévoyons également une remontée des informations du bas vers le haut.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les actuelles conférences régionales de santé sont seulement consultatives. Il est logique de ne pas leur confier la décision...

**M. Gilbert Barbier.** – Ce n'est pas ce que nous recherchons !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – ...de définir une politique de santé qu'elles ne financent pas. Pour autant, elles seront dotées d'une réelle influence : leur avis sera public et elles pourront notamment organiser un débat public sur les questions de santé de leur choix.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je vous remercie, madame Payet et monsieur Barbier, de votre participation active à ce débat et de vos propositions souvent pertinentes. La démocratie sanitaire, que vous voulez promouvoir, progresse de manière considérable avec ce texte par rapport à la situation actuelle où la participation des acteurs de terrain est très limitée, voire inexistante. Les nouvelles conférences, qui seront au cœur d'une démocratie sanitaire rénovée, actent la reconnaissance d'une communauté des acteurs de la santé et de sa contribution à notre politique.

Leurs attributions sont considérablement élargies en comparaison des structures actuelles. Elles couvriront l'intégralité du champ de la santé. Elles organiseront un débat public sur toute question de santé de leur choix. Elles participeront à l'élaboration et à l'évaluation de la politique de santé régionale en émettant un avis sur un document fondamental, le plan stratégique régional de santé ; avis auquel le directeur général de l'ARS donnera suite lorsqu'il rendra compte au moins une fois par an à la conférence du bilan de la politique régionale de santé. Enfin, elles seront chargées de s'assurer du respect des droits des usagers, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité de la prise en charge. Les moyens de fonctionnement que les ARS mettront à leur disposition garantiront leur indépendance et leur crédibilité. Ne minimisons pas ces avancées !

Néanmoins, il ne serait pas conforme à l'esprit de ce texte de confier l'élaboration de la politique de santé à ces assemblées d'une centaine de membres non élus et qui, partant, ne rendent des comptes ni aux citoyens ni à une quelconque chaîne administrative ; assemblées qui, de surcroît, n'ont pas la responsabilité du financement de la politique de santé.

Au bénéfice de ces observations, retrait ?

*L'amendement n°1137 et l'amendement identique n°1159 rectifié sont retirés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1325, présenté par le Gouvernement.

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

actions menées par

par les mots :

objectifs et des actions de

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il s'agit de préciser le rôle des conférences, que je viens de détailler longuement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Faisons court comme Mme la ministre : favorable !

*L'amendement n°1325 est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1051, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 1°bis Un comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale qui, par ses avis, contribue à l'élaboration de la politique d'action sociale et médico-sociale mentionnée aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Consulter participe du bon exercice de la démocratie et constitue une aide à la décision souvent irremplaçable. Ce constat vaut pour la politique d'action sociale et médico-sociale définie aux articles L. 116-1 et 116-2 du code de l'action sociale. Or ce texte ne prévoit plus la consultation des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, les Crosms, seules instances transversales du secteur social et médico-social, qui font consensus auprès des acteurs concernés. Les associations s'en inquiètent légitimement considérant que le secteur médico-social est bâti sur la connaissance du handicap apportée par les associations d'usagers représentées dans les Crosms. Pour elles, cette suppression augure d'une mise à l'écart des associations d'usagers dans la ligne de l'amendement About à la loi de 2005 qui interdisait aux associations d'usagers la gestion d'établissements... Les Crosms sont les seuls organes consultatifs régionaux à posséder une vision globale du secteur médico-social ; par leur composition plurielle, ils ne peuvent être assimilés à l'autorité décisionnaire. (« Très bien ! » à gauche)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les conférences régionales de santé et de l'autonomie ayant une vue d'ensemble et coordonnée du secteur médico-social, il serait peu cohérent de maintenir une dichotomie au niveau consultatif. Avis défavorable.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Maintenir ces comités irait à l'encontre de l'organisation du système très pensée de ce texte. La conférence régionale de santé et de l'autonomie, instance stratégique, aura une formation plénière et une formation spécialisée pour le médico-social. Les partenaires des Crosms y seront représentés et auront compétence sur l'évaluation et les schémas, en complémentarité avec les instances de concertation que sont les comités départementaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.

La nouvelle procédure d'appel à projet pour les créations d'établissements sera non seulement plus transparente, mais aussi plus efficace puisqu'elle liera autorisation et financement, contrairement à la situation actuelle où un projet d'établissement peut être approuvé sans être financé immédiatement.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – De plus, conseils généraux et représentants de l'État au sein des ARS pourront organiser un vrai travail d'articulation en amont des schémas.

Cela garantit une vision stratégique partagée, le plus en amont possible, dans le respect des compétences de chacun et dans l'intérêt des populations concernées.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Le secteur médico-social, dont nous sommes toutes deux issues,

madame la ministre, n'a pas la même culture que l'entreprise ! Le système des appels à projets a montré ses limites. S'agira-t-il d'extensions, de créations ? Les habilitations seront-elles annuelles ?

**M. Guy Fischer.** – Je partage les inquiétudes des associations, relayées par Mme Jarraud-Vergnolle. L'expérience montre que la procédure d'appels à projets a pour conséquence d'éliminer les petites structures.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Procès d'intention ! Le dispositif n'existe pas dans le médico-social ! Il est curieux de plaider pour la démocratie et d'être contre les appels à projets !

**M. Guy Fischer.** – La démocratie ? Vous la bâillonnez ! Le monde médico-social est très inquiet, y compris les grandes associations. Vous encouragez la mutualisation des moyens, les regroupements, pour mieux réduire la dépense publique : vous voyez dans le secteur médico-social un gisement d'économies ! (*Protestations sur le banc du Gouvernement*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est une contre-vérité ! Le secteur médico-social est le grand bénéficiaire de la réforme !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – L'Assemblée nationale et la commission des affaires sociales du Sénat ont considérablement enrichi le texte initial. Le financement du secteur médico-social a été sécurisé. Nous avons inscrit dans le texte le principe de la fongibilité asymétrique.

**M. Guy Fischer.** – Splendide !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Ça vous gêne !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Quand une activité sanitaire sera transformée en médico-social, les moyens pourront aussi être transférés, mais le mouvement inverse, du médico-social, ne sera pas possible.

L'enveloppe votée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a progressé en outre de 920 millions : on est loin d'un désengagement de l'État, même s'il faut sans doute poursuivre cet effort : c'est le sens de l'action du Gouvernement.

Les commissions d'appel à projet pourront prendre en compte les projets innovants, expérimentaux, pour la maladie d'Alzheimer ou pour l'autisme, des projets qui sont aujourd'hui rejetés par le Crosmis. L'outil a besoin d'être rénové, modernisé. L'objet n'est pas de limiter les ambitions des associations : le partage des objectifs, la mutualisation des moyens ne relèvent pas des commissions d'appel à projet, mais du simple bon sens ! Notre ambition est d'intégrer, sans cloisonnement, une politique qui doit être menée de pair avec le sanitaire et la prévention, de la sanctuariser sans l'enfermer.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Je ne voterai pas l'amendement n°1051, car on ne peut laisser les deux systèmes coexister. Cela dit, l'organisation du nouveau dispositif est pour l'essentiel renvoyée à des décrets et le Gouvernement devrait prévoir la représentation, au sein de la conférence nationale et des deux commissions, des associations qui ont été à l'origine de nombreux établissements médico-sociaux, afin de leur adresser un signal et de faire taire toute crainte d'une fonctionnarisation du système.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Les associations d'usagers sont déjà représentées à tous les niveaux de la concertation. Le Gouvernement s'est engagé à consulter et à présenter les décrets à l'ensemble des acteurs du champ médico-social.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Il ne s'agit pas uniquement des associations d'usagers, mais d'associations qui ont créé et qui gèrent des établissements médico-sociaux, telles la Croix Rouge ou l'Unapei.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Je propose que l'ensemble des acteurs soient consultés et que les décrets leur soient présentés.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Parfait.

**M. Jacky Le Menn.** – Les crédits libérés par la suppression d'une unité MCO seront-ils versés au « pot commun » du secteur médico-social, ou affectés en priorité aux activités médico-sociales de l'établissement d'origine ?

**M. Guy Fischer.** – Bonne question !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – La priorité sera donnée à l'établissement, bien entendu.

*L'amendement n°1051 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°918, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG

Dans la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

et leurs groupements

insérer les mots :

, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – Encore une preuve du déficit démocratique dont souffre cet article 26 : on oublie d'associer aux conseils de surveillance des ARS des établissements publics pourtant essentiels.

Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ont en effet un rôle si important que même si, aux termes du code général des collectivités territoriales, la compétence médico-sociale reste optionnelle, les collectivités non-membres de

l'intercommunalité s'associent aux centres intercommunaux. Afin de prendre en compte leur spécificité, leur action de prévention ainsi que leur capacité à apporter des réponses adaptées, leur union nationale assurera leur légitime représentation.

**Mme la présidente.** – Amendement n°1052, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. - Dans la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

et leurs groupements

insérer les mots :

, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale

II. - Compléter le 3° du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par les mots :

et des centres communaux et intercommunaux d'action sociale

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Il suffit de relire l'article 26 pour constater qu'il ne prévoit pas la représentation des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale. Ces établissements publics administratifs se situent pourtant au plus près des besoins des populations ; habilités à gérer des services médico-sociaux, ils sont les interlocuteurs privilégiés des agences régionales en raison de leur connaissance des besoins et les partenaires des acteurs visés par la réforme. Il convient donc de reconnaître leur rôle en les associant aux commissions de coordination ainsi qu'au conseil de surveillance des ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je n'ai pas constaté de déficit démocratique dans la souffrance de l'article 26 et je suis défavorable aux deux amendements parce que rien n'empêche de désigner des élus qui siègent au conseil d'administration de ces centres et que l'on peut prendre connaissance de leurs travaux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Levons une confusion : les commissions de coordination font travailler ensemble les autorités publiques responsables, et c'est particulièrement important en matière médico-sociale ; or les centres communaux et intercommunaux ne sont pas des autorités publiques mais des opérateurs, chargés de la gestion d'un ensemble de services. Les y associer changerait la nature des commissions de coordination. De grâce, pas de confusion. Retrait ?

*Les amendements n°s 918 et 1052  
ne sont pas adoptés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1054, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

les collectivités territoriales et leurs groupements

insérer les mots :

, les représentants de la fédération nationale de la mutualité française

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Acteur essentiel du système de santé, la Mutualité française est aujourd'hui associée à différentes instances ou organismes. Elle a d'ailleurs déployé, dans l'exercice de ses mandats de représentation, une expertise reconnue. Troisième acteur en matière de prévention, elle s'adresse à tous les publics à travers le réseau de ses unions régionales tandis que des professionnels participent à la réflexion stratégique et au partage des acquis. C'est dire que la Mutualité a contribué à de nombreuses réformes en servant l'intérêt général. En 2006, M. Bertrand avait insisté sur la place du mouvement mutualiste en rappelant ce que la sécurité sociale lui doit depuis 1945. Elle a donc toute sa place ici.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable, par cohérence avec les dispositions déjà prises.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La confusion, comme le progrès, fait rage ! Je sais le rôle éminent de la Mutualité avec laquelle je travaille de manière très approfondie pour améliorer la prise en charge solidaire des soins ; je sais aussi qu'elle est, non pas l'une des autorités qui ont vocation à siéger dans la commission de coordination, mais un opérateur : elle serait juge et partie. Elle sera associée au travail des ARS, et particulièrement à l'élaboration des actions complémentaires, suivant la suggestion du président About.

*L'amendement n°1054 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°919, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter la première phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique par les mots :

ainsi que les associations représentant chacune des catégories d'usagers

**Mme Isabelle Pasquet.** – Nous l'avons déjà dit, l'article 26 souffre d'une absence de contenu démocratique. Les principaux utilisateurs doivent être consultés. Comment ne pas relever que, contre toute logique, ceux qui le font vivre par leurs cotisations et par leur impôt ne sont pas pris en compte ? La santé est pourtant l'affaire de tous.

**Mme la présidente.** – Amendement n°1055, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans la seconde phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après le mot :

décret

insérer les mots :

associent la participation des représentants des usagers et des professionnels ; elles

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – De nombreuses associations agissent en matière de prévention et d'éducation thérapeutique.

Leur légitimité est incontestée, puisque certaines sont subventionnées par les départements ou la sécurité sociale. Elles doivent donc siéger dans les deux commissions spécialisées des ARS. On pourra mieux les intégrer ensuite dans certains programmes en optimisant leur action.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les commissions de coordination des politiques publiques devant rassembler l'État, les collectivités territoriales et la sécurité sociale, il n'y a pas lieu d'y faire siéger les représentants des usagers ni ceux du monde associatif. Ce ne sont pas des instances de débat.

Avis défavorable aux deux amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ces commissions réunissent des décideurs publics : évitons toute confusion avec les conférences régionales de la santé et de l'autonomie ainsi qu'avec les conférences de territoire, où les associations et les usagers ont une place légitime, considérablement accrue par ce projet de loi.

*Les amendements n°s 1055 et 919 sont retirés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1056, présenté par Mme Printz et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans la seconde phrase du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots :

fixées par décret

insérer les mots :

en tenant compte du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle

**M. Yves Daudigny.** – Chacun sait que des cotisations accrues financées exclusivement par les assurés du régime local d'Alsace-Moselle leur procurent des prestations spécifiques. Depuis 1945, ce régime est géré par une instance basée à Strasbourg, qui a su préserver une forte solidarité régionale malgré un contexte économique défavorable.

L'instance de gestion participe au financement d'actions de prévention, mais elle souhaite être associée au processus de décision, ce qui suppose qu'elle soit représentée auprès des deux ARS d'Alsace et de Lorraine.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Rien dans le texte ne paraît s'opposer à la représentation du régime local d'Alsace-Moselle.

Qu'en pense le Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien que les concertations ne soient pas achevées, il est certain que les caisses locales d'assurance maladie participeront aux travaux des deux agences régionales de santé.

S'il apparaît que la représentation du régime local en tant que tel est souhaitable, j'en tiendrai compte sur le plan réglementaire et surtout dans l'organisation des partenariats locaux.

