

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
EXAMEN DES ARTICLES	11
• <i>Article 31 Gouvernance des agences régionales de santé</i>	11
• <i>Article additionnel après l'article 31 Suppression de la participation de parlementaires dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé</i>	20
• <i>Article 32 Financement des établissements de santé par les collectivités territoriales</i>	21
• <i>Article 33 Recrutement de personnels des centres de santé</i>	26
• <i>Article 34 Faculté pour les départements de contribuer à la politique publique de sécurité sanitaire - Collectivités autorisées à créer et gérer des centres de santé - Compétence du département en matière de promotion de l'accès aux soins de proximité</i>	29
• <i>Article 35 Expérimentation d'une recentralisation du revenu de solidarité active</i> ..	32
• <i>Article additionnel après l'article 35 Pouvoir de contrôle du président de conseil départemental à l'égard des bénéficiaires du revenu de solidarité active</i>	40
• <i>Article 36 Compétence départementale en matière d'habitat inclusif et d'adaptation des logements au vieillissement de la population</i>	41
• <i>Article additionnel après l'article 36 Location de courte durée des résidences universitaires à des publics prioritaires</i>	50
• <i>Article 37 Création d'un centre intercommunal d'action sociale dans les métropoles et communautés urbaines</i>	52
• <i>Article 38 Transfert aux départements de la tutelle des pupilles de l'État</i>	56
• <i>Article 57 Coopération sanitaire transfrontalière</i>	60
• <i>Article additionnel après l'article 57 Coopération sanitaire transfrontalière</i>	65
• <i>Article 78 Création dans les régions d'outre-mer d'une catégorie d'EPIC compétente en matière de formation professionnelle</i>	65
EXAMEN EN COMMISSION.....	71
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)	99
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES.....	103
LA LOI EN CONSTRUCTION	107

L'ESSENTIEL

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

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

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

I. UN VOLET SANTÉ PEU AMBITIEUX : CONSACRER LE RÔLE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES COMME PARTENAIRES DE L'ÉTAT

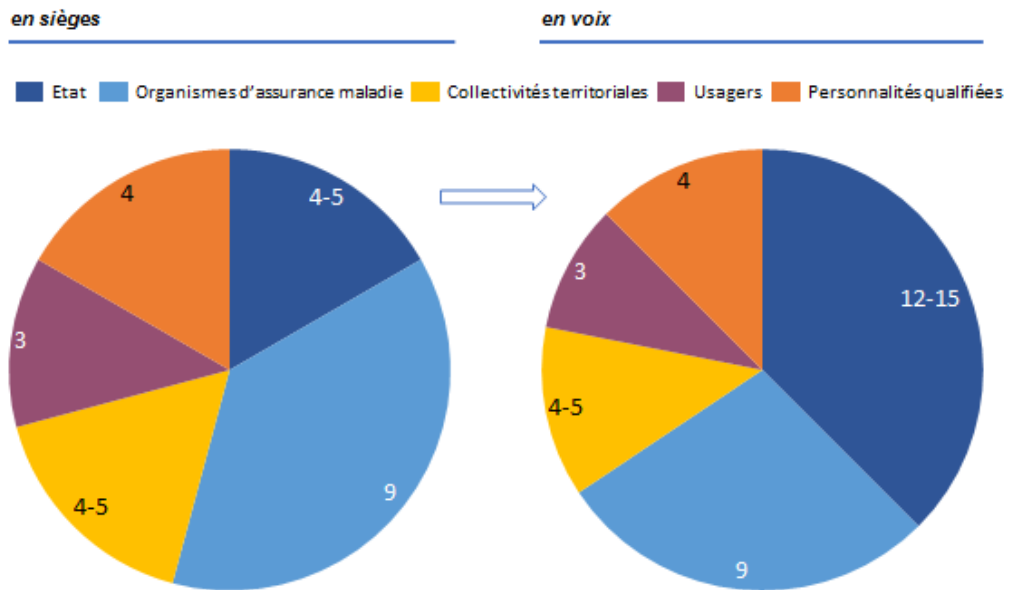
A. LA GOUVERNANCE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : UNE ÉVOLUTION A MINIMA À PARACHEVER POUR RENFORCER LE POIDS DES ÉLUS LOCAUX

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

- il attribue trois vice-présidences, dont deux à des représentants des collectivités territoriales ;

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

Composition actuelle du conseil de surveillance des ARS



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

Considérant les évolutions engagées par le projet de loi comme symboliques au regard des enjeux mis en évidence par la crise sanitaire, la commission des affaires sociales a renforcé le poids des élus locaux au sein de cette instance afin de consolider l'ancrage territorial des politiques de santé.

Les modifications adoptées se traduisent par :

- la **coprésidence du conseil d'administration par le président du conseil régional**, aux côtés du préfet de région qui préside ce conseil depuis la création des ARS ;

- le **rééquilibrage des voix** au sein de ce conseil entre les représentants de l'État - lesquels disposent à l'heure actuelle de trois voix chacun - et ceux des collectivités territoriales ;

- l'**ajout des groupements** de collectivités à la composition du conseil ;

- le **renforcement des prérogatives** de ce conseil - aujourd'hui ciblées sur le vote du budget de l'agence - **en soumettant à son approbation (plutôt qu'à son simple avis) le projet régional de santé**, document stratégique de planification de la politique de santé à l'échelon régional.

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

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

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

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

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

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

- en insistant sur le **caractère volontaire de ce concours financier, qui doit uniquement soutenir les investissements relatifs aux équipements médicaux ;**

- en prévoyant que ces contributions doivent être en **cohérence avec le schéma régional de santé ;**

- en précisant les objectifs que doivent par nature privilégier les collectivités selon leur **niveau de proximité.**

• Concernant la gouvernance des établissements de santé, la commission des affaires sociales a adopté, à l'initiative de son rapporteur pour avis, un **article additionnel après l'article 31 pour supprimer la présence de parlementaires dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé** où siègent déjà les élus locaux. Le Sénat s'était engagé, lors de l'adoption de la motion tendant à opposer la question préalable en nouvelle lecture de la proposition de loi « Ségur » au printemps dernier, à supprimer un dispositif lourd et inadapté, alors adopté sans son aval.

2. Des évolutions concernant les centres de santé

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

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



**Nombre de centres
de santé gérés par des collectivités
territoriales**



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

Source : Observatoire des centres de santé, données pour 2019

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

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

C. UNE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE EN MATIÈRE DE SANTÉ À ENRICHIR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le dispositif répond en particulier à la situation de la Guadeloupe, où l'établissement public existant a un statut d'établissement public administratif (EPA) qui l'empêche d'intervenir dans le champ concurrentiel.

La commission propose d'adopter cet article en saisissant cette occasion pour **supprimer des dispositions inappliquées et obsolètes.**

EXAMEN DES ARTICLES

Article 31

Gouvernance des agences régionales de santé

Cet article transforme le conseil de surveillance des agences régionales de santé en un conseil d'administration doté de nouvelles prérogatives et confie deux vice-présidences au sein de ce conseil à des représentants des collectivités territoriales.

La commission, considérant ces avancées insuffisantes, a adopté des amendements visant à :

- confier la co-présidence de ce conseil au président du conseil régional, aux côtés du préfet de région, et à procéder à un rééquilibrage des voix entre les représentants de l'Etat et ceux des collectivités territoriales ;

- étendre les attributions confiées à cette instance pour asseoir son rôle plus stratégique : le conseil d'administration peut se saisir de toute question entrant dans le champ de compétence de l'agence et le projet régional de santé est soumis à son approbation et non plus à son simple avis ;

- clarifier les missions des délégations départementales de ces agences.

La commission propose à la commission des lois d'adopter l'article ainsi modifié.

I – Le dispositif proposé : une évolution *a minima* du conseil de surveillance des ARS

Cet article modifie plusieurs dispositions du code de la santé publique relatives au fonctionnement des agences régionales de santé (ARS) instituées par la loi « HPST » de juillet 2009¹ et chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé. Ces modifications portent sur la composition et les attributions de leur conseil de surveillance, instance devant laquelle le directeur général de l'agence, nommé en conseil des ministres, rend compte de sa gestion au moins deux fois par an.

1. Une instance aux missions assez formelles, au sein de laquelle les représentants de l'État sont surreprésentés

Lors de la mise en place des ARS, établissements publics de l'Etat à caractère administratif, la présidence de droit de leur conseil de surveillance a été confiée par le législateur au préfet de région.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

De même, la loi a ouvert une possibilité de pondération des voix entre les membres de ce conseil qui s'est traduite, dans les dispositions réglementaires d'application, en la faveur des représentants de l'Etat : ces derniers disposent de trois voix quand les autres membres n'en disposent que d'une seule¹.