M'engageant à ce que les dispositions réglementaires ne touchent pas au régime local d'Alsace-Moselle, que nous avons hérité d'une histoire particulièrement douloureuse, je vous invite à retirer l'amendement.

*L'amendement n°1056 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1329, présenté par le Gouvernement.

Dans la seconde phrase du cinquième alinéa (2°) du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après le mot :

compétentes

insérer les mots :

pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il convient d'explicitier le rôle des commissions de coordination, innovations majeures du projet de loi.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est défavorable à l'ajout de cette évidence, qui alourdirait inutilement la rédaction.

Cet avis n'enlève rien à l'importance de la coordination.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je dirais volontiers au rapporteur que ces quelques mots ne mangent pas de pain. (*Rires*)

Je souhaite particulièrement rassurer les présidents de conseil général en matière de prévention et d'action médico-sociale, celle-ci faisant l'objet d'une instance spécifique.

Le rapporteur a raison de dire que la précision va de soi, mais une innovation de cette ampleur dans la gouvernance mérite quelques explications, comme le démontre le débat que nous venons d'avoir au sujet d'amendements dont l'origine se trouve dans une compréhension inexacte du dispositif, avec une confusion avérée entre décisionnaires publics et opérateurs.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Ces explications nous permettent enfin de comprendre l'intérêt de l'amendement. Pour le Sénat et la démocratie, je serais donc heureux qu'il soit adopté.

**M. Yves Daudigny.** – En quelques minutes, le Gouvernement m'aura convaincu deux fois ! (*Sourires*)

Nous voterons cet amendement qui permettra une meilleure coordination médico-sociale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Après cet appel au peuple, je me range à la grande sagesse de mes collègues.

*L'amendement n°1329 est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1027 rectifié, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

santé au travail

insérer les mots :

, de la santé environnementale

**M. Jean Desessard.** – Un amendement partiellement comparable a été repoussé la semaine dernière au motif que la santé environnementale faisait partie de la santé tout court.

Aujourd'hui, le cas de figure est différent, puisque je souhaite compléter une énumération. Certes, la santé environnementale concerne la santé au travail et dans le milieu scolaire, ainsi que la prévention, mais elle comporte aussi une dimension plus large.

Se soucier de santé environnementale, c'est faire attention à tous les produits qui peuvent engendrer des pathologies graves à long terme, pesticides, insecticides, produits industriels ou ménagers... Les ARS doivent faire preuve de volontarisme.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable par cohérence.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je veux rassurer M. Desessard, dont je partage la préoccupation. La santé environnementale fait partie des sujets dont traitera la commission de coordination sur la prévention, et aussi des compétences des ARS. Attribuer la santé environnementale à une autre commission serait prendre le risque de ghettoïser cette question, alors que nous la plaçons au cœur des politiques de prévention.

**M. Jean Desessard.** – Je maintiens mon amendement, car il s'agit d'autre chose que de prévention. Il faut prendre le temps d'étudier, par exemple, tous les cancers survenus dans une zone, en milieu rural par exemple, pour en analyser les causes.

Ne pas placer la santé environnementale à part, dites-vous : mais au milieu du reste, on l'oublie ! Vous invoquez la nécessaire prise de conscience écologique lorsque vous en avez besoin, comme au Grenelle de l'environnement, mais ensuite vous ne vous donnez pas les moyens, je songe au plan de relance, pour traduire cette exigence en mesures réelles.

Monsieur le rapporteur, je ne m'étonne pas de votre avis, car nous n'avons pas, vous et moi, les mêmes électeurs. Pour vous, les comportements productivistes ne sont pas un problème, ce qui est bon pour les patrons est bon pour tous...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Caricature ! Vous me décevez !

**M. Jean Desessard.** – ...quels que soient les frais médicaux induits sur le long terme. Je considère la question environnementale comme importante, vous non. Tant pis.

*L'amendement n°1027 rectifié n'est pas adopté.*

*L'amendement n°997 rectifié bis n'est pas soutenu.*

#### **Article L. 1432-2 du code**

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

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

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

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

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

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

« *Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la*

*sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.*

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

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

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

*« Il peut déléguer sa signature. »*

**Mme la présidente.** – Amendement n°915, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Cette communication est rendue publique.

**M. François Autain.** – Je crois que la commission entend réserver un accueil assez favorable (*sourires*) à cette mesure de bon sens et de transparence.

*L'amendement n°915 est adopté, la commission et le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°923 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Elle comprend une annexe retraçant la totalité des opérations de reconversion mentionnées au 2° de l'article L. 1431-2 et détaillant l'incidence financière sur la dotation régionale mentionnée aux articles L. 314-3 et L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Le principe de fongibilité asymétrique introduit à l'Assemblée nationale a disparu du texte de la commission. Le but était de donner aux directeurs des ARS les pouvoirs aujourd'hui dévolus aux directeurs de programme et de missions budgétaires du budget de l'État. Les directeurs d'ARS devenaient ainsi à la fois superpréfets et superquesteurs.

La reconversion des dépenses illustre bien la démarche gouvernementale. Le non-dit de ce projet de loi, c'est que l'hôpital coûte cher, est lourd à gérer et, pire encore, est un foyer de contestation sociale : il faut donc lui couper les ailes et réduire son rôle dans l'organisation sanitaire du pays.

**M. Guy Fischer.** – Voilà la vérité !

**Mme Isabelle Pasquet.** – La loi vise à reporter vers le secteur médico-social, le privé et le caritatif une bonne part de ce que fait aujourd'hui l'hôpital public. D'abord, on transforme les hôpitaux ruraux en établissements de moyen et long séjour ; puis on laisse croître l'offre d'établissements privés. On cherche la solution la plus acceptable au plan comptable, quitte à en rabattre sur la qualification du personnel.

La fongibilité asymétrique n'est rien d'autre qu'une manière de gérer la pénurie de structures d'accueil des personnes en souffrance et de faire prendre en charge par les assurés sociaux eux-mêmes le coût de leur affection. Les conférences régionales doivent au moins être informées des choix opérés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est utile qu'un document retrace les opérations de conversion liées à la fongibilité asymétrique et leurs incidences sur les dépenses sociales. C'est ce qui sera fait dans une annexe incorporée à l'état financier transmis au conseil de surveillance des ARS, comme le prévoit l'article L. 1432-3.

Je précise que la commission a inséré à l'article L. 1434-10-1 les dispositions relatives à la fongibilité asymétrique. Sagesse, pourvu que l'amendement soit rectifié pour être rattaché au L. 1434-10-1.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Je confirme que la fongibilité asymétrique n'a pas disparu du texte, elle a seulement été déplacée. Le principe est inscrit dans la loi, c'est la meilleure des garanties. Les opérations de conversion, recensées au niveau national, pourront être identifiées dans chaque région puisque l'abondement de l'enveloppe médico-sociale sera modifié en conséquence. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le comité national de pilotage des ARS pourront suivre ces opérations, retracées dans une annexe transmise au conseil de surveillance des ARS.

*L'amendement n°923 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1138, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe UC.

Au début du cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, remplacer le mot :

arrête

par le mot :

prépare

**Mme Anne-Marie Payet.** – Confions au directeur général de l'agence régionale de santé la compétence de préparer le projet régional de santé, non celle de « l'arrêter ».

**Mme la présidente.** – Amendement n°1160 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Dans le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, remplacer le mot :

arrête

par le mot :

élabore

**M. Gilbert Barbier.** – Même idée.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ce projet devra être cohérent avec le CPOM conclu entre le directeur général de l'agence et ses ministres de tutelle. Si c'est le cas, il est logique que le directeur général, responsable de l'exécution du CPOM, arrête lui-même le projet régional de santé. Retrait ou rejet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le projet régional de santé précise la manière dont la politique nationale de santé sera mise en œuvre dans la région. Qui a plus de légitimité que le directeur général de l'ARS pour arrêter ce projet ? Ce projet est copréparé par une longue série de propositions, concertations et avis détaillés dans le texte, notamment ceux de la conférence régionale de la santé ou ceux des collectivités territoriales. Le droit de regard que cette copréparation donne à ces différents acteurs -lesquels n'étaient auparavant pas du tout consultés- constitue une notable avancée de la démocratie sanitaire. Car actuellement, quels avis donnez-vous en tant qu'usagers, ou que professionnels de la santé, ou qu'élus locaux ? Aucun ! Ou alors très marginaux. Vous n'avez pas votre mot à dire. Ce texte change radicalement les choses et c'est un progrès concret.

Mais ensuite, bien entendu, il faut arrêter le projet régional pour appliquer la politique nationale de santé, laquelle relève des fonctions régaliennes de l'État. Et c'est là le rôle du directeur général de l'ARS. D'ailleurs personne ne réclame qu'il y ait là une quelconque décentralisation. Cela n'était pas demandé en 1945 ! Les acteurs dont vous voulez qu'ils arrêtent le projet régional de santé n'ont pas de responsabilité ni devant les électeurs ni pour lever l'impôt. C'est de la responsabilité régalienne de l'État. Retrait.

**M. Gilbert Barbier.** – Il faudrait envoyer les extraits du JO relatant ce que vous venez de dire à toutes les ARS lorsqu'elles discuteront de cette affaire. Car la rédaction du texte de loi, dans sa sécheresse, est beaucoup plus brutale que vos propos explicatifs.

*Les amendements n°s 1138 et 1160 rectifié sont retirés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1058, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, après les mots :

Il arrête

insérer les mots :

, après avis du conseil de surveillance,

**M. Jacky Le Menn.** – Le projet régional de santé devrait être arrêté après avis du conseil de surveillance, d'autant qu'il donne son avis sur la stratégie régionale de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le conseil de surveillance est déjà consulté sur beaucoup de choses. Ce que vous demandez n'est pas illogique, mais cela fait beaucoup d'avis... Sagesse.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – M. Barbier a raison : la sécheresse de la loi impose parfois d'avoir à préciser : des consignes seront données aux directeurs généraux des agences, reprenant mes explications orales, afin de donner de la chair à un texte de loi nécessairement sobre, comme tout texte de loi.

J'en viens à l'amendement n°1058. Le rôle du conseil de surveillance est d'orienter les décisions stratégiques de l'agence, définies dans le plan stratégique régional de santé. Ce plan est lui aussi une innovation majeure qui permettra d'avoir une politique de santé territorialisée et il sera copréparé par des acteurs qui, auparavant, n'étaient pas consultés. Mais il ne faut pas aller au-delà ! Demander au conseil de surveillance son avis sur le projet régional de santé, c'est lui donner le statut d'un conseil exécutif. On ne doit pas le réunir pour entrer dans le détail, dans le quotidien. C'est un organe délibérant, non un organe exécutif. Nous serons plus efficaces si chacun remplit son rôle. Et il ne faut pas déresponsabiliser l'ARS et son directeur général.

En revanche, il faut évaluer les résultats et c'est là le rôle du conseil de surveillance : au moins deux fois par an, le directeur général de l'agence lui rend compte de sa politique régionale de santé. Avis défavorable.

**M. Yves Daudigny.** – Notre amendement ne propose pas une codécision, seulement un avis ! Quand un CESR donne un avis, cela n'engage pas le conseil régional ! Votre argumentation n'est pas fondée.

*L'amendement n°1058 n'est pas adopté*

*L'amendement n°1161 n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1012 rectifié ter, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac et Mme Debré.

Rédiger comme suit le huitième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique :

« Le directeur général dirige les services de l'agence. Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public.

**M. Alain Vasselle.** – Cet amendement intègre à cet alinéa, où elle a mieux sa place, la disposition prévoyant que le directeur général de l'ARS dirige les services de l'agence ; et prévoit que les agents des caisses d'assurance maladie seront mis à disposition des ARS, et non recrutés par elles. Cette formule est utilisée, par exemple, par la direction de la sécurité sociale, qui emploie des agents de la sécurité sociale mis à la disposition de l'État. Autant que je le sache, cette solution ne crée aucune difficulté. Elle évite à l'administration centrale la charge de la gestion de personnels de statut privé, garantit la présence des agents concernés pendant la période pour laquelle ils s'engagent, et leur garantit le retour dans leur administration d'origine. Je ne doute pas que ce qui est possible au plus haut niveau de l'État ne le soit aussi au niveau des ARS.

**Mme la présidente.** – Amendement n°922, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le huitième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique :

« Il peut recruter, sur des contrats à durée indéterminée, des agents contractuels de droit public.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – Nous entendons limiter le recours à des formes atypiques de contrats de travail dans les ARS comme ailleurs. Décidément, la RGPP est partout à l'œuvre : on ne lésine devant rien pour réduire la dépense publique, la variable d'ajustement étant toujours les personnels. Cette politique va de pair avec la remise en cause pugnace et systématique du statut de la fonction publique. Nous refusons cette gestion précarisée et parcellisée de l'emploi public.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à ces deux amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les deux amendements, quoique proches, traduisent des conceptions opposées.

**M. François Autain.** – Cela se comprend un peu...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne peux suivre M. Vasselle. La possibilité de recruter des agents contractuels de droit privé est une des conditions du succès de la réforme. Je veux en finir avec les cloisonnements qui entravent les relations entre l'État et l'assurance maladie ; ils participent au même service public de santé et doivent coordonner leurs forces pour rendre notre système plus efficace. J'ai conçu les ARS comme leur maison commune, comme un vrai mariage de cultures.

La mise à disposition compromettrait leur action, les priverait de la maîtrise de leurs personnels et les

obligerait à négocier en continu les ressources humaines dont elles ont besoin. L'expérience des ARH a bien montré la réalité du risque et les avantages en trompe-l'œil des personnels, dont certains ont pu ne pas bénéficier des promotions ou de la mobilité auxquelles ils pouvaient prétendre. La logique du projet de loi est plus sûre, et pour le succès de la réforme, et pour la carrière des agents. Je veux que les ARS soient considérées comme des organismes d'assurance maladie. Je peux vous assurer que je suis de très près les négociations qui se sont engagées pour adapter les conventions collectives et garantir aux agents les avantages liés à leur statut. Et j'entends que les agences soient dotées d'institutions représentatives du personnel communes.

Au nom d'une intégration peut-être plus facile, vous privez les ARS, monsieur Vasselle, des outils dont elles ont besoin. J'ai rencontré de nombreux agents lors de mes déplacements, ils savent les dangers de la mise à disposition ; leurs organisations ne la demandent pas. Je souhaite que vous puissiez retirer votre amendement.

**M. François Autain.** – Il sait faire !

**M. Alain Vasselle.** – Je suis admiratif devant le plaidoyer de Mme la ministre et sa force de conviction. Comment y résister ? Je prends date cependant. Je partage vos objectifs et je souhaite que le mariage soit d'amour plutôt que de raison, qu'il y ait une véritable osmose. Mais je ne voudrais pas qu'entre la lettre et l'esprit de la loi un fossé se creusât à cause des pratiques et des comportements des directeurs généraux des ARS.

**M. Guy Fischer.** – Voilà ! Merci, monsieur Vasselle !

**M. Alain Vasselle.** – Il ne sera pas inutile que des circulaires ministérielles soient diffusées auprès des directeurs généraux et qu'elles nous soient communiquées de sorte que nous puissions apprécier le moment venu si la loi est appliquée dans son esprit comme dans sa lettre. Il est normal que le législateur s'interroge devant les innovations introduites par le texte.

Mais je m'inquiète sûrement inutilement. Je vous fais confiance. Le rendez-vous que nous aurons pour évaluer l'action des ARS sera tout à fait intéressant.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'art de la réforme, comme celui de la guerre, est tout d'exécution. La commission a de façon très pertinente renforcé l'organe de pilotage, afin que la loi soit appliquée dans sa lettre comme dans son esprit. Les organismes d'assurance maladie siègeront au sein du conseil national de pilotage. Renforcement qui va dans votre sens, cher rapporteur... général. (*Sourires*)

**M. Guy Fischer.** – Ce n'est pas encore fait ! Attendez la semaine prochaine !

*L'amendement n°1012 rectifié ter est retiré.*

*L'amendement n°922 n'est pas adopté.*

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** – Les paroles s'envolent, les écrits restent !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – *Verba volant, scripta manent !*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1022, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, par un alinéa ainsi rédigé :

« Il peut être confié les attributions liées aux compétences du secteur médico-social à un directeur adjoint de l'agence régionale de santé. Celui-ci est salarié de l'agence régionale de santé. Cette nomination est faite en concertation avec les présidents de conseils généraux dans le territoire concerné.

**M. Bernard Cazeau.** – Le directeur général de l'ARS, tel un superpréfet, comme l'a appelé M. Autain sans malice, va devoir s'occuper de multiples dossiers. Avec le sanitaire et le médico-social, il aura une double casquette ! Je le plains. C'est pourquoi nous proposons qu'un adjoint soit plus spécialement chargé du secteur médico-social. Ce qui est difficile pour un joueur de rugby, c'est de changer de pied. Ici, il en sera de même pour le directeur général - nous avons connu une expérience comparable de confrontation des compétences avec l'ARH.

Il y a quelques temps, M. le rapporteur a semblé partager notre sentiment, et puis, il y a renoncé, sans doute convaincu par le chant des sirènes...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est moi, la sirène ! (*Sourires*)

**M. Bernard Cazeau.** – J'espère que Mme la ministre va nous éclairer et nous rassurer. Lorsque se produiront des difficultés, il serait dommage que le secteur médico-social en pâtisse.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous avons évoqué cette question en commission lorsque nous avons reçu Mme la ministre et lorsque nous avons adopté notre texte. Il n'est pas souhaitable de mettre le secteur médico-social à part alors que tout l'intérêt des ARS est de décloisonner les secteurs et de coordonner les politiques sanitaires et médico-sociales. En outre, il ne nous revient pas d'intervenir dans l'organisation interne des ARS.

Enfin, prévoir que la nomination de cet adjoint est faite en concertation avec les présidents des conseils généraux n'est pas congruent : avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je veillerai à ce que soit instauré un pilotage fort du secteur médico-social au sein des ARS. Dans la plupart des ARS, pour ne pas dire dans toutes, un adjoint au directeur général sera chargé de ce

domaine très spécifique. Mais une telle précision ne relève pas de la loi.

En outre, vous prévoyez que ces adjoints soient nommés en concertation avec les présidents de conseils généraux. Mais s'il n'y a pas de consensus, que se passera-t-il ? Et si le candidat retenu par le conseil général ne s'entend pas avec le directeur général ? Avec cette disposition, vous prenez le risque que le poste soit vacant pour longtemps ! En tant que président du conseil général de la Dordogne, vous avez certainement un directeur en charge du médico-social, monsieur le sénateur. Accepteriez-vous qu'il soit nommé en concertation avec le préfet ? Certainement pas ! Le directeur général de l'ARS doit garder la plénitude de ses responsabilités.

**M. Bernard Cazeau.** – Vous avez été plus longue sur la deuxième partie de mon amendement, qui était certainement la plus faible (*sourires*) mais j'aurais souhaité que vous me répondiez plus longuement sur la première partie. Quoi qu'il en soit, vous avez fait un pas en notre direction en affirmant qu'un directeur adjoint serait plus particulièrement chargé du médico-social. Je retire l'amendement. (*M. Alain Vasselle applaudit*)

*L'amendement n°1022 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1057, 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. 1432-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités et conditions de nomination du directeur général sont fixées par décret pris en Conseil d'État.

*Le sous-amendement n°1313 n'est pas soutenu.*

**M. Yves Daudigny.** – Des garanties doivent entourer la désignation des directeurs généraux des agences régionales de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous ne voyons pas en quoi la nomination des directeurs généraux des ARS par décret en conseil d'État apporterait de quelconques garanties. Il est vrai que la loi précise avec force détails les modalités de nomination des directeurs d'hôpitaux mais ne dit rien sur celle des directeurs généraux des ARS. Sans doute nous confirmeriez-vous, madame la ministre, que ces derniers seront nommés par décret en conseil des ministres. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les nominations des directeurs généraux des ARS doivent effectivement être entourées de toutes les précautions utiles car ils exerceront des responsabilités très importantes. J'ai prévu une sélection rigoureuse et professionnelle, s'appuyant sur un appel public à candidature et sur un comité de sélection composé d'experts de très haut niveau. Ce comité fera des

propositions aux ministres concernés. Toutes les garanties seront donc apportées pour s'assurer que les futurs directeurs généraux seront les plus compétents et les plus qualifiés possibles. Ils seront nommés en conseil des ministres. Cette précision ne relève pas de la loi ordinaire mais de la loi organique ou d'un décret en conseil des ministres.

Votre amendement n'est donc pas nécessaire.

**M. Yves Daudigny.** – Ces précisions sont utiles : nous retirons.

*L'amendement n°1057 est retiré.*

### **Article L. 1432-3 du code**

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

« 1° *De représentants de l'État ;*

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

« 3° *De représentants des collectivités territoriales ;*

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

« *Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.*

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

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

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

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

« *Il approuve le compte financier.*

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

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

« 1° *À plus d'un titre ;*

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

« 3° *S'il est salarié de l'agence ;*

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

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

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

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

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

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

**Mme la présidente.** – Amendement n°1059, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le troisième alinéa (2°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° *De représentants de la fédération nationale de la mutualité française ;*

**M. Yves Daudigny.** – La Mutualité française occupe une place essentielle dans notre système de santé. Par ses propositions et son implication, elle a participé à de nombreuses réformes et elle a toujours cherché à promouvoir l'intérêt général.

L'Union de gestion des établissements de caisse de l'assurance maladie, (Ugecam) gère

156 établissements de santé et médico-sociaux et la MSA participe à la mise en place des maisons de santé rurale et des pharmacies rurales.

Depuis sa création, la Mutualité a développé une expertise reconnue par tous dans l'exercice de ses mandats. Parallèlement, elle a renforcé le rôle politique des unions régionales qui représentent le mouvement mutualiste.

Les unions régionales mutualistes n'auront pas vocation à assurer une activité de couverture complémentaire. Avec la réforme statutaire adoptée par l'assemblée générale de la mutualité française le 12 décembre 2008, le mouvement mutualiste s'est adapté à la future organisation régionale des politiques de santé. La stricte séparation des activités d'assurance et d'offre de soins, instaurée par le nouveau code de la mutualité, exclut tout conflit d'intérêts.

Bref, la mutualité française, qui siège aujourd'hui aux conseils de divers organismes de la sécurité sociale parce qu'elle est associée à la gestion de ce service public, devra logiquement représenter les usagers au sein du conseil de surveillance des ARS, forte de ses 18 millions d'adhérents directs et de ses 38 millions d'assurés. Au reste, 74 % des Français considèrent légitime que les mutuelles assument cette responsabilité.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement a posé à la commission une question complexe : doit-on considérer la mutualité comme un représentant des usagers, un financeur, un offreur de soins et de services médico-sociaux ? Sagesse.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable. La Mutualité française, je le répète, joue un rôle primordial dans notre système de santé et son implication y est très constructive. J'aurai l'occasion de le réaffirmer à son congrès du 6 juin. Elle sera associée aux travaux de l'ARS, notamment ceux relatifs au programme régional de gestion du risque assurantiel de santé. En revanche, prévoir sa représentation au sein du conseil de surveillance des ARS alors qu'elle est un opérateur direct, ce serait un mélange des genres dangereux et extrêmement discutable sur le plan éthique. En ce domaine, on ne peut être à la fois juge et partie ! (« Très bien ! » à droite)

**M. Yves Daudigny.** – Je maintiens l'amendement car les activités d'assurance et d'offre de soins sont clairement séparées, j'y insiste.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'amendement créera de la confusion !

*L'amendement n°1059 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1060, présenté par M. Rebsamen et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le troisième alinéa (2°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° De représentants des professionnels de santé ;

**M. Yves Daudigny.** – Dans les conseils de surveillance des ARS, il faut intégrer, aux côtés des représentants des collectivités territoriales, les professionnels de santé par le biais de leurs représentants. Les places de strapontins qui leur sont prévues de-ci de-là ne suffiront pas à masquer leur absence... (Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, proteste) Rappelons que ce texte organisait initialement une quasi-disparition des élus au profit de la structure technico-administrative alors que la santé est devenu un axe fort des politiques locales comme l'ont montré les ateliers santé, ville, territoire.

**Mme la présidente.** – Amendement n°1157 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Après le quatrième alinéa (3°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° De représentants des professionnels de santé.

**M. Gilbert Barbier.** – Même objectif : les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans l'organisation de notre politique de santé.

**M. Paul Blanc.** – Bien sûr !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à l'amendement n°1060 car la représentation des professionnels de santé au sein du conseil de surveillance des ARS n'est pas opportune d'autant qu'elle est prévue, de même que pour les gestionnaires d'établissements, au sein de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Même avis pour les mêmes motifs à l'amendement n°1157 rectifié.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Monsieur Barbier, pour vous convaincre, je veux tout d'abord rappeler le rôle majeur que jouent les professionnels de santé dans l'élaboration de la politique de santé, confiée aujourd'hui aux ARS. Mais les professionnels de santé, comme la Mutualité française, sont des offreurs de soins -ce terme n'est en rien péjoratif, mais recouvre une réalité. Leur présence au sein du conseil de surveillance des ARS sera donc source de conflits d'intérêts. Prenons l'exemple d'un médecin membre du conseil qui animerait un réseau de santé. Devra-t-il s'interdire de bénéficier des aides que l'ARS peut verser au titre de la coordination et de la qualité des soins ou ne plus siéger à l'ARS pour éviter que celle-ci ne soit suspectée de partialité ? Le choix est cornélien. (M. Bernard Cazeau ironise) Et l'on verra les médecins refuser de siéger comme les artisans du bâtiment dans les conseils municipaux.

(*M. Paul Blanc acquiesce*) De grâce, monsieur Barbier, protégez-les ! (*Sourires*)

**M. Gilbert Barbier.** – Madame la ministre, rien n'empêche les professionnels de santé de siéger puisqu'ils seraient représentés par leurs syndicats ou leur ordre...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Il existe déjà une union régionale des professionnels de santé !

**M. Gilbert Barbier.** – ...et, en cas de conflit d'intérêt direct, pourraient être remplacés par une autre personne de leur organisation. Cela se pratique couramment. Je peux comprendre que, pour des raisons d'éthique, la ministre souhaite que les médecins restent à l'écart mais au moins, de grâce, cessons d'utiliser cet affreux néologisme « d'offreurs de soins » !

*L'amendement n°1157 est retiré.*

**M. Yves Daudigny.** – Mme la ministre s'est adressée au seul M. Barbier... (*Sourires*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'était involontaire !

**M. Yves Daudigny.** – ...car elle savait que je serais plus difficile à convaincre ! (*Sourires*) La comparaison avec les artisans au conseil municipal ne tient pas : ceux-ci se contentent de sortir lorsque des délibérations les concernent mais prennent part à toutes les autres décisions.

**M. Dominique Leclerc.** – Rien à voir !

*L'amendement n°1060 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°1144, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe UC.

Rédiger comme suit le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique :

« 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

**Mme Anne-Marie Payet.** – Il faut reconnaître les spécificités des différentes catégories de représentants d'usagers -patients, personnes âgées, personnes handicapées- au sein du conseil de surveillance plutôt que de les assimiler à des personnalités qualifiées, ce qu'ils ne sont pas.

**Mme la présidente.** – Amendement n°69 rectifié, présenté par MM. Houpert et Pointereau.

Dans le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, après les mots :

dont des représentants

insérer les mots :

de l'ordre des médecins,

**M. Alain Houpert.** – Aux côtés des consommateurs de santé, il faut faire une place aux acteurs de santé. Prévoyons donc la représentation des médecins *via* leur ordre professionnel, qui permet d'éviter tout conflit d'intérêt, au conseil de surveillance des ARS. Si cet amendement symbolique était accepté, ce qui ne coûte rien, les médecins que je représente y verraient un geste positif et vertueux.

**Mme la présidente.** – Amendement n°1061, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, remplacer le mot :

patients

par le mot :

usagers

**M. Yves Daudigny.** – Le terme de patient renvoie à une conception passéiste du rapport entre médecin et malade que nous avons voulu modifier par la loi de 2002.