• Compte tenu de la composition de ce conseil - retracée ci-après - **les représentants de l'Etat cumulent donc, selon les configurations régionales, entre 12 et 15 voix sur un total de 32 à 36 voix.** Le président a par ailleurs voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Composition du conseil de surveillances des ARS

<i>24 à 26 membres siégeant avec voix délibérative :</i>	
Représentants de l'État : 4 membres (5 en Ile-de-France) <i>Disposent chacun de 3 voix</i>	Préfet de région, président
	Recteur de région académique (ou son représentant)
	Directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (ou son représentant)
	Un préfet de département ou un chef des services déconcentrés de l'État désigné par le préfet de région (ou son représentant)
	<i>En Île-de-France</i> , préfet de police (ou son représentant)
Représentants des organismes locaux d'assurance maladie : 9 membres <i>dont un vice-président</i>	5 membres des conseils des organismes locaux d'assurance maladie du régime général désignés par les représentants nationaux des organisations syndicales de salariés représentatives
	3 membres des mêmes conseils désignés par les représentants nationaux des organisations d'employeurs représentatives
	Le président de la caisse régionale de mutualité sociale agricole ou d'une des caisses situées dans le ressort de l'agence
Représentants des collectivités territoriales : 4 à 5 membres	Un conseiller régional désigné par le président du conseil régional et, en Corse, deux conseillers à l'assemblée de Corse, désignés par cette assemblée
	3 conseillers départementaux pour les régions comprenant de neuf à treize départements ou 2 conseillers pour les autres régions, désignés par l'Assemblée des départements de France et, en Corse, un conseiller exécutif, désigné par le président du conseil exécutif
	Le maire d'une commune ou le président d'un groupement de communes désigné par l'Association des maires de France

¹ Cf. article D. 1432-22 du code de la santé publique : « Chaque membre avec voix délibérative dispose d'une voix, sous réserve des membres mentionnés au 1° du I de l'article D. 1432-15 et du président, qui disposent, chacun, de trois voix. »

Représentants des patients, personnes âgées et handicapées : 3 membres	Un représentant d'une association de patients agréée
	Un représentant d'une association œuvrant en faveur des personnes handicapées
	Un représentant d'une association œuvrant en faveur des personnes âgées
	<i>désignés par le collège de la CRSA réunissant les associations</i>
Personnalités qualifiées : 4 membres	4 personnes qualifiées dans les domaines de compétence de l'agence, désignées par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées
<i>Membres siégeant avec voix consultative :</i>	
Représentants de l'agence	Deux représentants du personnel de l'agence élus par leurs pairs
	Le directeur général, assisté des personnes de son choix
Autres représentants pouvant participer aux travaux	L'agent comptable
	Le directeur régional des finances publiques ou, pour la région Ile-de-France, le contrôleur budgétaire et comptable du ministère chargé de la santé
	Le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)

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

- Ce conseil de surveillance a deux grands champs de compétences :
 - **dans le domaine financier** à titre principal : il **approuve le budget** et le budget annexe de l'agence (consacré notamment à la gestion des crédits du fonds d'intervention régional, le FIR), sur proposition du directeur général, ainsi que le compte financier de l'agence, également préparé par le directeur général en tant qu'ordonnateur.

Concernant le budget et le budget annexe, l'article L. 1432-3 du code de la santé publique précise que le conseil « *peut les rejeter par une majorité qualifiée* ». Selon les modalités prévues par l'article R. 1432-56 du même code, **ce vote contraire intervient à la majorité des deux tiers** des voix des membres présents ou représentés ; dans ce cas, le directeur général soumet à nouveau au conseil un projet de budget modifié dans un délai de quinze jours suivant la délibération de rejet ; à l'expiration de ce délai, ou en cas de nouveau rejet, le budget est arrêté par décision conjointe des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget. **Les représentants de l'Etat disposant de plus du tiers des voix, cette disposition n'a en pratique aucune réelle portée.**

Afin d'assurer ses missions dans ce domaine, le conseil reçoit communication chaque année, par le directeur général, d'un état financier retraçant pour l'exercice l'ensemble des charges de l'Etat, 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 ainsi que d'un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire ;

- **concernant la politique conduite par l'agence**, le conseil est chargé d'émettre un **avis, à la majorité simple, sur le projet régional de santé** avant qu'il soit arrêté ou révisé par le directeur général de l'agence¹ ainsi que sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui traduit les relations entre l'agence et ses ministères de tutelle. Au moins une fois par an, il émet également un avis sur « les résultats de l'action de l'agence ». Rien n'est précisé toutefois quant aux conséquences d'un avis qui serait négatif sur ces différents documents.

2. Le projet de loi transforme le conseil de surveillance en conseil d'administration² en ne modifiant cependant qu'à la marge sa composition et ses attributions

• L'article prévoit d'abord la désignation de **trois vice-présidents, dont deux issus des représentants des collectivités territoriales (b) du 3°**), afin d'assister le président de ce conseil, à savoir le préfet de région.

À l'heure actuelle, les conditions de désignation d'un vice-président sont définies au niveau réglementaire : l'article D. 1432-21 du code de la santé publique prévoit que le conseil de surveillance élit en son sein un vice-président parmi les représentants des organismes locaux d'assurance maladie, sans que soit précisé toutefois le rôle dévolu à cette vice-présidence. En cas d'absence ou d'empêchement du président, il appartient à un autre représentant de l'État - et non au vice-président - de présider le conseil.

De même, les attributions qui seraient confiées à ces vice-présidents ne sont pas précisées par l'étude d'impact. Le secrétariat général des ministères sociaux considère que cette mesure marque la volonté de renforcer le poids des élus locaux au sein de cette instance, suivant un engagement du Ségur de la Santé de juillet 2020, et a indiqué au rapporteur que la définition du rôle ou des prérogatives de ces vice-présidences serait fixée, après concertation, au niveau réglementaire, sans donner plus d'indication quant au contenu du futur décret.

¹ Aux termes de l'article R. 1434-1 du code de la santé publique, formulent également un avis sur le projet régional de santé et les éléments qui le constituent, à leur échéance : la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ; les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ; le préfet de région ; les collectivités territoriales de la région.

² Les 1°, 2°, a) du 3° et 4° de cet article procèdent dans divers articles du code de la santé publique à ce changement de dénomination.

• Quant aux **nouvelles attributions** confiées à ce conseil (c) et d) du 3°), elles portent sur deux volets :

- le premier volet concerne la **politique de contractualisation** avec les collectivités territoriales : le conseil est ainsi chargé de fixer, sur proposition du directeur général, les « *grandes orientations de la politique menée par l'agence en ce qui concerne la conclusion et l'exécution de conventions avec les collectivités territoriales pour la mise en œuvre du projet régional de santé* » et reçoit à cette fin du directeur général un rapport annuel sur ces conventions.

Cette politique de contractualisation s'appuie notamment sur le déploiement des contrats locaux de santé (CLS), conclus entre l'ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements pour la mise en œuvre du projet régional de santé¹ : à ce jour, selon les indications transmises au rapporteur, **313 CLS sont actifs et 200 sont en préparation ou en cours de finalisation**, couvrant près de 54% de la population. Les CPOM entre l'Etat et les ARS prévoient leur généralisation progressive, avec un objectif de couverture complète des territoires d'ici deux à trois ans.

D'après les indications du secrétariat général des ministères sociaux, l'objectif est notamment, en abordant cette politique de contractualisation en conseil d'administration, de renforcer la cohérence de ces outils. A l'heure actuelle, ces enjeux pouvaient être évoqués à l'occasion de l'avis sur le PRS ou sur les résultats annuels de l'agence, sans toutefois que cela soit expressément prévu.

- le second volet concerne **l'exécution des crédits du fonds d'intervention régional**, levier financier des ARS : le conseil se voit transmettre chaque année un « *rapport relatif aux actions financées par le budget annexe de l'agence* », ce qui correspond essentiellement au bilan d'activité du FIR. Ce bilan ex-post vient s'ajouter, pour rappel, à l'approbation ex-ante du budget annexe par le conseil : il permettra, en rendant compte de l'exécution de ce budget et des choix réalisés, de préparer le conseil d'administration pour son vote sur les prochains budgets.

¹ Aux termes du IV de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, ces contrats locaux de santé portent notamment « sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social ». En outre, les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé lorsqu'ils existent.

Le Fonds d'intervention régional (FIR)

La création du fonds d'intervention régional le 1^{er} mars 2012 a répondu à l'intention affichée de transversalité lors de la mise en place des ARS. Elle a permis de regrouper au sein d'une même enveloppe globale des crédits auparavant dispersés. Les crédits du FIR constituent depuis 2014 un sous-objectif de l'Ondam.

Depuis 2015, les **missions du FIR** ont été élargies et sont articulées autour de **cinq axes** définis à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Aux termes de cet article, ce fonds finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

1° À la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (17% des dépenses en 2019) ;

2° À l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale (28% des dépenses) ;

3° À la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire (25% des dépenses) ;

4° À l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels (29% des dépenses) ;

5° Au développement de la démocratie sanitaire (0,1% des dépenses).

En 2019, le montant des dépenses réalisées par les ARS *via* le FIR est de **3 657,7 millions d'euros**.

Les crédits du FIR, quand ils ne sont pas déjà « fléchés » sur des actions identifiées, ne sont que partiellement fongibles (*cf.* article L. 1435-9 du code de la santé publique). En outre, afin de renforcer progressivement l'adéquation des dotations régionales aux besoins de santé, un mécanisme de péréquation a été instauré en 2015, portant sur une partie des crédits du FIR (environ 60 %).

• Pour le Gouvernement, l'évolution des conseils de surveillance des ARS engagée par cet article s'inscrit dans le cadre plus global de l'engagement du Ségur de la Santé de juillet 2020, tendant à « *renforcer le dialogue territorial avec les élus en développant la présence des ARS à l'échelon départemental et en créant un conseil d'administration des ARS avec davantage de place destinées aux élus* » et à « *redonner aux ARS les moyens pour exercer leurs missions et renforcer leur capacité d'accompagnement de projet* »¹.

Les enseignements de la crise sanitaire ont montré en effet une gestion par les ARS trop éloignée du terrain et le **besoin d'un échelon départemental renforcé**, notamment pour jouer un rôle d'interface avec les élus locaux : c'est ce qu'avait mis en exergue la commission d'enquête

¹ Cf. dossier de presse du Ségur de la Santé.

sénatoriale¹ en préconisant des redéploiements de moyens entre les échelons régionaux et départementaux. Le secrétariat général des ministères sociaux a confirmé au rapporteur que ce renfort des délégations territoriales des ARS en y attirant des profils qualitativement plus adaptés était engagé dans un schéma d'emplois contraint.

Le rapporteur rappelle également les propositions de la commission² visant à redonner des marges de manœuvre aux ARS en relevant les crédits du FIR et en permettant une plus grande fongibilité des enveloppes. Ces évolutions complémentaires à celles engagées par le projet de loi sont autant de leviers indispensables pour territorialiser les politiques de santé dans le respect du cadre et des objectifs fixés au niveau national.

II - La position de la commission pour avis : donner corps à la transformation du conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration au sein duquel les élus trouvent une place renforcée

Pour la commission, cet article engage une évolution limitée du rôle comme de la composition des conseils de surveillance des ARS. Sa transformation en conseil d'administration, qui répond pourtant à des attentes exprimées par les associations d'élus, paraît en l'état symbolique. En tout état de cause, le rôle de cette instance ne correspondrait en rien à celui dévolu à un conseil d'administration « ordinaire », en charge d'administrer une organisation et d'en arrêter les orientations stratégiques.

De même, le renforcement de la place confiée aux élus locaux au sein de cette instance ne présente en l'état une portée que formelle.

Ces évolutions sont très en-deçà des propositions formulées par le rapporteur dans un rapport sur les ARS présenté en 2014³. Ce rapport, relevant le rôle limité de cette instance au sein de laquelle les représentants de l'Etat sont surreprésentés, soulignait que, pourtant, « *l'intérêt d'un tel organe de délibération réside dans sa capacité à jouer un rôle de « contre-pouvoir » du directeur général, non pas dans le sens de la contestation de ses décisions ou de ses actions mais dans celui d'une délibération collégiale critique.* » Il proposait en ce sens de confier la présidence à un élu local, d'en rééquilibrer la composition et d'élargir les missions de ce conseil.

¹ « Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 », rapport n° 199 (2020-2021) de Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, au nom de la commission d'enquête Évaluation des politiques publiques face aux pandémies, Sénat, 8 décembre 2020.

² Cf. notamment le rapport d'information n° 40 (2019-2020) de Catherine Deroche et René-Paul Savary, sur l'Ondam, 9 octobre 2019.

³ « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance », rapport d'information n° 400 (2013-2014) de MM. Jacky Le Menn et Alain Milon, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 26 février 2014.

Ces propositions ont été relayées par le Sénat, d'une part à l'initiative de la commission des affaires sociales lors de l'examen en 2019 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, d'autre part dans le cadre des « 50 propositions du Sénat pour le plein exercice des libertés locales » présentées le 2 juillet 2020. La proposition n° 26 consiste à confier la présidence du conseil de surveillance des ARS au président du conseil régional pour renforcer le rôle des régions dans la gouvernance de la politique de santé, tout en rééquilibrant la composition de cette instance en faveur des représentants des territoires et en renforçant ses prérogatives afin que cet organisme joue un véritable rôle d'orientation.

Dans ce contexte, la commission a adopté plusieurs amendements pour donner du sens à la transformation du conseil de surveillance des ARS en conseil d'administration et y asseoir le poids des élus locaux.

- **La co-présidence par le président de région**

Les amendements identiques COM-792 du rapporteur pour avis, COM-1196 du rapporteur pour avis au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, COM-110 de M. Genet, COM-244 de Mme Boyer et COM-382 de M. Hervé confient au président du conseil régional (ou son représentant) la présidence du conseil d'administration des ARS, conjointement avec le préfet de région.

Cette évolution paraît en effet plus conforme au statut de ces agences et au cadre de partage des responsabilités entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière de santé. La politique de santé est en effet une prérogative d'Etat, mais sa déclinaison au niveau régional et territorial ne peut se faire sans l'implication des collectivités territoriales pour bien prendre en compte les besoins et particularités des territoires.

- **Un rééquilibrage du poids des élus au sein de ce conseil**

Parallèlement, l'amendement COM-791 du rapporteur pour avis propose de rééquilibrer le poids des élus locaux au sein du conseil d'administration, en confiant à leurs représentants le même nombre de voix qu'aux représentants de l'Etat, que ce soit en modulant le nombre de représentants des collectivités territoriales ou la pondération des voix.

Comme l'évolution précédente (co-présidence par le président de région), cette évolution vise à conforter l'autonomie des ARS que leur confère leur statut d'établissement public. Elle traduit également le fait que les collectivités territoriales doivent être regardées comme des partenaires de l'Etat dans la conduite des politiques de santé, comme elles l'ont été, de facto, dans la gestion de la crise sanitaire.

En outre, les **amendements identiques COM-790 du rapporteur pour avis, COM-199 de Mme Micouleau et COM-438 de Mme Estrosi Sassone** complètent la composition du collège des élus du conseil d'administration des ARS en y ajoutant la **représentation des groupements** de collectivités, les structures intercommunales étant également impliquées dans la politique de santé et l'élaboration des contrats locaux de santé.

- **Un renforcement des attributions du conseil, notamment par l'approbation du projet régional de santé**

L'**amendement COM-789 du rapporteur pour avis** entend donner corps à la volonté de donner un rôle plus stratégique au conseil d'administration des ARS, que traduit son changement de dénomination :

- d'une part, il **soumet le projet régional de santé à l'approbation formelle de ce conseil**. En effet, ce plan constitue le document stratégique traduisant les orientations de la politique de santé à l'échelon régional à un horizon de cinq à dix ans. Actuellement arrêté par le directeur général de l'ARS, il est soumis pour avis au conseil de surveillance, cet avis n'ayant qu'une portée consultative ;

- d'autre part, il **ouvre la possibilité à ce conseil de se saisir de toute question** entrant dans le champ de compétences de l'agence, en fonction du contexte territorial.

L'**amendement COM-865 de M. Théophile** et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, adopté avec avis favorable du rapporteur pour avis, mentionne en outre la contractualisation avec les groupements dans le champ des attributions nouvelles confiées au conseil d'administration, ces groupements pouvant en effet conclure des contrats locaux de santé.

- **La précision des missions des délégations départementales**

La commission a adopté, avec un avis de sagesse du rapporteur pour avis, l'**amendement COM-815 de M. Jomier** et des membres du groupe socialiste, écologiste et républicain renvoyant au décret le soin de définir les missions des délégations départementales des ARS, après consultation des associations d'élus locaux. Alors que la crise sanitaire a montré la nécessité de renforcer le rôle d'interface de ces délégations avec les élus, l'objectif est de territorialiser la définition de ces missions et de développer la démocratie sanitaire à cet échelon local.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 31

Suppression de la participation de parlementaires dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé

Cet article additionnel supprime la participation de parlementaires au conseil de surveillance des établissements publics de santé.

À l'occasion de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, l'Assemblée nationale a adopté en nouvelle lecture, contre la position du Sénat, une disposition ouvrant la voie à la participation de parlementaires au conseil de surveillance des établissements publics de santé, avec voix consultative.

Le dispositif ainsi introduit est particulièrement lourd et inadapté : il prévoit que le sénateur du département appelé à y siéger est désigné par la commission des affaires sociales du Sénat, à rebours de la prérogative de désignation au sein d'organismes extra-parlementaires exercée par le président du Sénat en vertu de l'article 9 du Règlement du Sénat.

D'une part, rien ne fait obstacle à l'heure actuelle à ce que les parlementaires puissent assister au conseil de surveillance des hôpitaux de leur département ou circonscription d'élection. Le dispositif introduit se révèle donc finalement plus restrictif.

D'autre part, la commission avait considéré inopportun d'introduire la présence d'élus nationaux dans une instance au sein de laquelle sont déjà représentés des élus locaux, conformément à la volonté exprimée par le Sénat lors des travaux préparatoires à la loi du 3 août 2018 de limiter le nombre des organismes extra-parlementaires et par là-même les sollicitations multiples de l'agenda des parlementaires afin de leur permettre de recentrer leur activité sur les travaux de leur assemblée.

La commission a donc adopté **l'amendement COM-793 de son rapporteur supprimant ces dispositions**, suivant un engagement pris par le Sénat dans le vote, en nouvelle lecture sur ce texte, de la motion tendant à opposer la question préalable.

La commission propose à la commission des lois d'adopter un article additionnel ainsi rédigé.

Article 32

Financement des établissements de santé par les collectivités territoriales

Cet article vise à permettre aux collectivités territoriales de participer au financement de l'investissement des établissements de santé.

La commission propose de limiter ces participations à de seules contributions volontaires et destinées aux investissements relatifs aux équipements.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé

A. Combler une lacune juridique sur la possibilité pour une collectivité de soutenir financièrement un établissement de santé

Le Gouvernement entend donner une **base juridique aux collectivités territoriales qui le souhaitent de participer au financement de l'investissement d'établissements de santé.**

En effet, la seule disposition légale prise comme référence pour permettre des soutiens financiers des collectivités aux établissements de santé est l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT). Cet article, qui porte essentiellement sur les aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé, prévoit également que « **Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales** ».

La jurisprudence administrative a précisé ce que pouvait couvrir la permanence des soins, précisant notamment « *l'organisation de la régulation des appels des patients et de l'accès à ceux-ci à un médecin de permanence, qui peut être libéral, la continuité des soins devant être assurée par la mise à disposition de moyens* »¹. Dans les faits, les financements des collectivités, quand ils existent, prennent accroche sur ce motif de permanence des soins, avec la mise en évidence d'un **impact des projets soutenus sur les services d'urgence des établissements**. C'est d'ailleurs cette justification qui avait permis de sécuriser le soutien financier de trois intercommunalités de Savoie aux hôpitaux du Léman en 2019.

Le Gouvernement² considère que, s'il y a d'une part une incertitude sur la présence des établissements de santé dans le champ de l'article L. 1511-8 du CGCT, il n'y a d'autre part aucune base légale permettant aux collectivités de participer aux programmes d'investissement de ces derniers.

¹ Cour administrative d'appel de Paris, 10 novembre 2011, n°11PA01228.

² Étude d'impact du projet de loi.

Il convient de rappeler qu'historiquement, si les collectivités ne financent pas directement les établissements de santé, elles y participent régulièrement en mettant notamment à disposition des terrains et des réseaux viables.

B. Une faculté nouvelle et large donnée à l'ensemble des collectivités en faveur du soutien à l'investissement des établissements de santé

Le présent article codifie la possibilité pour les collectivités de « **participer au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics et privés** ».

Les établissements de santé recouvrent :

- **les établissements publics de santé ;**
- les hôpitaux des armées ;
- **les établissements de santé privés à but non lucratif ;**
- **les établissements de santé privés à but lucratif ;**
- les hôpitaux de proximité, qui peuvent être de statut public ou privé.