Notre formulation, plus large, intègre également le préventif et le médico-social.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission, qui préfère sa propre rédaction, souhaite le retrait de l'amendement n°1144. L'amendement n°69 rectifié rendrait le collège un peu composite et la commission, hostile à la représentation des professionnels de santé, serait défavorable à l'amendement n°69 rectifié s'il n'était pas retiré. Même avis sur l'amendement n°1061, le mot « patient » faisant référence au secteur sanitaire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis favorable à l'amendement de Mme Payet dont la formulation reconnaît les personnes âgées et les handicapés en tant que telles, tout en préservant la légitimité des autres catégories.

J'ai bien entendu M. Barbier et je promets de ne plus parler d'offreurs de soins. Je veux aussi rassurer M. Houpert : l'amendement que je présenterai à l'article 19 *ter* au titre III, prévoira la consultation des ordres sur les questions relevant de leur compétence. L'amendement n°69 rectifié étant satisfait, il peut le retirer.

L'amendement n°1061 introduirait une confusion et affaiblirait la portée de la loi Kouchner.

**M. Alain Houpert.** – Il est inquiétant de ne pas considérer les médecins comme des personnalités qualifiées. L'ordre des médecins demande à être associé. Ce n'est pas un syndicat, mais un ordre ; il ne veut pas prendre le pouvoir mais servir l'intérêt général.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le texte de la commission incluait les personnes âgées et les handicapés parmi les personnalités qualifiées ; avec l'amendement de Mme Payet, elles deviendraient des personnes sans qualité.

**M. Paul Blanc.** – L'amendement de Mme Payet va dans le sens de la loi du 11 février 2005 sur le handicap ; je le voterai.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je veux appuyer ce que dit le rapporteur. Je préférerais le retrait de l'amendement de Mme Payet. Nous faisons apparaître le fait que toutes les personnalités étaient qualifiées. En modifiant la rédaction, on ne leur reconnaît plus aucune qualification. Il est un peu dommage de rompre de la sorte le lien que nous avons établi. Cependant, si Mme Payet maintenait son amendement et que la ministre y restait favorable, je le voterais.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Non, les personnes qui ne figurent plus parmi les personnalités qualifiées ne sont pas sans qualification. Lorsque l'on dit des élus et des personnalités qualifiées, on ne dit pas que les élus ne sont pas des personnalités qualifiées. L'amendement veut dire que les personnes handicapées forment une catégorie en tant que telles, ontologiquement présente. S'agit-il d'une querelle byzantine ? Membre d'associations et ancienne présidente du Conseil national des personnes handicapées, je sais l'importance que revêt cette représentation ontologique -elle justifie le romantisme de ce plaidoyer.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – J'ai bien compris votre raisonnement. Si le texte avait parlé des élus et des personnalités qualifiées, je ne l'aurais pas modifié ; mais s'il avait classé les élus parmi les personnalités qualifiées, je ne l'aurais pas amendé au risque, car les mots ont un sens, de laisser à penser que les élus n'en sont pas. Le décret dira à quel titre les personnalités qualifiées le seront...

**M. Bernard Cazeau.** – Cela n'a de toute façon pas grande importance car l'article 1433 disposant que certains représentants au conseil de surveillance disposent de plusieurs voix, sept ou huit personnes l'emporteront sur 35 votants dans l'autre sens. Il est inutile de perdre du temps dans ce débat byzantin puisque l'État aura le dernier mot.

**M. Alain Vasselle.** – Sauf à ne pas juger fiable la parole du Gouvernement, un engagement de la ministre que les personnes handicapées seront représentées au conseil de surveillance permettrait de retirer l'amendement. Je souhaiterais aussi que l'on règle le cas très concret d'autres personnalités qualifiées : le conseil de surveillance d'un établissement de ma commune est présidé par une handicapée mentale. Cela date de Mme Marie-Thérèse Boisseau : on en vient à douter de la capacité du Gouvernement à régler des problèmes qu'il a pourtant reconnus.

**Mme Anne-Marie Payet.** – Je suis sur la même longueur d'onde que Mme la ministre et je maintiens l'amendement.

*L'amendement n°1144 est adopté.*

*Les amendements n°69 rectifié et 1061 deviennent sans objet.*

*La séance est suspendue à 19 h 30.*

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance reprend à 21 h 35.*

**M. le président.** – Amendement n°1064, présenté par Mme Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le cinquième alinéa (4°) du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les régions dont tout ou partie du territoire est situé en zone de montagne, le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé compétente comprend également des représentants du ou des comités de massif, institués par l'article 7 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne, concernés.

**M. Jacky Le Menn.** – Nous souhaitons que le comité de massif soit représenté au sein du conseil de surveillance de chaque agence régionale de santé compétente en zone de montagne. Ce comité qui est chargé de faciliter la coordination des actions publiques et l'organisation des services publics dans le massif, est concerné par l'organisation des soins et la planification sanitaire.

**M. le président.** – Amendement n°929, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le neuvième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les régions dont le territoire, pour tout ou partie, est situé en zone de montagne, le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé compétente comprend au plus deux représentants du ou des comités de massif institués par la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne concernés.

**M. Guy Fischer.** – Cet amendement a le même objet.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il n'est pas nécessaire que les comités de massif siègent au conseil de surveillance des agences régionales de santé. Cela ne les empêchera pas de donner leur avis sur les questions d'aménagement sanitaire et médico-social. Avis défavorable sur les deux amendements.

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

*L'amendement n°1064 n'est pas adopté,  
non plus que l'amendement n° 929.*

**M. le président.** – Amendement n°924, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le sixième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique.

**M. Guy Fischer.** – A mesure que nous avançons dans l'examen de ce projet de loi se confirme ce que nous pensions déjà : madame la ministre, nous avons des conceptions différentes de la démocratie. Vous ne vous êtes pas contentée de créer de toutes pièces des conseils de surveillance aux compétences très réduites et de faire siéger le préfet de région, avec une place particulière, au sein des agences régionales de santé, vous prévoyez ici que certains membres pourraient disposer de plusieurs voix.

La formulation est ambiguë et les finalités de cette disposition sont obscures. Quels membres disposeraient de plusieurs voix ? Selon quelles justifications et dans quelles circonstances un tel vote aurait-il lieu ? Ce manque de transparence dissimule mal une manœuvre antidémocratique.

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

**Mme Isabelle Debré.** – C'est un peu exagéré !

**M. Guy Fischer.** – En profiteront les représentants de l'État, qui disposeront toujours de la majorité comme à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Dans le même temps, vous refusez d'associer plus étroitement les représentants des collectivités territoriales.

Mécontents, nous avons déposé une demande de scrutin public sur cet amendement.

**M. le président.** – Amendement identique n°1040, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

**M. Yves Daudigny.** – Bernard Cazeau a expliqué tout à l'heure comment, au conseil d'administration de la CNSA, l'État peut, lors d'un vote, imposer sa volonté aux élus, aux syndicats, aux organisations professionnelles et aux associations. Nous mettrions en place pour les conseils de surveillance une semblable parodie de démocratie ?

Mme la ministre nous a rappelé que l'État doit assumer ses responsabilités. C'est déjà prévu, par les pouvoirs très importants attribués au directeur de l'ARS et par la limitation de ceux du conseil de surveillance. Les avis de ce dernier devraient, en outre, se conformer aux souhaits de l'État ? De qui a-t-on peur ? Ne peut-on permettre à la démocratie sanitaire de s'exprimer simplement ?

*L'amendement n°1162 rectifié n'est pas soutenu.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous avons longuement débattu de cette question en commission. L'Assemblée nationale a souhaité que le conseil de surveillance vote le budget de l'établissement : il est normal que les financeurs puissent s'y faire entendre. Mme la ministre nous a rappelé que la politique sanitaire ne pouvait faire l'objet d'une cogestion car l'État et l'assurance maladie en assurent seuls le financement. Avis défavorable.

**M. Bernard Cazeau.** – A quoi sert notre débat ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je ne peux laisser passer des contrevérités. Les représentants de l'État ne représenteront que 25 % du conseil de surveillance : il est donc normal qu'ils puissent disposer de plus d'une voix. Avec potentiellement un tiers des voix, ils ne disposeront pas de la majorité, qui sera détenue par les autres partenaires du système de santé. Il n'y a aucun procès à faire. Avis tout à fait défavorable.

*A la demande du groupe CRC, l'amendement n°924,  
identique à l'amendement n°1040,  
est mis aux voix par scrutin public.*

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

Nombre de votants .....	338
Nombre de suffrages exprimés .....	330
Majorité absolue des suffrages exprimés ...	166

Pour l'adoption.....	143
Contre .....	187

*Le Sénat n'a pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°925, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le septième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Toutefois, dès lors que la délibération porte sur des dispositions concernant leurs propres statuts, ils disposent d'une voix délibérative.

**M. François Autain.** – Après la mobilité forcée que nous avons déjà dénoncée, voici que l'article 26 condamne les agents des ARS à être les spectateurs quasiment impuissants de leur devenir, puisqu'ils sont réduits au rôle de témoins de ce que peut décider le conseil de surveillance, même lorsque ses délibérations portent sur le recrutement, les profils de poste ou la formation.

La démocratie sociale exige que les représentants du personnel disposent d'une voix délibérative au conseil de surveillance, lorsque l'ARS agit alors en tant qu'employeur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le conseil de surveillance ne gèrera pas les agents, il ne traitera pas des conditions de travail ou du statut des agents. Les

représentants du personnel siègeront en revanche dans les instances du dialogue social.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Les conseils de surveillance ont pour mission exclusive d'évaluer l'action sanitaire des ARS.

A l'instar de ce qui se passe dans tous les établissements publics, un comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail sera institué dans chaque ARS, auquel s'ajoutera le comité d'agence, instance créée par ce projet de loi pour améliorer le dialogue social et qui est une véritable innovation.

*L'amendement n°925 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1062, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le septième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les directeurs des unités de formation et de recherche médicale ou les présidents des comités de coordination de l'enseignement médical siègent au conseil de surveillance, avec voix consultative.

**M. Jacky Le Menn.** – A l'image du conseil économique et social régional, le conseil de surveillance est « une instance de démocratie sanitaire, lieu privilégié de la concertation ». Pourquoi donc en exclure les représentants des unités de formation et de recherche, alors que les évolutions de la profession médicale se font jour précisément en leur sein ? Je pense notamment aux axes de recherche, qui détermineront les effectifs professionnels à venir et leur répartition. L'égal accès des citoyens aux soins est donc en jeu.

Ainsi, les directeurs des UFR médicales doivent siéger au conseil de surveillance avec voix consultative.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nul ne conteste que la formation des médecins et de la recherche apporte une contribution décisive aux progrès du système de santé, mais les conseils de surveillance des ARS n'ont aucune compétence en ces domaines. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis, pour les mêmes raisons. En outre, si les directeurs des UFR médicales siègent au conseil de surveillance, pourquoi l'ostracisme qui frapperait les directeurs des UFR pharmaceutiques ? Au demeurant, il faudrait aussi faire siéger les directeurs des instituts de formation en soins infirmiers. De proche en proche, le conseil de surveillance deviendrait ingérable.

*L'amendement n°1062 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°926, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le huitième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique :

« Le conseil de surveillance est présidé par l'un des membres du conseil mentionné au 3° de cet article, ayant obtenu la majorité des suffrages de l'ensemble des membres composant le conseil de surveillance, à l'exception du représentant de l'État dans la région qui ne peut prendre part au vote.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Le rôle parfois primordial joué par les collectivités territoriales, notamment par les départements et les régions, dans l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et l'accueil en établissements médico-sociaux justifie que les conseils de surveillance soient présidés par des représentants des collectivités territoriales.

**M. le président.** – Amendement n°1030, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rédiger comme suit le huitième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique :

« Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé élit son président en son sein parmi les représentants des collectivités territoriales, les représentants des usagers ou les personnalités qualifiées. Il se réunit au moins une fois par trimestre.

**M. Jean Desessard.** – N'étant pas particulièrement attaché au droit d'auteur, je retirerai volontiers cet amendement au profit du 926 ou du 1063, si M. le rapporteur marquait sa préférence pour l'une de ces deux suggestions.

Le conseil de surveillance joue un rôle majeur, puisqu'il approuve le budget et le plan stratégique de l'ARS. Sa fonction de surveillance suppose qu'il soit indépendant. En outre, il doit se réunir à une fréquence suffisante.

**M. le président.** – Amendement n°1063, présenté par Mme Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

A la fin du huitième alinéa du I du texte proposé par cet article l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

le représentant de l'État dans la région

par les mots :

un représentant des collectivités territoriales

**M. Bernard Cazeau.** – Pour avoir un regard critique sur la gestion du directeur général de l'ARS, le conseil de surveillance ne doit pas être présidé par le préfet de région, qui est lui aussi un fonctionnaire d'autorité de l'État, nommé en conseil des ministres.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'unité nécessaire entre la politique nationale et la politique régionale de santé rend la commission défavorable à tout

changement de présidence du conseil de surveillance. Cette présidence doit revenir au préfet de région, même si les collectivités locales doivent être représentées. J'ajoute que la périodicité à laquelle cette instance se réunit ne relève pas du domaine législatif. Avis défavorable aux trois amendements.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Défavorable également aux trois amendements, qui sont d'ailleurs presque identiques. Les arguments invoqués pour les soutenir me paraissent peu fondés. Vous craignez une confusion entre le directeur de l'ARS et le préfet de région ? Mais de très nombreuses compétences qui seront exercées par l'ARS relèvent aujourd'hui de l'État. Les Drass et les Ddass apporteront 80 % des moyens humains et financiers des ARS. J'ajoute que le préfet de région sera le garant de l'impartialité et de la continuité de l'action publique.

Les ARS ont pour mission de territorialiser et de décloisonner les politiques de santé. Elles doivent donc être en cohérence avec les autres politiques qui touchent à la santé : santé scolaire, santé au travail, mais aussi aménagement du territoire ou développement économique. Qui mieux que le préfet de région peut avoir une vision transversale de ces politiques publiques ?

Garantir les fonctions régaliennes de l'État dans le domaine sanitaire, ce n'est pas faire de l'ARS une chose étatique. L'ARS aura la personnalité morale et l'État ne disposera que du quart des membres de son conseil de surveillance, où seront surtout représentés les élus locaux, les partenaires sociaux, les associations de patients, de handicapés, de personnes âgées.

Je n'ai pas d'objection de fond à la proposition de M. Desessard que le conseil se réunisse une fois par trimestre, mais cela ne relève pas du législatif.

**M. Jean Desessard.** – Des rivalités entre services de l'État, ça existe ! La guerre des polices, ça existe. On l'a vu entre policiers et gendarmes, on pourrait le voir entre le préfet de région et le superpréfet sanitaire. Rien ne garantit qu'il n'y aura pas de conflit d'intérêt ou lutte de pouvoir entre ces deux superpuissances régionales.

Je comprendrais votre argumentation s'il agissait du conseil d'administration, mais vous avez refusé l'amendement CRC-SPG transformant le conseil de surveillance en conseil d'administration, en disant que ce n'était pas la même chose. Les arguments ne jouent pas pour un conseil de surveillance comme ils auraient joué pour un conseil d'administration.

**M. Nicolas About, président de la commission** – Ils votent le budget...

**M. François Autain.** – Dans quelles conditions !

**M. Jean Desessard.** – Vous ne pouvez pas dire une chose l'après-midi et une autre le soir !

**M. François Autain.** – Cela ne les gêne pas !

*L'amendement n°926 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 1030 et 1063*

**M. le président.** – Amendement n°927 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le neuvième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

par une majorité qualifiée

par les mots :

à la majorité simple

**M. François Autain.** – Cet amendement vise à corriger une des nombreuses bizarreries de ce projet de loi : le conseil de surveillance approuve le budget à la majorité simple mais il faut une majorité qualifiée pour qu'il soit repoussé ! Cet asymétrie est discutable et même choquante. Vous comptez sur les représentants de l'État et sur quelques élus complaisants pour que le budget soit adopté quoi qu'il arrive. Vous voulez que tout se passe comme si l'État était majoritaire ; pourquoi recourir à de telles acrobaties hypocrites ? Donnez-lui d'emblée la majorité !

**M. Jean Desessard.** – C'est le bal masqué !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le texte ne traite pas des conditions dans lesquelles le budget est adopté, mais seulement de celles dans lesquelles il est rejeté. Il ne serait pas normal que le budget soit rejeté contre l'avis de l'État et des caisses.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il s'agit ici du budget de fonctionnement de l'ARS, pas de celui de l'assurance maladie. Les représentants de l'État sont minoritaires au conseil de surveillance alors que c'est l'État qui apporte les quatre cinquièmes des ressources et des moyens humains. Il serait donc illogique que l'État puisse être mis en minorité. Imaginez que, dans votre collectivité territoriale, des usagers vous mettent en minorité sur votre budget ! Ce serait impensable.

**M. Jean Desessard.** – Des comités de quartier !

**M. Michel Mercier.** – J'ai bien compris qu'il s'agissait du budget de fonctionnement de l'ARS et de rien d'autre. Mais je ne saisis pas pourquoi l'État, qui apporte 80 % des moyens, n'aurait pas 80 % des voix. Supposons que le budget est rejeté à la majorité simple : il n'est ni approuvé ni rejeté...

**M. Alain Vasselle.** – Juste remarque !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – C'est comme pour la motion de censure. Il serait réputé approuvé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Un cas analogue se présente avec la majorité qualifiée requise pour une modification de la Constitution.

**M. Jean Desessard.** – S'il faut absolument que les représentants de l'État emportent la décision, pourquoi demander aux autres de voter ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La démocratie... Nous voulons associer tous les acteurs de la santé.

**M. Jean Desessard.** – Le conseil de surveillance a bien pour fonction d'évaluer la bonne exécution du budget.

Le conseil de surveillance surveille ; si vous voulez l'associer aux décisions, faites-le vraiment ! Vous citez l'exemple des caisses, mais leur gestion est paritaire... Je ne comprends pas ce que vous voulez. Ce simulacre de démocratie n'est même pas utile car il est très compréhensible que l'État veuille appliquer sa politique de santé. (*M. François Autain approuve*) Vous donnez aux membres du conseil de surveillance le droit de donner leur avis, mais si celui-ci ne vous convient pas, il faut qu'il réunisse l'essentiel des voix pour être pris en compte.

**M. Guy Fischer.** – Simulacre !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – M. Desessard a dit fort justement que le Gouvernement avait voulu un conseil de surveillance et non un conseil d'administration. La contradiction ne vient pas du texte initial du Gouvernement, qui ne prévoyait pas l'approbation du budget -il s'agissait à ce stade d'un véritable conseil de surveillance.

**M. Jean Desessard.** – Voilà !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Ce sont les députés qui ont souhaité que le conseil ait le pouvoir d'approuver le budget ; le Gouvernement y a consenti, sous réserve que la mise en œuvre d'un budget ne soit pas paralysée. C'est pourquoi le rapporteur à l'Assemblée nationale a proposé ces conditions de majorité curieuses, sur le modèle de la motion de censure. Je le répète, le budget sera donc réputé adopté s'il n'est pas refusé par une majorité des deux tiers.

**M. François Autain.** – Même s'il a contre lui une majorité ?

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Je préférerais quant à moi le texte du Gouvernement, qui avait l'élégance de la clarté.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ce mode de fonctionnement est profondément original. Il ne s'agit pas de décentralisation. Du reste chacun souhaite que l'État assume ses responsabilités régaliennes...

**M. François Autain.** – Qu'il s'en donne les moyens !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...C'est un travail original.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – C'est certain !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Des acteurs de la santé seront associés à des décisions qui reviennent à l'État et à l'assurance maladie. A vous référer aux modèles existants, vous feriez fausse route, car ce fonctionnement n'est en vigueur dans aucune collectivité, dans aucune administration. Mais ces voix que nous voulons proposer, au-delà de la mission de surveillance, apporteront un souffle nouveau, dans une gestion de la santé demeurée trop longtemps éloignée des gens.

Vous voulez tout et son contraire : vous entendez que le ministre puisse être interpellé sur les difficultés du plus petit hôpital de campagne, du plus petit canton frappé de désertification médicale, vous voulez qu'il soit responsable de tout ; et dans le même temps vous en appelez à la démocratie sanitaire. Or cela n'est pas possible, car chacun doit exercer ses responsabilités. Vous nous reprochez de ne pas créer la démocratie sanitaire, qui serait une sorte d'assemblée générale permanente ; et vous nous reprochez de vouloir un système qui puisse fonctionner.

Le vote du budget se fera à la majorité simple ; et si ceux qui ne participent pas à la gestion de l'État veulent le rejeter, ils devront le faire à la majorité qualifiée. C'est d'une pureté de cristal !

**M. Paul Blanc.** – C'est ainsi dans les lycées.

**M. Alain Vasselle.** – M. About a souligné fort justement qu'un parallélisme des formes serait plus logique, entre le conseil de surveillance de l'hôpital et celui des ARS. Du reste, M. Milon était favorable à ce que le conseil de surveillance de l'hôpital approuve aussi le budget de l'établissement.

Quoi qu'il en soit, je regrette que le texte ne retienne pas un meilleur parallélisme dans les modes de fonctionnement. Des considérations autres que techniques sont venues se greffer par amendements. M. Mercier a raison, il conviendrait au moins de supprimer les mots concernant l'approbation ; ne resterait que le rejet à la majorité qualifiée. Un sous-amendement en ce sens serait sûrement envisageable mais je comprends que la commission préfère conserver des munitions pour la CMP. (*Sourires*)

**M. François Autain.** – Je me demande, madame la ministre, si vous ne cherchez pas à brouiller les choses. (*On se récrie sur les bancs du Gouvernement et de la commission*) Pourquoi ce recours à un simulacre de démocratie ? Que vous rejetiez toute véritable démocratie n'est pas pour me surprendre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis aussi démocrate que vous, monsieur Autain. Ce sont là des propos injurieux !

**M. François Autain.** – Si vous souhaitez tant que le budget ne puisse être remis en cause dans les régions, assumez ! Mais vous voulez concilier les contraires et cela vous conduit inévitablement à la contradiction. Le système n'est plus crédible. Il devient ingérable.

*L'amendement n°927 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1023, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

A la fin du neuvième alinéa du I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, supprimer les mots :

, selon des modalités déterminées par voie réglementaire

**M. Bernard Cazeau.** – Le système confine à présent à l'absurde, il devient kafkaïen. C'est se moquer que de prévoir des modalités de vote « déterminées par voie réglementaire ». Cette fois, le bouchon est poussé trop loin.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le conseil de surveillance approuve le budget, ce qui n'est pas normalement de sa compétence ; il le rejette à une majorité qualifiée. Ces principes posés, il n'est pas absurde de renvoyer à des textes réglementaires pour les modalités d'application. Défavorable.

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

**M. Yves Daudigny.** – Les solutions retenues ne sont pas bonnes. Lorsque l'on ne veut pas prendre le risque de la démocratie, il ne faut pas donner l'illusion de celle-ci. Si deux tiers des membres du conseil de surveillance sont hostiles au budget présenté, ce dernier pourra n'être pas rejeté en raison des modalités de vote. Quelle frustration ce serait ! Voilà pourquoi nous tentons par nos amendements de corriger un système qui, à l'évidence, n'est pas bon.

*L'amendement n°1023 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°930 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le I du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé.

**Mme Isabelle Pasquet.** – La tutelle des ARS étant très large, il est souhaitable que leurs conseils de surveillance aient une connaissance exhaustive des conséquences des choix de gestion.

L'ensemble des établissements de santé et des structures médico-sociales devra fonctionner dans le cadre d'une enveloppe normée déterminée par l'agence et déclinant les objectifs de la loi de

financement de la sécurité sociale, en particulier l'Ondam.

Or, depuis plusieurs années l'objectif national ne permet plus de répondre aux besoins sanitaires de la population. Cela conduit au déficit structurel de nombreux hôpitaux, ce qui amène leurs responsables à trancher dans les dépenses de personnel et donc à réduire les effectifs et à dégrader leurs conditions de travail.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission était favorable à cet amendement à condition qu'il soit rectifié. Il l'a été mais ce rapport devait porter sur les établissements publics de santé « placés sous administration provisoire ». Si les déposants acceptent de modifier leur amendement en ce sens, nous y serons favorables.

**M. François Autain.** – Oui, il s'agit, bien entendu, des établissements « placés sous administration provisoire ».

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Retrait de cet amendement qui est satisfait puisque le conseil de surveillance dispose d'un état financier annuel relatif entre autres, aux établissements de santé et médico-sociaux de la région, y compris, bien entendu, aux établissements sous administration provisoire. En outre, au moins deux fois par an, le directeur général rendra compte au conseil de surveillance de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et, donc, de la situation des établissements les plus en difficulté. Et tout cela sera rendu public.

**M. François Autain.** – Grâce à notre amendement !

*L'amendement n°930 rectifié bis est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1065, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Remplacer les cinquième à dernier alinéas du II du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par cinq alinéas ainsi rédigés :

« 4° S'il participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

« 5° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

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

« Toute convention intervenant entre l'agence et une personne morale de droit privé, dont l'un des membres du conseil de surveillance est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou de façon générale, dirigeant de la dite

personne morale, est soumise à l'autorisation préalable du conseil de surveillance. Le membre du conseil de surveillance concerné ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

« Tout membre du conseil de surveillance ayant, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ne peut participer aux délibérations relatives à cette personne morale.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Compte tenu du rôle du conseil de surveillance dans la gouvernance des ARS, il faut veiller à ce que les intérêts de ses membres n'entrent pas en conflit avec les questions qui lui seront soumises. Il est donc nécessaire d'introduire des règles d'incompatibilité pour garantir l'indépendance des membres du conseil et éviter les conflits d'intérêt, sans pour autant empêcher la représentation des principaux acteurs de notre système de santé, dont fait partie, madame la ministre, la Mutualité française.

**M. le président.** – Amendement n°1024, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Au début du sixième alinéa (5°) du II du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, après les mots :

S'il exerce

insérer les mots :

, ou s'il a exercé,

**M. Bernard Cazeau.** – Le favoritisme ne se conjugue pas qu'au présent. Il faut vérifier les antécédents des membres du conseil de surveillance des ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Retrait ou rejet du n°1065 : le régime d'incompatibilité prévu dans le texte est suffisant. Retrait ou rejet du n°1024 : il impose une exigence excessive qui priverait le conseil de surveillance de personnalités aux expériences professionnelles passées utiles.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le premier amendement assouplit le texte, le second le durcit... Le n°1065 permet la présence de ces personnes au conseil de surveillance, sous certaines conditions. Je préfère ma rédaction qui leur interdit complètement d'en être membre. C'est aussi la règle pour les conseils d'administration des établissements de santé : la possibilité de conflit d'intérêts interdit d'en être membre.

En revanche, M. Cazeau voudrait instituer un ostracisme à vie. Il va trop loin. Après un parcours professionnel fait d'expériences diverses, un médecin, par exemple, peut très bien, une fois retraité, entrer au conseil de surveillance en tant que personnalité

qualifiée. Pourquoi se priver d'expériences précieuses ?

Avis défavorable aux deux amendements.

**M. Jean Desessard.** – Madame la ministre, nous voulions supprimer l'alinéa permettant à des membres du conseil d'avoir plusieurs voix. Or, dans le II de cet article L. 1432-3, on nous dit que nul ne peut être membre de ce conseil « à plus d'un titre ». J'avais compris qu'on avait plusieurs voix si on siégeait à plusieurs titres.

Par ailleurs, cet après-midi, nous avons dit préférer le terme « usager » au terme « patient » mais l'amendement n'a pas été retenu. Or, voilà qu'à l'avant-dernier alinéa de cet article L. 1432-3, on nous parle des « représentants des usagers » !

**M. François Autain.** – Le « patient », pour la commission comme pour la ministre, ce serait la santé, tandis que « l'usager », ce serait le médico-social. Or, on trouve souvent dans le texte l'un à la place de l'autre. Moi j'avais tendance à considérer que l'usager était un patient en bonne santé et que le patient était un usager malade. Malheureusement cette définition n'a pas été retenue, ce qui fait aller d'errement en errement.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Pas du tout !