- Le Gouvernement a fait le choix de codifier ces dispositions au sein du code de la santé publique (CSP) et non du CGCT, ce qui aurait pu présenter une cohérence avec les dispositions existantes sur l'intervention financière des collectivités territoriales en soutien à l'offre de soins. L'étude d'impact justifie ce choix par deux principales raisons :

- dans le cas des communes, cette disposition est redondante avec la clause de compétence générale ;

- dans le cas du département et des régions, l'imputation dans le CGCT aurait complété des articles sur les attributions des collectivités par une disposition relative à la seule possibilité de financement, juxtaposition jugée peu cohérente.

Ainsi, trois articles identiques sont créés au sein du CSP : **les articles L. 1422-3, L. 1423-3 et L. 1424-2, respectivement pour les communes et leurs groupements, les départements et les régions.**

II - La position de la commission

Si la commission soutient la volonté de permettre aux collectivités volontaires de contribuer au financement des investissements des établissements de santé, elle a souhaité encadrer le dispositif du présent article.

A. La participation des collectivités ne doit être que volontaire

1. Une association des élus locaux à l'investissement en attente de concrétisation

Le Gouvernement revendiquait, dans les conclusions du Ségur de la santé, **une nouvelle méthode pour les investissements en santé et le plan annoncé à hauteur de 19 milliards d'euros**, avec notamment la suppression du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo). **Le nouveau conseil national de l'investissement en santé (CNIS) doit s'accompagner d'une plus grande territorialisation des choix d'investissements**, avec une déconcentration renforcée et une association des élus locaux et nationaux.

Interrogé sur la mise en œuvre de cette intention, le ministre des solidarités et de la santé avait répondu devant la commission des affaires sociales du Sénat lors de l'examen du PLFSS qu' « *Il s'agit de changer la donne concernant la participation des élus à la construction des projets de santé dans les territoires, en les associant véritablement. Par ailleurs, nous donnons la possibilité aux collectivités qui le souhaitent de participer au pot commun - n'y voyez pas malice !* »¹. **Si la faculté nouvelle est bien ici donnée, l'association des élus demeure encore à préciser**, la circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 demandant essentiellement aux services déconcentrés de prendre l'attache des collectivités volontaires pour contribuer au financement.

2. Une crainte d'un désengagement de l'État et un risque pour des collectivités financièrement contraintes

La commission a formulé des craintes quant à cette nouvelle faculté donnée aux collectivités territoriales.

Le rapporteur et la commission souhaitent que les collectivités souhaitant soutenir l'investissement en santé aient la possibilité de le faire. Cependant, ils **redoutent que cette participation aujourd'hui présentée comme volontaire et facultative devienne rapidement une attente systématique et soit requise par l'État pour le maintien d'établissements dans certains territoires**.

Interrogé sur les attentes en matière de montants ou de types de projets soutenus, le Gouvernement n'a pas donné de réponse précise.

- Aussi, sur ce constat, la commission a souhaité, à l'initiative du rapporteur, un amendement COM-794 visant à **modifier la rédaction proposée afin de souligner le caractère strictement volontaire du soutien financier des collectivités territoriales ainsi que la nature de ce financement : un concours** et non une contribution au même rang que les

¹ *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 - Audition de MM. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, et Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics - 7 octobre 2021.*

financeurs classiques que sont l'État et l'Assurance maladie. Cet amendement a été sous-amendé à l'initiative de M. Vanlerenberghe (COM-1110) afin de préciser dans la rédaction la bonne intégration des établissements de santé privés à but non lucratif.

3. Le souci d'un égal accès aux soins sur le territoire national

Avec les réserves formulées à l'égard de cet article, le rapporteur et la commission souhaitent insister sur le caractère national de la politique de santé et, surtout, sur **la nécessité de garantir à l'ensemble de la population, quel que soit le territoire, une offre de soin de qualité.**

Ces craintes étaient déjà soulevées par Olivier Véran, alors député missionné par le Gouvernement, dans le rapport sur le financement des établissements de santé¹ qu'il remit en 2016, dans lequel il estimait que la participation des collectivités au financement des établissements de santé pouvait notamment trouver une justification dans l'impact que peuvent avoir ces derniers dans l'aménagement du territoire et l'emploi. Plusieurs réserves substantielles étaient cependant soulignées, Olivier Véran considérant par exemple que *« au regard du différentiel de potentiel fiscal entre les territoires, une généralisation des financements croisés de la part des collectivités est à éviter. Le risque serait en effet grand dans le cas contraire d'induire d'importantes inégalités de ressources entre établissements, et de renforcer ainsi les inégalités territoriales de santé »*. En outre, *« Les financements croisés, en soumettant les acteurs de terrain à de fortes pressions locales, peuvent également entraîner un manque de cohérence des investissements avec l'organisation des soins définie au niveau national »*. Le député concluait alors que *« Le financement par les collectivités territoriales n'est donc pas nécessairement un facteur d'efficience, et ce d'autant plus qu'il suscite de surcroît, en cas de généralisation du modèle, un problème d'équité entre les contribuables »*.

La possibilité donnée aux collectivités de contribuer à l'investissement des établissements de santé ne doit pas se traduire par un renforcement des inégalités territoriales, entre des territoires « riches » qui auraient les moyens de contribuer à une offre de meilleure qualité, et des territoires délaissés où les collectivités exsangues financièrement seraient dans l'incapacité de favoriser ces investissements.

B. Le soutien à l'investissement doit s'intégrer dans une vision cohérente de l'offre de soins

1. Une exclusion des investissements immobiliers qui doivent relever des seuls crédits nationaux

L'étude d'impact précise qu'il s'agit de donner une base légale aux collectivités en vue de « contribuer au financement des actions et opérations du

¹ « L'évolution des modes de financement des établissements de santé – Une nouvelle échelle de valeur », Dr Olivier Véran, 2016.

programme d'investissement, notamment immobilières, de mise aux normes de sécurité ou d'investissements mobiliers importants en lien avec ces objectifs ou ceux d'adaptation ou de transformation de l'offre de soin, prévues dans le cadre de ces programmes ».

Le rapporteur et la commission ne partagent pas l'appréciation du Gouvernement sur les opérations qui auraient vocation à être couvertes pour tout ou partie par des contributions des collectivités territoriales. Comme le rappelle le rapporteur, il ne s'agit par exemple pas ici de transferts de propriété des établissements publics de santé qui demeurent bien la seule propriété de l'État.

- La commission a ainsi souhaité **réserver la possibilité de concours des collectivités au financement des seuls investissements relatifs aux équipements médicaux**, modification également apportée par l'amendement COM-794 du rapporteur.

2. Un soutien à l'investissement qui doit s'inscrire dans la planification territoriale et être cohérent selon les échelons de collectivités

Les soutiens aux programmes d'investissements des établissements de santé ne doivent pas conduire à des doublons dans l'offre de soins ou à des initiatives non coordonnées, voire à des concurrences entre territoires.

- Aussi, la commission a veillé à inscrire par l'amendement COM-795 du rapporteur que **les soutiens aux investissements s'inscrivent bien dans les objectifs du schéma régional de santé**.

Alors que l'article proposé ouvre une capacité indifférenciée à l'ensemble des collectivités, **le rapporteur a souhaité préciser le champ d'action légitime de chaque catégorie de collectivités**. Tenant compte de la clause de compétence générale attribuée aux communes, aucune précision n'est apportée sur cet échelon, qui peut avoir vocation à soutenir des équipements de proximité comme des centres hospitaliers importants dans les grandes villes. La commission a ainsi précisé, dans le cas des départements et des régions, les établissements qui devaient en priorité être visés par d'éventuels soutiens financiers des collectivités.

- Deux modifications sont ainsi apportées par l'amendement COM-796 du rapporteur, adopté par la commission. En cohérence avec l'article 34 du présent projet de loi qui prévoit une compétence du département en matière de soins de proximité, **l'action des départements doit se concentrer sur les établissements de proximité quand**, en cohérence avec les compétences de **la région** en matière de recherche et de formation, celle-ci **devrait naturellement privilégier, le cas échéant, les établissements de rang régional ou national**.

3. Une vigilance concernant le droit de l'Union européenne

La commission s'est interrogée sur l'opportunité de réserver les contributions des collectivités aux seuls établissements participant au service

public hospitalier. Elle n'a cependant **pas souhaité exclure la capacité de soutenir des établissements privés à but lucratif**, laissant les collectivités juger de la pertinence au cas par cas. Surtout, cette restriction aurait porté un risque juridique, étant vraisemblablement **contraire aux règles européennes en matière d'aides d'État**.

Toujours en matière de conformité au droit de l'Union européenne, il convient de rappeler que les établissements de santé, même publics, sont considérés en France comme **des entreprises au regard du droit communautaire, avec des missions de service d'intérêt économique général**. Aussi, **les établissements doivent justifier qu'il n'y a pas, dans leur financement, de surcompensation de leurs missions de service public**. L'article L. 6116-3 du code de la santé publique prévoit l'application de cette règle européenne avec un critère qu'est le dépassement du taux de bénéfice raisonnable. Il reviendra aux agences régionales de santé et aux établissements de veiller à ce que les concours des collectivités ne conduisent pas à de tels dépassements.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 33

Recrutement de personnels des centres de santé

Cet article tend à préciser que les professionnels - administratifs ou de santé - exerçant au sein des centres de santé créés et gérés par des collectivités territoriales peuvent être des agents de ces collectivités.

La commission a adopté un amendement ajoutant la référence aux groupements également susceptibles de créer et de gérer de tels centres.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

I - Une précision introduite dans un objectif de sécurisation juridique, qui traduit une pratique déjà en vigueur dans les centres de santé

- Les professionnels exerçant dans les centres de santé - qu'ils soient professionnels de santé ou personnels administratifs - ont le statut de **salariés** (cf. article L. 6323-1-5 du code de la santé publique), ce qui distingue notamment ces structures d'exercice regroupé des maisons de santé pluri-professionnelles caractérisées par l'exercice libéral des praticiens.

Les centres de santé, un levier d'accès aux soins de proximité

Suivant l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, les centres de santé peuvent être créés et gérés :

- soit par des organismes à but non lucratif (associations, mutuelles...),
- soit par des collectivités territoriales ou EPCL,
- soit par des établissements publics de santé ou des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé,
- soit par une société coopérative d'intérêt collectif.

Début 2021, l'observatoire des centres de santé compte 2 489 centres de santé, contre 2 040 en 2019, dont 691 centres médicaux ou polyvalents.

Plus précisément en 2019, près de 9,4% de l'ensemble des centres de santé (soit 192 centres) et 24% des centres de santé médicaux ou polyvalents¹ (soit 167 centres) sont gérés par des collectivités territoriales.

Les collectivités gestionnaires sont essentiellement des communes ou intercommunalités. Toutefois, des départements comme la Saône-et-Loire², la Corrèze, la Dordogne, la Vendée ou encore, en juin 2020, l'Orne, ont également porté des projets de centres de santé départementaux déclinés en centres territoriaux, afin de favoriser l'accès aux soins de proximité dans les territoires. En outre, certaines régions s'investissent également dans la création de centres de santé, comme le Centre-Val de Loire et l'Occitanie.

• Le présent article complète ces dispositions pour préciser que les professionnels exerçant dans des centres de santé « *peuvent être* » **des agents des collectivités territoriales** quand ces dernières en assurent la gestion, afin de leur permettre d'affecter dans ces centres leurs propres agents, qu'ils soient d'ailleurs contractuels ou statutaires.

Cette précision, qui reste malgré tout assez vague, vise d'après la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale des collectivités locales (DGCL) à « *sécuriser ces recrutements au moyen d'une formulation sans équivoque* », sans pour autant que les éventuelles difficultés pratiques présentées par la rédaction actuelle ne soient présentées dans l'étude d'impact ou n'aient été explicitées au rapporteur.

En effet, **les personnels des centres de santé gérés par des collectivités territoriales peuvent déjà être recrutés sur la base des cadres d'emplois existants de la fonction publique territoriale**. D'après la fédération nationale des centres de santé (FNCS), ce statut est fréquent pour les personnels des centres exerçant des fonctions administratives. Des filières correspondent également pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes,

¹ Les autres centres de santé sont essentiellement des centres dentaires (857 en 2019) et des centres de soins infirmiers (492 en 2019).

² Après près de trois années de fonctionnement, 6 centres de santé et 22 antennes médicales sont opérationnels dans ce département ; près de 60 médecins généralistes ont rejoint le projet.

sages-femmes ou psychologues, offrant des possibilités de détachement depuis la fonction publique hospitalière ou la fonction publique d'Etat.

En revanche, d'après les indications de la FNCS, **cela n'est pas le cas pour les médecins et chirurgiens-dentistes**, recrutés sous un statut de contractuel à défaut d'un cadre d'emplois de praticien ambulatoire permettant leur intégration dans la fonction publique territoriale.

II - La position de la commission pour avis : l'approbation, sous réserve d'une coordination, d'une mesure de portée très limitée

Cet article ne présente pas, sur le fond, une grande portée dans la mesure où, comme cela a été expliqué, il se limite à poser dans la loi des dispositions déjà appliquées en pratique. Sur la forme, l'éclatement des mesures relatives aux centres de santé dans deux articles (les articles 33 et 34) ne garantit pas une lisibilité optimale. Il est d'ailleurs étonnant que l'étude d'impact relative à l'article 33 porte de fait sur les dispositions inscrites à l'article 34, ce qui entretient une certaine confusion.

Si la mesure proposée ne soulève pas d'objection particulière, les véritables enjeux sont esquivés.

Comme l'a relevé la FNCS, le texte ne règle pas l'absence de statut pour les praticiens (médecins et chirurgiens-dentistes), qui induit des rémunérations hétérogènes et une relative précarité. Même si le salariat proposé dans les centres de santé est attractif pour les jeunes médecins (le **nombre de médecins salariés par les centres de santé est passé de 3 985 en 2012 à 7 964 en 2020**, soit un taux de croissance moyen de 9% par an), cette situation ne permet pas de leur proposer une carrière continue ou des passerelles avec le statut de praticien hospitalier, et ne facilite pas les possibilités d'exercice mixte. Pour le rapporteur, une étude plus approfondie de ce sujet par les administrations concernées, qui ne relève pas du champ de ce projet de loi, sera nécessaire.

Sous réserve de ces observations, la commission a adopté un **amendement COM-797 de son rapporteur visant à mentionner les groupements de collectivités** également autorisés à créer et gérer des centres de santé aux termes de l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 34

Faculté pour les départements de contribuer à la politique publique de sécurité sanitaire – Collectivités autorisées à créer et gérer des centres de santé – Compétence du département en matière de promotion de l'accès aux soins de proximité

Cet article propose de limiter la capacité de création des centres de santé aux communes et départements et de donner compétence aux départements en matière de contribution à la politique de sécurité sanitaire et de promotion de l'accès aux soins de proximité.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article avec une modification rédactionnelle.

I - Le dispositif proposé

Si cet article est présenté comme relatif à la contribution des départements à la politique de sécurité sanitaire, trois sujets très distincts figurent cependant dans celui-ci.

A. La contribution des départements à la politique de sécurité sanitaire

Le III et le IV entendent **donner au département une compétence de participation à la politique de sécurité sanitaire.**

Les dispositions sont codifiées par une modification au **III de l'article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT)** prévoyant que le département « contribue à la politique de sécurité sanitaire » avec un renvoi à un article créé au sein du code rural et de la pêche maritime (CRPM).

Le IV abroge le V de l'article L. 201-10 du CRPM qui prévoyait que « **Les départements participent à la veille sanitaire par l'intermédiaire des laboratoires d'analyse départementaux.** » et crée un **nouvel article L. 201-10-1.**

Cet article codifié précise les modalités de **participation du département à la politique publique de sécurité sanitaire**, prévoyant que celle-ci s'exerce par les laboratoires d'analyse départementaux, l'organisation vétérinaire à vocation technique ainsi que par leurs sections départementales et par les organismes de lutte et d'intervention contre les zoonoses.

Organismes départementaux participant à la sécurité sanitaire

- **Les laboratoires d'analyse départementaux** sont l'instrument du département pour exercer sa mission de veille sanitaire prévue par le CRPM.

- **Les organismes à vocation sanitaire (OVS)** sont régis par les articles L.201-9 à L.201-13 du CRPM. Ils désignent « **toute personne morale dont l'objet essentiel est l'amélioration de l'état sanitaire des animaux**, des végétaux, des produits végétaux, des aliments pour animaux ou des denrées alimentaires d'origine animale dans le secteur d'activité et l'aire géographique sur lesquels elle intervient »

- **Les groupements de défense sanitaire (GDS)** reconnus en qualité d'organisme à vocation sanitaire sont des **associations départementales d'éleveurs des différentes espèces animales de rente participant à la surveillance sanitaire des animaux et à la prévention des maladies**, mission qu'ils exercent parallèlement à des activités de conseil et formation, par exemple à destination des éleveurs récemment installés.

- Le financement des GDS repose sur une participation forfaitaire des éleveurs majorée d'une cotisation par tête de cheptel et de frais divers. Par ailleurs, si les GDS sont très majoritairement financés par leurs adhérents, ils se sont vus confier, par l'État, des missions d'organisation et de contrôle des prophylaxies dans certaines zones d'élevage sensibles (grippe aviaire, brucellose bovine, ...).

- **L'ELIZ (Entente de Lutte interdépartementale contre les Zoonoses)** a été créée le 1er septembre 1973 sous le nom d'Entente Interdépartementale de Lutte Contre la Rage.

Initialement constituée de sept départements de l'Est, elle compte aujourd'hui une trentaine de départements membres. **Près de 75% de ses recettes sont issues des départements.**

Source : d'après l'étude d'impact du projet de loi

L'étude d'impact précise qu'il s'agit avant tout de permettre au département de contribuer au financement des activités de ces organismes, alors qu'une difficulté juridique existe depuis la perte par le département de la clause de compétence générale.

Dans le cas des laboratoires publics d'analyse, une aide à ces organismes contreviendrait en outre aujourd'hui à la compétence donnée à la seule région en matière d'aide aux entreprises.

B. La capacité de création ou de gestion des centres de santé réservée aux communes, à leurs groupements et aux départements

Le I de l'article **modifie l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique (CSP) relatif aux centres de santé**. Le Gouvernement entend renforcer juridiquement la disposition, l'étude d'impact mettant en avant un risque lié à la perte de la clause de compétence générale par les départements.

L'article procède ainsi au **remplacement du mot « collectivités » par la mention expresse des communes et départements**, afin de bien marquer l'inclusion de ces derniers. La nouvelle rédaction codifiée réserverait donc la capacité de création et de gestion de centres de santé au bloc communal et aux départements, excluant les régions.

C. La promotion de l'accès aux soins de proximité confiée aux départements

Le II du présent article **modifie l'article L. 3211-1 du CGCT** afin de d'ajouter aux compétences du département une compétence pour promouvoir « l'accès aux soins de proximité ».

Le Gouvernement entend ici renforcer l'identification du département comme collectivité de la sphère sociale.

II - La position de la commission

A. Un soutien lucide sur la contribution à la politique de sécurité sanitaire

La commission soutient cette disposition qui, comme le souligne lui-même le Gouvernement, **rétablit un champ traditionnel d'intervention des départements et complète la mission de « veille sanitaire »** à laquelle les départements contribuaient déjà en application de l'article L. 201-10 du CRPM. En cela, l'article 34 peut être perçu comme une correction d'une erreur collatérale de la loi NOTRe.

Cependant, le soutien de la commission à cette compétence est lucide : **comme le revendique le Gouvernement dans l'étude d'impact, il s'agit bien de demander aux départements de contribuer au financement d'établissements nécessaires à la sécurité sanitaire** qui se trouvent aujourd'hui en tension financière.

B. Une limitation de la capacité de créer et gérer des centres de santé en cohérence

La commission s'est interrogée sur la pertinence d'exclure les régions de cette possibilité de création et de gestion des centres de santé, le rapporteur ayant constaté les projets soutenus par les régions Centre-Val de Loire et Occitanie par exemple.