**M. François Autain.** – Et pourquoi le mot « patient » dans le titre d'une loi qui concerne aussi bien le patient du secteur de la santé que l'usager du médico-social ? Cela apporte de l'eau au moulin des associations qui se plaignent de ce que cette loi ne traite que de la santé. Dans la forme affleurent les problèmes de fond...

*L'amendement n°1065 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1024.*

**M. le président.** – Amendement n°928, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-3 du code de la santé publique par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... - Si la majorité des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé estime que le budget de l'agence est insuffisant, le conseil de surveillance adresse au ministre en charge de la santé, une mention dite d'alerte faisant état des difficultés budgétaires rencontrées par l'agence.

**M. Guy Fischer.** – Nous prévoyons une procédure d'alerte lorsque le conseil de surveillance de l'ARS constate que le budget de l'agence est insuffisant. Il s'agit de mettre en place à l'échelle régionale un dispositif d'alerte, comme il en existe déjà pour les établissements de santé dont la situation financière est dégradée ou encore en cas de dépassement de l'Ondam.

Les dispositifs d'alerte ne sont pas souvent utilisés, mais l'expérience montre qu'il est préférable d'en prévoir.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable car nous ne voyons pas très bien à quoi pourrait correspondre ce dispositif d'alerte. Si les conseils de surveillance estiment que leurs budgets sont insuffisants, ils auront les moyens de le faire savoir.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Pourquoi ne pas prévoir que si un conseil de surveillance estime son budget insuffisant, il puisse le faire savoir au ministre ? Il est déjà prévu que le conseil de surveillance donne son avis sur le contrat d'objectifs et de moyens passé entre les ministres et le directeur de l'ARS. Il serait logique que la question des moyens mis à disposition de l'agence puisse faire l'objet d'une réclamation.

Ceci dit, le projet de loi va beaucoup plus loin que cet amendement puisqu'il prévoit que le conseil de surveillance se prononce sur l'ensemble des moyens régulés par l'agence. Chaque année, un état financier de l'ensemble des charges de l'État et des régimes d'assurance maladie dans le champ de l'ARS sera porté à la connaissance du conseil de surveillance qui pourra donner son avis.

Vos préoccupations semblent donc satisfaites, mais je m'en remets à la sagesse du Sénat.

**M. Jean Desessard.** – Pourquoi ne pas rectifier l'amendement en prévoyant que « si la majorité qualifiée des membres du conseil de surveillance de l'ARS estime que le budget de l'agence est insuffisant, elle adresse au Premier ministre une mention d'alerte ? (Sourires)

**M. Alain Vasselle.** – Je m'inquiète de la sagesse de Mme la ministre. Si l'on instaure un système d'alerte à chaque fois qu'un budget est en déséquilibre ou insuffisant, les projets de loi de finances et de financement vont en pulluler !

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Il faut voter contre cet amendement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ne faites pas dire à un avis de sagesse ce qu'il ne veut pas dire ! Sagesse, ce n'est pas un avis positif mais simplement un avis de... sagesse ! (On s'amuse)

*L'amendement n°928 n'est pas adopté.*

### **Article L. 1432-4 du code**

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

établissements de santé et médico-sociaux, un collège des représentants des usagers et personnalités qualifiées et un collège représentant l'éducation et la prévention à la santé.

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

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

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

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

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

**M. le président.** – Amendement n°1320, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique :

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La rédaction de la commission prévoit que la CRSA sera composée de six collèges et en donne une liste précise. Comme vous, je pense que la structuration en collèges permet une juste représentation de l'ensemble des acteurs de la santé de la région. Mais la notion et la composition des collèges relèvent du pouvoir réglementaire comme l'avait d'ailleurs fait remarquer le Conseil d'État lors de l'examen du projet de loi.

Inscrire cette composition dans la loi, c'est, en outre, nous priver de souplesse : les listes doivent être exhaustives, or nous savons bien qu'elles le sont rarement : ainsi, ce texte ne prévoit pas la représentation des partenaires sociaux ni des praticiens hospitaliers qui ont pourtant toute leur place dans les futures CRSA.

Il y aura une phase de concertation avec tous les acteurs concernés pour que la composition des collèges soit la plus pertinente possible.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est effectivement préférable de ne pas figer la composition de la conférence régionale. L'idée d'y faire participer les praticiens hospitaliers est intéressante. Pour autant il ne faut pas trop élargir la liste des participants. Avis favorable.

**M. le président.** – Amendement n°931 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - Dans la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, remplacer les mots :

six collègues

par les mots :

sept collègues

II. - Dans la même phrase, après le mot :

libéraux

insérer les mots :

, un collègue de représentants des professionnels de santé exerçant en centres de santé

**M. Guy Fischer.** – Il convient de réparer un oubli manifeste en intégrant à la conférence régionale les professionnels de santé exerçant dans des centres mutualistes ou municipaux. En raison de leurs fonctions, ils sont en effet bien placés pour savoir quelles sont les attentes de nos concitoyens en matière de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable car il y a des professionnels de santé salariés qui exercent dans les établissements de santé. Il n'est pas prévu de les représenter à part. En outre, les collectivités territoriales qui soutiennent ces centres feront valoir leurs rôles dans la politique de santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – J'ai renvoyé à la procédure réglementaire le choix des collèges. Bien entendu, au cours de la phase de concertation qui va suivre l'adoption de cette loi, les centres de santé pourront demander à être représentés. Si mon amendement est adopté, celui de M. Fischer tombera.

**M. François Autain.** – L'amendement de Mme la ministre n'exclut effectivement pas la présence de représentants de centres de santé au sein de la CRSA

alors que la rédaction de la commission n'y faisait pas référence. Nous voterons donc votre amendement, madame la ministre.

**M. Alain Vasselle.** – Pour quelle raison le Gouvernement a-t-il rajouté une deuxième phrase à son amendement alors que Mme la ministre vient de dire qu'il ne fallait pas figer dans la loi des listes qui risquent de ne pas être exhaustives ? En outre, nous n'aimons pas trop les « notamment » dans les lois.

Je propose donc un sous-amendement pour supprimer cette deuxième phrase. Poussons la logique jusqu'au bout en ne faisant apparaître personne ! Ou alors, je proposerais de rajouter les praticiens hospitaliers et les partenaires sociaux.

**M. le président.** – Il s'agit donc du sous-amendement n°1345.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Le texte que vous proposez revient à la rédaction initiale du Gouvernement.

**M. Henri de Raincourt.** – Délicate attention !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Il est certain que les professionnels de santé recouvrent des catégories très diverses.

On peut imaginer que seront représentés un centre de santé, un médecin ou encore un pharmacien. Bref, les catégories sont suffisamment larges pour être ensuite détaillées dans le décret. J'avais modifié la rédaction initiale du Gouvernement pour tenir compte des travaux de la commission et faire plaisir au rapporteur, ce dont je ne me lasse pas. (*Sourires*) Sageesse.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Monsieur Vasselle, l'adverbe « notamment », contrairement à l'utilisation habituelle qui en est faite pour attirer l'attention sur certains points dans la loi, fait sens dans la rédaction de cet article en ce qu'il balise le décret pour que l'on y retrouve au moins les catégories de personnes mentionnées.

**M. Alain Vasselle.** – Je ne voudrais pas que le rapporteur et le président de la commission passent une mauvaise nuit par ma faute... (*Sourires*) Je m'incline donc !

*Le sous-amendement n°1345 est retiré.*

*L'amendement n°1320 est adopté.*

*L'amendement n°931 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°932, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique :

« L'agence régionale de santé et de l'autonomie met à sa disposition les moyens financiers et matériels nécessaires à son fonctionnement.

**M. François Autain.** – L'amendement est purement rédactionnel. (*Exclamations sur les bancs de la commission et du Gouvernement*) Nous précisons que les moyens accordés à la conférence régionale de santé et de l'autonomie sont financiers et matériels.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement, loin d'être seulement rédactionnel (*Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, acquiesce*), serait source de nombreuses controverses sur l'évaluation des moyens nécessaires à la conférence : avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Monsieur Autain, nous sommes moins bêtes que vous ne semblez le penser...

**Mme Isabelle Debré.** – Eh oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'amendement n'est pas rédactionnel du tout et, comme l'a dit le rapporteur, nourrirait des contentieux entre les ARS et les CRSA. Avis défavorable.

**M. François Autain.** – L'amendement n'est pas rédactionnel, soit. Mais quels sont les moyens autres que financiers et matériels ? Les moyens humains, certes. Peut-être est-ce cet oubli qui motive cet avis défavorable...

**M. Nicolas About, président de la commission.** – Votre amendement n'apporte rien !

*L'amendement n°932 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1163 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Dans la deuxième phrase du troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, remplacer les mots :

émet un avis sur

par le mot :

approuve

**M. Gilbert Barbier.** – L'avis que les CRSA délivrent sur le plan stratégique régional de santé est-il consultatif ou vaut-il approbation ? C'est une différence fondamentale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il paraît difficile de donner aux CRSA un pouvoir de décision car elles sont un organe purement consultatif, comme les actuelles conférences de santé, un lieu de débat et une force de proposition. Retrait, sinon défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Nous avons déjà longuement discuté de la question cet après-midi.

**M. Nicolas About, président de la commission.** – L'avis du conseil de surveillance de l'ARS lui-même est seulement consultatif !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Écrire que les CRSA approuvent, c'est leur conférer un droit d'arrêt sur le plan stratégique régional de santé. Or ces conférences sont déjà investies de pouvoirs tout à fait considérables par rapport au droit de regard presque inexistant des conférences régionales de santé actuelles. De fait, elles auront un pouvoir de proposition, se prononceront sur les objectifs et le plan d'action, participeront à l'évaluation des actions de l'agence et jouiront d'un pouvoir d'auto-saisine sur tous les sujets de santé. Cette avancée ne doit pas être minimisée.

En revanche, ces assemblées, qui feront office de parlement de la démocratie sanitaire, rassembleront une centaine de personnes qui ne seront pas élues et ne voteront pas de budget. Dépourvues de responsabilité politique et financière, elles ne peuvent avoir le dernier mot sur le plan stratégique. Au bénéfice de ces observations, j'espère que M. Barbier acceptera, comme cet après-midi, de retirer son amendement.

**M. Gilbert Barbier.** – Le rôle de la CRSA sera seulement consultatif, je l'ai compris cet après-midi. Mais que se passera-t-il si l'ARS applique un plan stratégique régional de santé contre l'avis de la CRSA ? Cela risque de poser de sérieux problèmes... Voyons comment le dispositif fonctionnera. En attendant, je m'incline.

*L'amendement n°1163 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°933, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la dernière phrase du troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, après les mots :

aux services en santé

insérer les mots :

à des tarifs opposables

**Mme Isabelle Pasquet.** – Il est de notre devoir de législateur de lutter contre les inégalités sociales de santé qui, entre 1980 et le milieu des années 1990, n'ont pas reculé selon une étude de Mireille Elbaum, professeur au conservatoire national des arts et métiers. « Entre 1980 et 1990, elles se sont même accrues chez les hommes, avec un écart d'espérance de vie qui à 35 ans atteint sept ans entre les ouvriers et les cadres »

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Et pourtant, la gauche a été au pouvoir !

**Mme Isabelle Pasquet.** – Après l'instauration de la CMU et de la CMU-C, une politique volontariste de lutte contre les inégalités sociales de santé a fait cruellement défaut, M. Ralite le rappelait dans une

récente tribune publiée dans *L'Humanité*, alors que l'instauration de la sécurité sociale à la Libération a été réalisée dans un contexte autrement plus difficile. Ces inégalités, écrivait-il, sont « le fruit de déterminants sociaux extérieurs à ce système de santé, la conséquence d'inégalités sociales bien plus vastes ». Ces facteurs relèvent de la loi de financement et de vos choix politiques ; je propose seulement que les ARS prennent les mesures nécessaires pour favoriser l'accès aux soins à des tarifs opposables.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les CRSA n'ont pas compétence en matière d'organisation du système de santé. En revanche, elles pourront faire des propositions dans le cadre de leurs compétences et, au titre du respect de l'égalité d'accès aux soins, formuler des observations sur les tarifs opposables. Avis défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – L'objectif de l'amendement est satisfait puisque les CRSA, aux compétences très étendues, évalueront les conditions dans lesquelles sont appliqués les droits des patients, l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des prises en charge. En outre, la rédaction de l'amendement laisse entendre que la mission des CRSA serait réduite à la seule offre de soins à des tarifs opposables, et non comme prévu à toute l'offre de soins.

**Mme Isabelle Pasquet.** – L'accès à des soins à des tarifs opposables joue un rôle primordial dans la politique de réduction des inégalités de santé. D'après l'avis du 15 mai 2008 de la conférence nationale de santé, le taux de renoncement aux soins augmente en raison des dépassements d'honoraires. Situation face à laquelle, concluait l'avis, les responsables politiques doivent agir fermement car « l'information obligatoire sur les coûts et la remise d'un devis au-delà d'un certain seuil de dépassement, de même que l'élargissement des procédures de saisine des instances de régulation disciplinaire ou tarifaire, s'ils sont nécessaires, lui apparaissent néanmoins insuffisants ». Or, un an après, ce texte ne prévoit pas de mesures en ce domaine.

*L'amendement n°933 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1066, présenté par M. Patient et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Au début du quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, après le mot :

Elle

insérer les mots :

a un pouvoir d'auto-saisine officiel et

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Nos amis ultramarins souhaitent que la conférence régionale de santé se prononce sur des sujets importants que n'a pas retenus l'ARS et qui ne figurent pas dans les

priorités du plan régional de santé. Il en est ainsi des pathologies liées au mercure ou de la pollution par la base spatiale. L'amendement accroîtrait la légitimité de la conférence en lui conférant, avec cette auto-saisine, une capacité d'interpellation de l'État : le comité de pilotage et de suivi n'est-il pas composé de fonctionnaires ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La notion d'auto-saisine officielle n'est pas très claire. Le texte vous donne déjà satisfaction : la conférence peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS et elle organise le débat public sur les sujets de son choix. Retrait ou rejet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Cet amendement est totalement satisfait. Le droit d'auto-saisine figure en toutes lettres dans le texte.

**M. Jean Desessard.** – Où ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je vous suggère de retirer l'amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Cet amendement a été rédigé par nos collègues, je ne peux prendre sur moi de le retirer.

*L'amendement n°1066 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°934, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« La conférence régionale de santé invite, au moins une fois par an, le comité régional de prévention des risques professionnels pour qu'il lui expose l'état de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet régional de santé. Il en est de même lorsqu'il s'agit de procéder à l'élaboration et la révision du projet régional de santé. La conférence régionale de santé et le comité régional de prévention des risques professionnels peuvent décider de la création d'une commission commune permanente.

**M. François Autain.** – Les amendements apportés par les députés ont permis d'aller un peu plus loin dans le rapprochement des champs de la santé publique, sauf pour la santé au travail, qui connaît une crise chronique. Le professeur Goldberg, qui travaille à l'Inserm, soulignait en 2006 comment les facteurs professionnels, qui pèsent sur la population et créent des inégalités devant la mort, se traduisent par des pathologies telles que des cancers ou des troubles respiratoires. La santé au travail a des composantes multiples qui se situent toutes en dehors du monde de la santé publique et n'ont aucune interaction avec lui. Notre amendement prend en compte ces remarques.

**M. le président.** – Amendement n°1067, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Elle invite, au moins une fois par an, le comité régional de prévention des risques professionnels pour qu'il lui expose l'état de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet régional de santé. Il en est même lorsqu'il s'agit de procéder à l'élaboration et la révision du projet régional de santé.

« La conférence régionale de santé et le comité régional de prévention des risques professionnels peuvent décider de la création d'une commission commune permanente.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Notre amendement va dans le même sens. La conférence régionale de santé doit traduire un changement profond car on ne doit plus faire l'impasse sur la santé au travail mais déployer une logique globale, comme le recommandait le rapport de M. Bur. Mettons en place les passerelles nécessaires.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ces deux amendements ne se distinguent que par un point-virgule. La commission leur a donné un avis favorable... avant d'aller déjeuner.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Ils sont en réalité déjà satisfaits. Cette articulation est tellement importante qu'elle justifie la présidence du conseil de surveillance de l'agence par le représentant de l'État, ainsi que les deux commissions de coordination pour le médico-social et la prévention, celle-là présidée par le directeur du travail et de l'emploi. Il fallait créer le lieu de la concertation ; remettons-nous en pour ses modalités concrètes aux acteurs locaux. Retrait ?

**M. Jean Desessard.** – Je soutiens les amendements mais je souhaite revenir sur le précédent. La ministre avait assuré que l'auto-saisine figurait en toutes lettres dans le texte. Je ne la retrouve pas. J'ai supposé qu'elle s'était laissé emporter et qu'elle faisait allusion à la phrase qui dispose que la conférence régionale de santé « organise le débat public sur les questions de santé de son choix ». Cependant, on nous avait fait observer que ce choix pourrait ne s'opérer que dans le cadre du plan de santé. L'auto-saisine est plus large. Et elle ne figure pas plus en toutes lettres, que je n'ai trouvé dans mon casier le rapport qui m'avait été promis sur le calcul des tarifs des cliniques intégrant les honoraires des médecins libéraux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous l'aurez !

**M. Jean Desessard.** – La démocratie, c'est aussi tenir les engagements pris envers l'opposition.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les amendements étant satisfaits, j'y serais défavorable en cas de maintien.

**M. François Autain.** – Je ne comprends pas : j'ai maintenu le mien avec votre caution. Je suis très déçu que vous changiez d'avis en fonction de celui du Gouvernement.

*L'amendement n°934 est retiré.*

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** – Je regrette aussi la méthode.

*L'amendement n°1067 est retiré.*

### Articles additionnels

**M. le président.** – Amendement n°884, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

Après le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, insérer un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est présidée par le président du conseil régional ou son représentant.

**M. Jean Desessard.** – Ce contrepois démocratique au pouvoir que certains jugent exorbitant du directeur général de l'ARS ne figure pas en toutes lettres dans le texte. Les conseils régionaux sont pourtant demandeurs d'une plus grande implication.

Ainsi, le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais expérimente des actions de lutte contre le cancer, pour la santé environnementale et la santé au travail, l'équipement sanitaire des établissements et le développement des maisons de santé. Il y contribue financièrement.

**M. le président.** – Amendement n°1031 rectifié, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - La conférence régionale de santé élit son président parmi ses membres représentant les collectivités territoriales ou leurs groupements.

**M. Jean Desessard.** – Amendement de repli : si le président du conseil régional ne peut directement présider la conférence, il peut s'agir d'un représentant des collectivités territoriales.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable à l'amendement n°884, car le conseil régional n'a pas de compétence particulière en matière de santé, et à l'amendement n°1031 rectifié car la conférence est un organe consultatif : ses modalités d'organisation et de fonctionnement ne sont pas d'ordre législatif.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Permettons à la démocratie sanitaire de jouer son rôle, et aux acteurs du système de santé de choisir le président de la conférence régionale de santé et

d'autonomie. Nous les en priverions en attribuant cette fonction, de droit, au président du conseil régional. En outre, il serait plus logique que celle-ci revienne au président d'un conseil général, car le conseil régional n'a pas de compétence particulière en matière de santé. Avis défavorable.

*L'amendement n°884 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1031 rectifié.*

### **Article L. 1432-5 du code**

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

**M. le président.** – Amendement n°935, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

A la fin de la seconde phrase du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-5 du code de la santé publique, supprimer les mots :

, sauf opposition de l'un d'entre eux

**M. Guy Fischer.** – Les agences régionales de santé doivent définir leur politique conformément aux orientations définies par les lois de financement de la sécurité sociale. Cette précision ne semble pas vous suffire puisque vous exigez également que leur budget soit équilibré, et prévoyez aussi que l'un des deux ministres de tutelle peut s'opposer à leur exécution. Encore une fois, c'est l'État qui contrôle l'État !

Madame la ministre, vous craignez autant l'opposition à vos politiques comptables que les décisions des directeurs des agences régionales de santé qui sont pourtant, du fait de leur mode de nomination et de révocation, entièrement subordonnés au Gouvernement et à votre ministère. Par ailleurs, cette disposition reviendrait à limiter encore davantage les compétences du conseil de surveillance puisqu'un tel veto sanctionnerait un budget pour lequel il s'est déjà prononcé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ce texte n'organise pas des politiques de santé régionales, mais prévoit la réalisation au plan régional de la politique nationale. En outre, les fonds dont disposent les agences sont dégagés par les lois de financement de la sécurité sociale et par les lois de finances. Il est donc normal que les ministres de tutelle exercent un contrôle. Avis défavorable.

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

*L'amendement n°935 n'est pas adopté.*

### **Article additionnel**

**M. le président.** – Amendement n°1295, présenté par le Gouvernement.

Après le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-7 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art L. ... - L'État peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'État ou les agences régionales de santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La commande publique est plus économique que les achats effectués par les agences, individuellement ou par leurs groupements. Celles-ci peuvent jouer de leur double identité, État et assurance maladie, pour bénéficier de la formule la plus avantageuse. Symétriquement, elles peuvent s'inscrire dans les marchés et accords-cadres passés par les caisses nationales de sécurité sociale.

*L'amendement n°1295, accepté par la commission, est adopté et devient article additionnel.*

### **Article L. 1432-8 du code**

*Le personnel de l'agence comprend :*

« 1° Des fonctionnaires ;

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

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

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

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

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

**M. le président.** – Amendement n°936, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer les 3° et 4° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-8 du code de la santé publique.

**Mme Isabelle Pasquet.** – Nous nous sommes opposés à la création d'un cadre particulier permettant à des contractuels d'occuper des postes de direction, nous le refusons également pour les personnels des agences régionales de santé. Il suffit de préciser que le personnel de ces agences relève des statuts de la

fonction publique, qui prévoient déjà des règles dérogatoires.

En outre, en faisant référence à la possibilité pour les agences d'employer du personnel relevant de la convention collective des organismes de sécurité sociale, ce texte prévoit implicitement le démantèlement des caisses d'assurance maladie. Leurs personnels sont légitimement inquiets : que deviendront les services chargés du suivi des dépenses de santé, de la gestion des risques ou des relations avec les professionnels ? Dans quelles conditions les agences pourront-elles disposer de ces personnels ? Rien n'est précisé.

Madame la ministre, pouvez-vous nous indiquer quelles relations les agences entretiendront avec les caisses de sécurité sociale ? Quel avenir prévoyez-vous pour les missions et les personnels de ces dernières ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis : je me suis déjà longuement exprimée sur ce sujet.

*L'amendement n°936 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1013 rectifié bis, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac et Mme Debré.

Rédiger comme suit les deux dernières phrases du sixième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-8 du code de la santé publique :

Il gère les personnels mentionnés au 3°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1°, 2° et 4°.

**M. Alain Vasselle.** – Cet amendement est lié à une proposition que j'ai déjà présentée, concernant la mise à disposition du personnel des caisses d'assurance maladie auprès des agences régionales de santé. J'ai pris date des modalités futures, qui prévoient plutôt un transfert. Je souhaiterais à nouveau entendre Mme la ministre, ce qui me permettra de retirer cet amendement ainsi que les amendements n°1014 rectifié bis et 1015 rectifié bis.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous souhaitez que le directeur de l'agence ne gère pas ces personnels, mais soit associé à leur gestion. Dans le premier cas, ils sont employés de l'agence, et donc transférés, dans le second, ils demeurent dans le giron des organismes d'assurance maladie, et sont seulement mis à disposition.

Je me suis longuement exprimée sur les inconvénients d'une mise à disposition de ces personnels : cette réforme a pour but de marier et non de juxtaposer les cultures, d'unifier les forces de l'assurance maladie et de l'État au plan régional. Pour cela, l'agence doit maîtriser ses personnels. Elle permettra ainsi à leur carrière, qui risquerait d'être oubliée en cas de mise à disposition, d'avancer.

L'expérience malheureuse des agences régionales de l'hospitalisation est, à ce titre, éclairante.

Monsieur Vasselle, vous pouvez retirer vos amendements et noter qu'il ne s'agit pas d'un solde de tout compte ! (*Sourires*)

*L'amendement n°1013 rectifié bis est retiré, ainsi que les amendements n°1014 rectifié bis et 1015 rectifié bis.*

### **Article L. 1432-10 du code**

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

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

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

**M. le président.** – Amendement n°1250, présenté par le Gouvernement.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-10 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Il est doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je souhaite que l'ARS soit une maison commune pour tous ses agents, qu'ils proviennent de l'État ou de la sécurité sociale.

A cette fin, le comité d'agence assurera leur représentation unifiée en exerçant les compétences des comités techniques paritaires, chers aux agents de l'État, et des comités d'entreprise, chers aux agents de l'assurance maladie.

Afin qu'ils puissent également gérer les œuvres sociales comme le font les comités d'entreprise, les comités d'agence ont besoin de la personnalité civile.

**M. le président.** – Amendement n°1249, présenté par le Gouvernement.

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1432-10 du code de la santé publique par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les dispositions du chapitre 3 du titre IV du livre premier de la deuxième partie du code du travail sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du code du travail, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives du livre quatrième de la deuxième partie du code du travail.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Dans le même esprit que précédemment, je souhaite que le personnel de l'ARS bénéficie de représentants du personnel, de délégués syndicaux et de représentants des sections syndicales.

Outre qu'elle permettra de signer des accords collectifs, cette disposition assurera aussi la représentation des syndicats catégoriels, par exemple du syndicat des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

*Les amendements n°s 1250 et 1249, acceptés par la commission, sont adoptés.*

### **Article L. 1433-1 du code**

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

*Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé et de l'autonomie donne aux agences régionales de santé et de l'autonomie les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles auront à mettre en œuvre en termes de santé publique,*

*d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.*

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

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

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

**M. le président.** – Amendement n°937, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après les mots :

solidarité pour l'autonomie,

insérer les mots :

un représentant de l'association des régions de France, un représentant de l'Assemblée des départements de France,

**M. François Autain.** – Le rôle éminent joué par les collectivités territoriales dans la prise en charge de la perte d'autonomie justifie que l'Association des régions de France et l'Assemblée des départements de France siègent au conseil national de pilotage des ARS. On pourrait aussi inviter un représentant de l'Association des maires de France.

Ces arguments de bon sens devraient trouver ici un appui majoritaire... mais point n'est besoin d'espérer pour entreprendre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – ...ni de réussir pour persévérer ! (*M. Paul Blanc évoque le Taciturne*)

**M. le président.** – Amendement n°1025, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique par les mots :

, un sénateur, un député et un représentant de l'assemblée des départements de France

**M. Bernard Cazeau.** – Nous demandons qu'un sénateur, un député et un représentant de l'Assemblée des départements de France siègent au conseil national du pilotage des ARS, car les élus du peuple doivent impérativement y disposer d'un droit de vote. Vous avez récemment prétendu vouloir mettre les parlementaires au cœur des politiques publiques de santé. Nous vous donnons l'occasion de le démontrer.

En outre, les présidents de conseil général disposent d'une légitimité particulière dans le domaine médico-social. Leur connaissance approfondie du terrain est une raison supplémentaire pour les incorporer au conseil de pilotage.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les agences régionales devant appliquer la politique nationale de santé, il n'y a pas lieu qu'un représentant de l'Association des régions de France siège au conseil national de pilotage, non plus qu'un représentant de l'Assemblée des départements de France.

D'autre part, les parlementaires votent déjà la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale, qui déterminent les moyens mis à la disposition des ARS, dont les compétences n'empiètent d'ailleurs pas sur celles des départements.

Retrait ou rejet des deux amendements.

*L'amendement n°937, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

*L'amendement n°1025, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°938, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique par les mots :

et des représentants des usagers du système de santé au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique

**Mme Isabelle Pasquet.** – Selon la rédaction du projet de loi, les usagers seraient suffisamment respectables pour siéger au conseil de surveillance d'une ARS, mais pas au comité national de pilotage.

Une fois de plus, votre schéma bureaucratique et technocratique ignore les assurés sociaux, qui financent pourtant la sécurité sociale. Le comité de pilotage devient ainsi un simple auxiliaire des choix politiques du Gouvernement, puisqu'il réunit les ministres et les responsables des principales branches de la sécurité sociale.