Cependant, dans la mesure où **les centres de santé sont un outil de maillage territorial ayant vocation à assurer une offre de santé de proximité, cette limitation a paru cohérente au rapporteur, au regard de la nouvelle compétence donnée au II du présent article**. Le rapporteur note également qu'**historiquement, ce sont bien les communes qui ont soutenu ces structures** ; il convient de conserver cette compétence pertinente par la proximité de la collectivité qui en a la charge.

Les projets régionaux ne s'étant, selon les informations reçues par le rapporteur, pas concrétisés sous la forme d'une création par la région elle-même mais par des soutiens financiers, la suppression de ce droit pour les régions ne pose a priori pas de problème de sécurité juridique.

Enfin, par cohérence, la commission a noté que cette disposition aurait pu utilement trouver sa place dans l'article 33, relatif aux personnels des centres de santé, et non dans le présent article.

Sur ce I, la commission a adopté un **amendement rédactionnel** COM-798 pour harmoniser la rédaction retenue dans le code concernant le bloc communal, avec les communes et leurs groupements.

C. Une compétence en trompe l'œil donnée aux départements

L'étude d'impact est sur ce II donnant compétence en matière d'accès aux soins de proximité, très silencieuse, preuve du caractère relativement cosmétique de cette modification. En effet, **il ne s'agit pas ici d'un transfert de compétence** – aucune compensation n'étant prévue – ni réellement d'une création ex nihilo.

Ainsi, **cette compétence sanitaire donnée se trouve insuffisamment incarnée** : il ne suffit pas de proclamer un renforcement du rôle du département en matière sociale, préciser les attentes produites par cette disposition aurait été nécessaire. Force est de constater que cette compétence ne trouve de **concrétisation que par le I du présent article, à savoir la compétence en matière de centres de santé.**

En d'autres mots, il est difficile de voir dans ce I et ce II autre chose qu'**une modification à droit constant et donc in fine, un dispositif décevant.**

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 35

Expérimentation d'une recentralisation du revenu de solidarité active

Cet article prévoit d'expérimenter pendant cinq ans, dans des départements volontaires, la recentralisation des compétences, actuellement dévolues aux conseils départementaux, d'instruction administrative, d'attribution, de contrôle administratif et de financement du revenu de solidarité active (RSA) et du revenu de solidarité en outre-mer (RSO).

La commission propose à la commission des lois de supprimer cet article.

I – Le dispositif proposé : l’expérimentation d’un transfert à l’État de compétences liées au RSA

A. Une compétence que les départements n’ont pas les moyens d’assumer

1. Une compétence départementale depuis 2003

La loi a confié en 2003 aux départements la responsabilité et le financement du revenu minimum d’insertion (RMI)¹. Il s’agit d’une des premières compétences transférées par l’État aux collectivités territoriales dans le cadre de « l’acte II » de la décentralisation. Les conditions d’accès au RMI et la détermination de son barème ont cependant été laissées aux mains de l’État.

Ce choix a été confirmé en 2008 avec la création du revenu de solidarité active (RSA)². Le surcoût associé au RSA, correspondant notamment au volet « complément de revenus » de l’allocation, a toutefois été mis à la charge de l’État³.

La création en 2015 de la prime d’activité n’a pas remis en cause cette répartition, le « RSA socle » restant à la charge des départements tandis que la prime d’activité est entièrement financée par l’État⁴. Par exception, l’État finance le RSA lorsqu’il est attribué à des personnes de moins de 25 ans sous condition d’activité (voir l’encadré ci-dessous)⁵.

Le revenu de solidarité active

Le revenu de solidarité active (RSA) est le premier minimum social en France en nombre d’allocataires, avec 2,1 millions de foyers bénéficiaires fin octobre 2020. En comptant les conjoints et les enfants à charge, 3,85 millions de personnes étaient couvertes par le RSA fin 2018, soit 5,8 % de la population⁶.

Aux termes de l’article L. 262-4 du code de l’action sociale et des familles (CASF), le bénéfice du RSA est subordonné au respect des conditions suivantes :

- être âgé de plus de 25 ans ou assumer la charge d’un ou plusieurs enfants nés ou à naître ;
- être français ou titulaire, depuis au moins cinq ans, d’un titre de séjour autorisant à travailler ;

¹ Loi n° 2003-1200 du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d’insertion et créant un revenu minimum d’activité.

² Loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d’insertion.

³ Ce coût était initialement financé par un prélèvement additionnel de 1,1 % sur les revenus du capital abondant un fonds spécifique pour le RSA, le Fonds national des solidarités actives.

⁴ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l’emploi.

⁵ Art. L. 262-24 du code de l’action sociale et des familles.

⁶ Source : DREES.

- ne pas être élève, étudiant ou stagiaire, sauf si le bénéficiaire est parent isolé et perçoit un RSA majoré à ce titre ou si ses revenus d'activité sont supérieurs à 500 euros en moyenne par mois ;

- ne pas être en congé parental, sabbatique, sans solde ou en disponibilité.

Par ailleurs, la loi de finances pour 2010 a étendu le RSA aux personnes de moins de 25 ans justifiant de deux ans d'activité en équivalent temps plein au cours des trois années précédant la demande¹.

Le RSA est une allocation différentielle qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le seuil d'un revenu garanti, ou montant forfaitaire, dont le barème varie selon la composition du foyer. Ainsi, le RSA est versé tant que les revenus du foyer bénéficiaire sont inférieurs à ce montant. Au 1^{er} avril 2021, celui-ci est fixé à 565,34 euros pour une personne seule sans enfant. Il est de 848,01 euros pour une personne avec un enfant ou pour un couple sans enfant. Depuis 2017, il est revalorisé chaque année en fonction de l'inflation.

Les compétences relatives à la gestion du RSA se répartissent ainsi de la manière suivante :

• **L'instruction des demandes de RSA incombe aux organismes auprès desquels elles ont été déposées**, qui peuvent être les services du département mais aussi le centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS) du lieu de domicile du demandeur, lorsque son conseil d'administration a décidé de le charger de cette mission, les associations ou organismes à but non lucratif auquel le président du conseil général a délégué cette instruction, la CAF ou la caisse de MSA, ou encore Pôle emploi dans le cadre d'une convention conclue avec la CNAF et la CCMSA².

• Le revenu de solidarité active est **attribué par le président du conseil départemental** du département dans lequel le demandeur réside ou a élu domicile³.

• Le **service du RSA** est assuré, dans chaque département, **par les caisses d'allocations familiales (CAF)** et, pour leurs ressortissants, par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA)⁴.

• Selon la situation du bénéficiaire, lorsqu'il est soumis aux « droits et devoirs », celui-ci est **orienté par le président du conseil départemental** vers le service public de l'emploi ou les autorités ou organismes compétents en matière d'insertion sociale⁵.

¹ Loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010 – Article 135.

² Art. L. 262-15, D. 262-26 et D. 262-28 du code de l'action sociale et des familles.

³ Art. L. 262-13 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Art. L. 262-16 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ Art. L. 262-29 du code de l'action sociale et des familles.

• **Le département est responsable de l'insertion sociale et professionnelle** des bénéficiaires du RSA. Le programme départemental d'insertion (PDI) définit la politique départementale d'accompagnement social et professionnel, recense les besoins et l'offre locale d'insertion et planifie les actions correspondantes¹.

2. Une charge insoutenable pour certains départements

Si le RSA est financé par les départements, son coût fait l'objet d'une **compensation par l'État** dans le cadre des articles L. 1614-1 et suivants du code général des collectivités territoriales (CGCT).

Le montant de cette compensation est toutefois jugé insuffisant par l'Assemblée des départements de France (ADF), en particulier depuis les revalorisations exceptionnelles du RSA intervenues entre 2013 et 2017, qui ont donné lieu à une hausse de 10 % du montant de l'allocation². Le reste à charge pour les départements s'est de ce fait alourdi. À la suite d'un recours contentieux formé par plusieurs départements, un arrêté a récemment fixé à 1,4 milliard d'euros par an, à compter du 1^{er} septembre 2018, le montant des accroissements de charges résultant pour les départements de ces revalorisations exceptionnelles³.

La dynamique combinée des dépenses de RSA et des recettes des départements a pour conséquence de réduire les marges de manœuvre des conseils départementaux en matière d'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RSA. Ces difficultés se sont accrues dans le contexte actuel d'augmentation des dépenses liées au RSA due à la crise, l'ADF évoquant une hausse de 9,2 % entre 2019 et 2020.

La charge est ainsi devenue insoutenable pour certains départements, notamment la Seine-Saint-Denis.

B. L'hypothèse d'une reprise en main par l'Etat

1. Une hypothèse liée au projet de revenu universel d'activité

Dès 2016, le Gouvernement avait proposé de reprendre à sa charge le financement du RSA à la condition que les départements s'engagent à renforcer l'accompagnement des bénéficiaires vers l'insertion et l'emploi. Une négociation avec l'ADF s'était engagée mais avait achoppé sur la question de l'année de référence retenue pour calculer le montant de la compensation devant être récupérée par l'État.

Cette hypothèse a de nouveau été formulée pendant le présent quinquennat. Lors du lancement la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, en septembre 2018, le Président de la République a en effet

¹ Art. L. 263-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Décrets n° 2013-793 du 30 août 2013, n° 2014-1127 du 3 octobre 2014, n° 2015-1231 du 6 octobre 2015, n° 2016-1276 du 29 septembre 2016 et n° 2017-739 du 4 mai 2017.

³ Arrêté du 2 décembre 2020 fixant le montant des accroissements de charge résultant pour les départements des revalorisations exceptionnelles du RSA.

annoncé une refonte en profondeur du système de minima sociaux à travers la création d'un revenu universel d'activité (RUA) fusionnant « *le plus grand nombre possible de prestations* » et dont l'État serait « *entièrement responsable* », parallèlement à la mise en place d'un service public de l'insertion¹.

La concertation lancée en juin 2019 sur ce thème a toutefois été suspendue, début 2020, par l'épidémie de covid-19. Le Premier ministre a toutefois indiqué, le 24 octobre 2020, que « *les travaux sur le revenu universel d'activité vont se poursuivre* ». Un rapport présentant les scénarios possibles de la réforme est annoncé pour l'automne prochain.

2. La recentralisation du RSA et du RSO dans certains départements d'outre-mer

Devant les graves difficultés socio-économiques et financières rencontrées par certains départements d'outre-mer, qui obéraient leur capacité à financer l'allocation, une recentralisation du RSA a été opérée, de manière définitive, sur ces territoires.

La loi de finances pour 2019 a ainsi recentralisé la compétence relative à l'attribution et au financement du RSA pour la collectivité territoriale de Guyane et le Département de Mayotte². Les compétences relatives à l'instruction, l'attribution et l'orientation des bénéficiaires sont déléguées de droit à la CAF de Guyane et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Des frais de gestion supplémentaires leur sont versés au titre de l'exercice de ces nouvelles compétences.

Afin de pouvoir financer intégralement le service de la prestation sur ces territoires, l'État a procédé à la reprise des financements historiques et des ressources d'accompagnement au titre des dépenses du RSA pour la collectivité de Guyane et le département de Mayotte à compter du 1^{er} janvier 2019.

La loi de finances pour 2020³ a ensuite prévu la **recentralisation du RSA à La Réunion**. Depuis le 1^{er} janvier 2020, la CAF de La Réunion exerce les compétences d'instruction et d'attribution du droit. Comme en Guyane et à Mayotte, des frais de gestion supplémentaires lui sont versés. Un **transfert de la compétence d'orientation** de la collectivité de La Réunion à la CAF a ensuite été opéré au 1^{er} décembre 2020.

La loi a en outre prévu une **recentralisation du revenu de solidarité (RSO)** en Guyane et à La Réunion.

¹ Présentation par le Président de la République de la stratégie nationale de prévention de lutte contre la pauvreté, 13 septembre 2018.

² Loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 – Article 81.

³ Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 – Article 77.

La loi de finances pour 2021 a ouvert un montant de **878 millions d'euros** pour le financement du RSA recentralisé en Guyane, à Mayotte et à La Réunion ainsi que du revenu de solidarité outre-mer (RSO) en Guyane, après 849 millions d'euros en 2020.

Les administrations concernées (DGCS et DGOM) ne disposent pas encore d'éléments d'évaluation sur les effets de ces recentralisations sur l'accompagnement social et professionnel des bénéficiaires du RSA résidant sur ces territoires.

3. L'expérimentation prévue par le projet de loi

L'**article 35** répond à une demande formulée par le conseil départemental de Seine-Saint-Denis devant les difficultés financières causées, dans le contexte résultant de la crise sanitaire, par l'afflux de demandeurs du RSA dans ce département où les dépenses sociales sont habituellement dynamiques. Le Premier ministre y a répondu favorablement en octobre 2020 en considérant que l'on ne peut pas « *continuer à faire peser sur le contribuable local une dépense de solidarité nationale* ».

Le **I** met en place, dans des départements volontaires désignés par décret, une expérimentation du **transfert à l'État de compétences dévolues au département** relatives au RSA et au RSO :

- l'instruction administrative, la décision d'attribution et l'examen des éventuelles réclamations et recours contentieux ;
- le contrôle administratif des versements et le recouvrement des indus ;
- le financement.

Les compétences d'orientation et d'accompagnement social des bénéficiaires resteraient donc la responsabilité des départements.

Pour y participer, les départements doivent avoir fait la demande au plus tard trois mois avant le 1^{er} janvier de l'année de mise en œuvre de l'expérimentation.

Le **II** prévoit que **l'État pourra déléguer tout ou partie des compétences qui lui ont été transférées aux CAF** et, pour leurs ressortissants, aux caisses de MSA.

Aux termes du **III**, l'expérimentation, d'une **durée de cinq ans**, « *concourt au renforcement des politiques d'insertion des conseils départementaux* ». Ses modalités financières sont renvoyées à une loi de finances.

Le IV prévoit la signature, préalablement à la mise en œuvre de l'expérimentation, d'une **convention entre le préfet de département et le président du conseil départemental**. Cette convention doit faire l'objet d'un rapport de suivi annuel du président du conseil départemental, soumis à l'approbation préalable de l'assemblée délibérante. Ce rapport rend compte des résultats obtenus en matière d'insertion, « *notamment en ce qui concerne l'accès des bénéficiaires à l'emploi et à la formation* ».

En outre, une **évaluation** de l'expérimentation doit être engagée conjointement par l'État et chaque département six mois avant la fin de l'expérimentation.

Le V exclut, dans le cadre de l'expérimentation, la faculté pour le département de Guadeloupe et la collectivité territoriale de Martinique de modifier, en fonction de l'évolution du marché du travail local, les conditions d'accès au RSO¹.

Le revenu de solidarité outre-mer

Le revenu de solidarité outre-mer (RSO), créé en décembre 2001, s'adresse aux résidents des départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte, ainsi que à ceux de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, âgés de 55 ans, percevant le RSA depuis au moins deux ans sans avoir exercé d'activité professionnelle et s'engageant à quitter définitivement le marché du travail.

Son montant est fixé à 532,47 euros par mois pour une personne seule au 1^{er} avril 2021, avec un plafond de ressources de 946,96 euros pour en bénéficier à taux plein. D'après la DREES, 8 800 personnes le percevaient en décembre 2017.

Dans sa récente communication présentant une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise², la Cour des comptes préconise de supprimer le RSO, qui joue un rôle de « *sas de sortie* » pour certains bénéficiaires du RSA sans perspective de retour à l'emploi, dans le cadre d'une prochaine réforme des minima sociaux.

Le VI renvoie enfin à un décret en Conseil d'État les modalités d'application de l'expérimentation, notamment les éléments essentiels de la convention entre le préfet et le président de département et les critères généraux retenus pour établir la liste des départements participants.

¹ Art. L. 522-14 du code de l'action sociale et des familles.

² Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise. Concilier soutien à l'activité et soutenabilité, communication au Premier ministre, Cour des comptes, juin 2021.

II - La position de la commission pour avis : un dispositif inabouti

Selon les informations fournies par la DGCS, seule la Seine-Saint-Denis est candidate à l'expérimentation à ce jour. Le département s'est engagé dans des travaux réunissant le conseil départemental, la CNAF et l'État afin que cette expérimentation puisse être lancée à compter du 1^{er} janvier 2022.

Six autres départements¹ ont fait part de leur intérêt sans formaliser de demande. Par ailleurs, le conseil départemental de Guadeloupe, auditionné par le rapporteur pour avis, a fait part d'un intérêt prudent pour ce dispositif devant le risque que la recentralisation ait lieu dans des conditions financières défavorables pour le département.

En effet, si les départements s'accordent pour considérer que le financement du RSA doit faire l'objet d'une juste compensation par l'État, **la solution consistant à recentraliser la prestation ne fait pas l'unanimité au sein de l'ADF**. De nombreux départements considèrent notamment que l'on peut difficilement découpler la compétence d'accompagnement social de celles liées au RSA.

L'absence d'éléments de bilan sur les recentralisations menées depuis 2019 dans trois départements d'outre-mer n'est pas de nature à favoriser un consensus et ne plaide pas en faveur du lancement d'une expérimentation.

Par ailleurs, **le renvoi à la loi de finances des modalités financières** de l'opération, outre qu'il n'a aucune portée normative, **rend le dispositif proposé inabouti**. Des discussions sont en cours entre l'État et le conseil départemental de la Seine-Saint-Denis pour fixer ces modalités financières. Ces discussions sont principalement pilotées, au niveau de l'État, par la direction générale des collectivités locales (DGCL) et la direction du budget. Selon les informations fournies par la DGCS, la « rétrocompensation » du RSA à l'État devrait être calculée au coût réel, sur la base des dernières années.

La sortie de l'expérimentation soulève également des inquiétudes : si la recentralisation est pérennisée sur tout ou partie du territoire, elle risque d'être élargie à des départements qui ne sont pas volontaires et pour lesquelles elle ne serait pas avantageuse. À l'issue des cinq années d'expérimentation, il pourrait en effet être décidé :

- soit de pérenniser, dans les départements expérimentateurs, le cadre juridique expérimental ;
- soit de prolonger l'expérimentation sur ces territoires ;
- soit de l'abandonner si l'expérimentation n'est pas concluante ;

¹ Il s'agit de la Somme, de l'Aisne, de la Creuse, de la Corrèze, de la Meurthe-et-Moselle et de la Gironde.

- soit d'étendre, sur une partie seulement du territoire national, le cadre juridique qui a été expérimenté, sous réserve toutefois que le principe d'égalité soit respecté, et ce quel que soit le fondement constitutionnel de cette expérimentation (article 37-1 ou article 72 de la Constitution).

Enfin, ce projet de recentralisation du RSA va en sens contraire de propositions du Sénat visant à renforcer l'autonomie des départements dans la gestion de la prestation, en cohérence avec leur rôle de chef de file en matière d'action sociale et d'insertion.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission des affaires sociales a adopté deux amendements identiques du rapporteur pour avis (COM-799) et de notre collègue Hugues Saury (COM-395) de suppression de l'article.

La commission propose à la commission des lois de supprimer cet article.

Article additionnel après l'article 35

Pouvoir de contrôle du président de conseil départemental à l'égard des bénéficiaires du revenu de solidarité active

Cet article additionnel permet au président du conseil départemental de demander directement des renseignements aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) pour l'exercice de ses missions de contrôle.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

La sollicitation directe auprès des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) de documents justificatifs permettant de vérifier leur droit à la prestation est une prérogative des caisses d'allocations familiales (Caf).

L'article L. 262-40 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit cependant que, pour l'exercice de ses compétences, le président du conseil départemental dispose, à l'égard des administrations publiques et des caisses de sécurité sociale, d'un **droit de communication** des données nécessaires à l'instruction du droit au RSA, à sa liquidation et à son contrôle ainsi qu'à la conduite des actions d'insertion. Toutefois, certains départements considèrent qu'ils ne disposent pas, à l'heure actuelle, de moyens suffisants pour conduire une politique efficace de contrôle du RSA.