Ce verrouillage de tout contre-pouvoir suffit à caractériser l'aspect technocratique du projet de loi. Or, quand la démocratie recule devant la technostructure, toute la société recule ! Il faut un minimum d'équilibre dans le comité de pilotage.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est défavorable.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Moi aussi, évidemment !

Je suis profondément en désaccord avec l'idée qu'un ministre ne représente pas la démocratie, alors qu'un responsable associatif, si. Je suis au Gouvernement pour avoir été choisie au sein d'une majorité issue d'un scrutin démocratique. Élu au

suffrage universel, le Président de la République n'était pas votre candidat, mais il est votre président.

Prétendre que le comité de pilotage ne serait pas démocratique en raison du rôle joué par un ministre de la République est choquant ! (*On approuve chaleureusement à droite*)

**M. Jean Desessard.** – C'est la question des contre-pouvoirs.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – La démocratie, ce ne sont pas les contre-pouvoirs !

**M. Jean Desessard.** – Vous croyez pouvoir tout faire parce que vous avez été élu pour cinq ans, mais il y a aussi la justice, la presse et les droits de l'opposition.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – C'est vous qui contestez ma légitimité !

**M. Jean Desessard.** – Créer des contre-pouvoirs n'est pas contraire à la démocratie.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Je suis légitime !

**M. Bernard Cazeau.** – Il n'y a pas lieu de vous échauffer : nul ne conteste les ministres.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Si ! Vous dites que je représente la technostructure.

**M. Bernard Cazeau.** – Tous les parlementaires votent le budget de l'État et celui de la sécurité sociale. L'importance du secteur médico-social justifie que l'Assemblée des départements de France soit représentée. C'est la base de la démocratie, et cela ne doit pas inciter à se lever pour faire des moulinets.

**M. Jean Desessard.** – Fussent-ils démocratiques ! (*Rires*)

**M. François Autain.** – J'ajoute un mot : nul ne conteste votre légitimité, madame la ministre, mais la démocratie n'est pas la dictature de la majorité sur la minorité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Qui dit cela ?

**M. Jean Desessard.** – Lisez l'excellent livre de M. Bayrou sur l'abus de pouvoir !

*L'amendement n°938 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°1068, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après les mots :

du budget

insérer les mots :

, du travail

**M. Jacky Le Menn.** – Un problème comme celui de l'amiante appelle la présence du ministre du travail.

**M. le président.** – Amendement n°939, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

et de la sécurité sociale

par les mots :

, de la sécurité sociale et du travail

**M. François Autain.** – Une fois encore, nous proposons de modifier le projet de loi sur les règles de gouvernance des ARS. Avec cet amendement, il s'agit de permettre une meilleure prise en compte des pathologies liées au travail dans les politiques sanitaires que les agences régionales de santé auront à appliquer. Un découplage nécessaire et utile par ailleurs préconisé par de nombreux rapports et avis. Je n'en citerai qu'un, celui du Conseil économique, social et environnemental en date du 27 février 2008, qui appelle précisément à un partage de compétences, afin que la santé au travail soit une priorité partagée.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous avons déjà eu ce débat : l'ARS n'a pas de compétences directes en matière de santé au travail. L'avis est donc défavorable, sur l'amendement n°1068, ainsi que sur le n°939 qui a le même objet.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Bien entendu, il doit y avoir concertation entre les ministres ! Aussi a-t-elle lieu, et pas seulement avec le ministre du travail, tout autant avec celui de l'éducation nationale, celui de l'aménagement du territoire, celui en charge de l'outre-mer, celui de la justice... Si l'on se met à faire entrer dans le comité de pilotage tous ceux qui peuvent être concernés par les questions de santé, ce ne sera plus un comité de coordination, ce ne sera plus une instance opérationnelle !

*L'amendement n°1068 n'est pas adopté, non plus que le n°939.*

**M. le président.** – Amendement n°265, présenté par M. Houpert.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé compte aussi, à titre consultatif, un représentant des conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

**M. Alain Houpert.** – Il faut prendre en compte les spécificités régionales.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le rôle consultatif des conférences régionales s'exerce au niveau régional. Il n'y a aucune raison de le faire figurer au niveau national ! Retrait.

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

*L'amendement n°265 est retiré.*

### **Article L. 1433-2 du code**

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

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

**M. le président.** – Amendement n°940, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1433-2 du code de la santé publique :

*« Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans, mais ne prend effet que s'il est approuvé par le conseil de surveillance de l'agence. Il est révisable chaque année, à sa demande.*

**Mme Isabelle Pasquet.** – Nous avons, sur le versant parlementaire, la discussion des lois de financement de la sécurité sociale. Cet exercice annuel a fait la démonstration de ses limites. Pour l'essentiel, le contenu des lois de financement est pré-défini par le Gouvernement et la démocratie sociale, dont on pourrait penser qu'elle est susceptible de se développer dans une société ouverte et responsable comme la nôtre, reste lettre morte. Même combattues par les forces vives de la Nation, ces lois de financement de la sécurité sociale sont invariablement adoptées, sous l'amicale pression du Gouvernement sur sa majorité parlementaire, moyennant quelques menus aménagements.

Cet article 26 crée donc les super-préfets de la santé et du médico-social, au travers de l'émergence d'agences régionales de santé. Le budget de ces agences doit donc être le reflet, dans le cadre de la déconcentration des moyens de la protection sociale, de la loi de financement. Et l'on ne dispose que de très faibles capacités de ne pas l'adopter puisque, si la majorité simple suffit à le faire accepter, il faut trouver une majorité qualifiée pour ne pas le faire. Comme si cela ne suffisait pas encore, puisque la composition du conseil de surveillance des ARS laisse encore de la place à ceux qui, au niveau régional, ont pouvoir et compétence en matière sanitaire et sociale, voici que le comité de pilotage national des ARS est mis en situation de contracter avec les directeurs généraux sur les voies et moyens de leur action. On imagine le suspens insoutenable ! Voici que, par un détour surprenant de l'histoire, un directeur d'ARS, nommé en conseil des ministres, serait susceptible de rejeter les termes du contrat d'objectifs et de moyens que lui propose le comité de pilotage ! Un contrat d'objectifs et

de moyens évidemment pluriannuel, visant à « faire mieux avec moins ». Cette quête d'efficacité et de productivité, nul doute que le directeur général de l'ARS la mènera : il y va de son maintien en fonctions !

Le conseil de surveillance n'aura qu'un rôle de parlement-croupion, qui constatera *a posteriori* l'exécution des objectifs alors que le directeur général sera étroitement placé sous le contrôle *a priori* du comité de pilotage. C'est ce montage technocratique et quasi autistique, monomaniacal (*exclamations à droite*), que nous combattons. Le conseil de surveillance de chaque agence régionale doit rendre un avis sur le contenu du contrat d'objectifs et de moyens, quitte à le rejeter en première instance. Ce contrat doit être révisable, ne serait-ce que parce que l'on ressort grand d'avoir reconnu ses erreurs. Si tel n'est pas le cas, démonstration sera faite du caractère profondément dirigiste de cet article 26.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Certains mots m'ont surpris : ce vocabulaire psychiatrique...

La commission est défavorable à cet amendement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Même avis. J'ai moi aussi été choquée par l'usage de certains termes de psychiatrie, tout à fait déplacés au sujet d'un texte. L'argumentaire du groupe CRC-SPG a dépassé les intentions de ses auteurs.

Il est logique que le conseil de surveillance se prononce par un avis sur le contrat pluriannuel ; il est beaucoup moins légitime qu'il approuve formellement ce texte pour le rendre applicable : cela changerait la nature de ce conseil qui, quoique non élu, aurait un pouvoir de gestion alors qu'il n'est pas responsable du financement. Ce serait organiser l'irresponsabilité du conseil de surveillance. Les responsabilités doivent être confiées à des gens qui ont à rendre des comptes !

*L'amendement n°940 n'est pas adopté.*

### Article L. 1434-1 du code

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

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

**M. le président.** – Amendement n°941, 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. 1434-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Il prend en compte les besoins en santé et en soins médico-sociaux constatés à l'échelle de la région, et cherche à réduire les inégalités sociales en santé.

**M. François Autain.** – Le cadre étant posé, on ne peut faire l'économie de préciser l'objectif. Nous estimons que les projets régionaux doivent tendre à réduire les inégalités en santé, tout en prenant en compte les besoins tant médicaux que médico-sociaux de la population. Il s'agit donc d'un amendement de bon sens.

**M. le président.** – Amendement n°266, présenté par M. Houpert.

Au début du second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, après le mot :

Il

insérer les mots :

prend en compte les spécificités régionales,

**M. Alain Houpert.** – Il faut trouver un juste équilibre entre les niveaux régional et national.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La mission même des ARS est de prendre en compte les besoins régionaux. L'amendement est d'un tel bon sens qu'il est satisfait. Le n°266 l'est également. Retrait.

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

**M. François Autain.** – Je suis sensible à cette argumentation !

*Les amendements n°941 et 266 sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°1069, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

de la politique nationale de santé

insérer les mots :

, y compris de santé au travail,

**M. Yannick Botrel.** – Cet amendement suit une logique globale consistant à intégrer la santé au travail dans le champ de compétences des ARS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable, il ne s'agit pas, précisément, d'une compétence des ARS !

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

**M. Yannick Botrel.** – C'est un élément qui mérite d'être pris en considération dans le projet régional de santé. Il y a bien des spécificités régionales, M. Godefroy a cité l'amiante dans les chantiers navals de son département, il y a aussi les industries

agroalimentaires et les tâches répétitives qui y sont imposées aux salariés.

*L'amendement n°1069 n'est pas adopté.*

### **Article L. 1434-2 du code**

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

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

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

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

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

**M. le président.** – Amendement n°1141, présenté par M. Mercier et les membres du groupe UC.

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

et d'organisation médico-sociale

par les mots :

et des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

**M. Michel Mercier.** – Le projet régional doit prendre en compte les documents existants, tels que les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, établis conjointement par le département et l'État. La façon dont les choses se passent nous a conduits à inventer la procédure de réponse positive avec classement : on renvoie aux calendes grecques la réalisation des établissements... Le remplacement des présentations de projets par les appels à projet est une bonne chose. Mais surtout, il est indispensable que le schéma régional prenne en compte les schémas départementaux - nous sommes d'accord qu'il ne saurait se résumer à leur addition.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous verrons à l'article L. 1434-10 que le schéma régional s'articule de façon cohérente avec les autres documents, notamment les schémas départementaux. Mais s'il se

résumait à leur juxtaposition, ce serait un renoncement de l'État à exercer son pouvoir. Retrait ou rejet.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Il manquerait alors au Sros la partie déconcentrée de l'enveloppe de l'assurance maladie, les 7,5 milliards d'euros consacrés à la politique médico-sociale. Il est important que le projet de loi ne modifie pas la répartition des compétences entre conseils généraux et État -lequel délègue sa compétence aux ARS. Le schéma régional prévoit les actions et les financements correspondants et il est normal que le directeur général conserve la maîtrise d'un document qui engage financièrement son agence.

Les schémas départementaux dressent des réponses de proximité au problème de la perte d'autonomie ; le schéma régional concerne toute l'offre médico-sociale. Nous entendons veiller à la cohérence, sans créer de tutelle de l'un sur les autres ; la commission de coordination vise précisément à mieux articuler les politiques en amont. Et les commissions d'appel à projet sont destinées à associer choix de projet et financements. Retrait.

**M. Michel Mercier.** – Les schémas départementaux sont élaborés en commun par les départements et les préfets ; ne laissons pas penser que le département fixe seul ses objectifs et réclame à l'État les dotations correspondantes ! Les plans d'aide à l'investissement d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) financent aujourd'hui, au mieux, un établissement par an dans le Rhône...

Quoi qu'il en soit, si vous ne pensez pas que ma proposition est utile, tant pis nous ferons comme d'habitude : nous nous débrouillerons, une fois la loi publiée, pour réussir à l'appliquer.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** – Nous avons prévu des délégations départementales pour inclure ces préoccupations dans le champ du médico-social. Les commissions seront le lieu où seront articulés objectifs des Priac et objectifs des départements, le plus en amont possible, en ayant le souci de ne pas empiéter sur la libre administration des collectivités. Le but est de construire ensemble la meilleure organisation de soins.

**M. Guy Fischer.** – Nous nous posons nous aussi des questions.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** – Vous avez eu les réponses !

**M. Guy Fischer.** – Mme Létard défend ses convictions, cela ne signifie pas que ces politiques soient réellement applicables. Les ARS font peu de cas de l'existant. L'amendement est signé par deux présidents de conseil général. Ils ont manifestement les mêmes inquiétudes que nous.

Mais peut-être faut-il considérer l'article 26 comme une première esquisse de réforme des collectivités

territoriales, telle que pensée par le Président de la République ? Les départements ne seraient plus de véritables partenaires mais des exécutants des politiques décidées par l'État, des victimes consentantes en somme.

On mesure l'enjeu du débat : l'action des directeurs généraux des agences pourrait freiner le dynamisme dont ont fait preuve les départements comme le nôtre dans l'exercice de leurs compétences médico-sociales. Nous souhaitons que la réponse de Mme Létard se concrétise. Reste que, aujourd'hui, un des problèmes les plus difficiles à résoudre, c'est celui des personnes âgées dépendantes qui cherchent un établissement où le reste à charge ne soit pas ruineux pour elles ou leurs familles.

**M. Michel Mercier.** – Le rapporteur dit que cette question est traitée à l'article L. 1434-10. Nous reprendrons ce débat à ce moment-là...

*L'amendement n°1141 est retiré.*

*Prochaine séance aujourd'hui, mardi 26 mai 2009 à 9 h 30.*

*La séance est levée à minuit trente-cinq.*

*Le Directeur du service du compte rendu analytique :*

**René-André Fabre**

## ORDRE DU JOUR

**du mardi 26 mai 2009**

**Séance publique**

**À 9 HEURES 30**

1. Questions orales.

**À 15 HEURES ET LE SOIR**

2. Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

---

## DÉPÔT

La Présidence a reçu de M. Jean Louis Masson une proposition de loi tendant à exiger qu'en cas de plan de licenciement économique, les éventuelles offres de reclassement correspondent à des emplois et à des niveaux de salaires équivalents.