À l'initiative de notre collègue Sabine Drexler (amendement COM-592), la commission des affaires sociales a donc inséré **un article additionnel autorisant**, dans un nouvel article L. 262-40-1 du CASF, **le président du conseil départemental à demander à tout bénéficiaire du RSA les documents et informations nécessaires** « afin de vérifier la sincérité et

l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites dans le cadre de l'octroi et du versement de cette prestation » (I). Il est précisé que ce pouvoir de contrôle s'étend à tout document utile permettant de contrôler, « notamment, la composition du foyer, le domicile du bénéficiaire ou encore l'étendue de ses ressources ». Le bénéficiaire concerné est tenu de communiquer les documents sollicités dans le délai d'un mois à compter de la demande.

Cet article prévoit également, dans son II, la **possibilité pour le président du conseil départemental de décider la suspension du versement du RSA** lorsque le bénéficiaire refuse de communiquer les documents qui lui sont demandés.

Le rapporteur, considérant que sa rédaction pouvait être améliorée, a émis un avis de sagesse concernant cet amendement.

La commission propose à la commission des lois d'adopter un article additionnel ainsi rédigé.

Article 36

Compétence départementale en matière d'habitat inclusif et d'adaptation des logements au vieillissement de la population

Cet article donne compétence aux départements pour coordonner le développement de l'habitat inclusif et l'adaptation des logements au vieillissement de la population.

La commission propose à la commission des lois de réécrire cet article pour supprimer la compétence relative à la coordination de l'adaptation des logements et rendre plus opérationnelle celle relative à la coordination du développement de l'habitat inclusif.

I – Le dispositif proposé : deux nouvelles compétences départementales visant à faciliter le logement des personnes en perte d'autonomie

Le présent article dispose que le département « *est compétent pour coordonner le développement de l'habitat inclusif, défini à l'article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles, et l'adaptation du logement au vieillissement de la population* ».

Les deux aspects – l'habitat inclusif d'une part, l'adaptation des logements d'autre part – sont connexes mais doivent être analysés séparément.

A. Le développement de l'habitat inclusif: une coordination bienvenue

1. Une piste prometteuse pour garantir le maintien à domicile

Les personnes en perte d'autonomie ont longtemps été confrontées à l'alternative suivante : rester à leur domicile en activant toutes les aides envisageables, au risque de l'isolement social, ou intégrer un établissement médico-social en renonçant à un logement autonome. L'habitat inclusif, qui peut épouser des formes variées, est une **piste prometteuse pour satisfaire le souhait majoritaire des personnes vieillissantes de rester à domicile**.

Si la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement¹ en a posé les premiers jalons, c'est la loi dite Elan qui en a fixé les caractéristiques, précisées dans un décret² et un arrêté du 24 juin 2019 ainsi que dans une instruction interministérielle du 4 juillet 2019³.

L'habitat inclusif est ainsi « *destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes [...] et assorti d'un projet de vie sociale et partagée défini par un cahier des charges national. Ce peut être un « logement meublé ou non [...] loué dans le cadre d'une colocation [...] ou un ensemble de logements autonomes destinés à l'habitation, meublés ou non [...] situés dans un immeuble ou groupe d'immeubles comprenant des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée* »⁴.

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Décret n° 2019-629 du 24 juin 2019 relatif aux diverses dispositions en matière d'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées mentionné au titre VIII du livre II du code de l'action sociale et des familles.

³ Instruction interministérielle n° DGCS/SD3A /SD3B/DHUP/PH1/CNSA/DC/2019 /154 du 04 juillet 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du forfait pour l'habitat inclusif prévu par le décret n° 2019-629 du 24 juin 2019.

⁴ Article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

Le cahier des charges national fixant les grands principes du projet de vie sociale et partagée a été précisé dans l'arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du logement publié au journal officiel le 25 juin 2019¹.

2. Un soutien à ces formes d'habitat encore insuffisant

Le comité interministériel du handicap de décembre 2016 a initié une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif, afin de soutenir les solutions innovantes respectueuses du libre choix des personnes. Il a, dans ce cadre, créé l'**observatoire de l'habitat inclusif**, coprésidé par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cet observatoire fédère l'ensemble des partenaires intéressés pour diffuser les bonnes pratiques et met à leur disposition les outils utiles aux porteurs de projets.

La loi Elan a encore créé les deux principaux outils servant, à ce jour, au soutien à ces formes d'habitat. D'une part, le **forfait habitat inclusif**², qui finance l'animation du projet de vie sociale et partagée ainsi que le petit équipement nécessaire à sa mise en œuvre. Ce forfait est versé directement à la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), *via* l'agence régionale de santé (ARS). En 2020 et 2021, l'enveloppe que la CNSA a consacrée à ce poste représentait 25 millions d'euros.

D'autre part, la loi Elan a créé la **conférence des financeurs de l'habitat inclusif**³, formation spécifique de la conférence des financeurs de la prévention de la perte de l'autonomie – elle-même créée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement⁴. Ces conférences, présidées par les conseils départementaux et vice-présidées par les ARS, définissent « *un programme coordonné de financement de l'habitat inclusif* », qui comprend les orientations en matière de déploiement de l'habitat inclusif « *en s'appuyant sur les diagnostics territoriaux existants et partagés entre les acteurs concernés* ».

Considérant que le cadre d'action dessiné par la loi Elan n'était « *qu'une première étape dans le développement* » de l'habitat inclusif sur l'ensemble du territoire et ne répondaient que pour partie aux problèmes rencontrés par les porteurs de projets, le Premier ministre Édouard Philippe a confié en novembre 2019 à MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom la mission de documenter le lancement d'une « *stratégie nationale de déploiement de l'habitat inclusif dans un calendrier compatible avec celui de la réforme prévue du*

¹ Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif.

² Article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 233-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

grand âge et de l'autonomie »¹. Leur rapport, remis le 26 juin 2020 au Gouvernement², constitue à ce jour l'étude la plus complète sur les pistes de soutien à ces dispositifs. Leurs conclusions sont brièvement synthétisées ci-après.

Les propositions du rapport Piveteau-Wolfrom

- 1) **Pour éviter la crainte du manque de sécurité du projet ou d'une moindre qualité** : les faire porter par une personne morale certifiée ou agréée. Celle-ci concourrait à la définition du projet, servirait d'appui à la vie partagée et au parcours de vie de chacun.
- 2) **Pour pallier l'absence d'outil de solvabilisation** : remplacer le forfait aux structures par une aide, à la vie partagée (AVP) individuelle, accompagnée d'un forfait de services mutualisés.
- 3) **Contre la difficulté de financement** : créer un outil d'investissement, tel un prêt aidé spécifique.
- 4) **Pour sécuriser le loyer et les coûts de gestion de la vie partagée** : fusionner dans le logement social la convention APL et la convention de logement API qui donne accès à l'AVP.
- 5) **Pour limiter les coûts d'entretien et de fonctionnement des espaces communs** : majorer l'APL versée dans les API pour couvrir ces coûts comme les charges récupérables.
- 6) **Pour remédier aux difficultés à mobiliser le foncier en zone tendue** : optimiser l'occupation du logement social par des transformations en API.
- 7) **Pour mobiliser des compétences** : constituer un pôle de ressources national avec la CNSA et animer des équipes territoriales.
- 8) **Pour pallier la difficulté à trouver du personnel disponible et formé** : faire de l'API un levier du soutien aux services d'aide à la personne.

Les auteurs du rapport, reprenant les estimations du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge de 2019 selon lesquelles environ 3 600 seniors vivaient à cette date en habitat inclusif, jugent leurs préconisations compatibles avec la fixation d'un objectif de 150 000 résidents de ce mode d'habitat à l'horizon 2030, à la condition d'y consacrer un budget annuel de 80 millions d'euros par an.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a fait partiellement droit à la deuxième des préconisations du rapport Piveteau-Wolfrom, en autorisant les règlements départementaux d'aide sociale à verser une **aide à la vie partagée**, financée en partie par la CNSA³.

¹ Lettre de mission de M. Édouard Philippe, Premier ministre, à MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, le 20 novembre 2019.

² « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ! », rapport remis au Gouvernement par MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom le 26 juin 2020.

³ Article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 34 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

B. L'adaptation des logements au vieillissement de la population : une rationalisation impérative

Les travaux sur la prévention de la perte d'autonomie réalisés par Michelle Meunier et Bernard Bonne pour la commission des affaires sociales¹ ont montré la fragilité des dispositifs existants d'aide à l'adaptation des logements des personnes en perte d'autonomie.

1. Un paysage des aides à l'adaptation des logements devenu illisible

Les dispositifs d'aide à l'adaptation des logements sont aujourd'hui nombreux. Il s'agit :

- des aides des régimes légaux de retraite, essentiellement le programme « Habitat et cadre de vie » de l'assurance retraite, mais aussi le programme « Bien chez moi » de l'Agirc-Arrco ;

- des aides du programme « Habiter Facile » de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) ;

- des aides financées par le Plan d'investissement volontaire d'Action logement, lancé en 2019. Dans sa version initiale, celui-ci visait à financer, dans 200 000 logements d'ici 2022, à hauteur de 5 000 euros par foyer et sans reste à charge, les travaux d'adaptation au vieillissement et à la prévention des chutes des salles de bain des logements privés des salariés retraités modestes.

Outre ces dispositifs, concourent également au soutien à l'adaptation des logements le volet de la prestation de compensation du handicap (PCH) destiné à couvrir les charges « liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée »², ainsi que le crédit d'impôt des travaux d'équipement pour personne âgée ou handicapée prévu par l'article 200 quater A du code général des impôts.

La complexité des dispositifs existants, en outre largement cumulables entre eux, ressort à l'évidence des conditions d'éligibilité retracées dans le tableau ci-dessous.

¹ « Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi ! », rapport d'information n° 453 (2020-2021) de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, publié le 17 mars 2021.

² Article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

Principaux dispositifs d'aide à l'adaptation des logements

	Carsat	ANAH « Habiter facile »	Action logement	Crédit d'impôt accessibilité
Nature de l'aide	Modalités particulières	Subvention	Subvention	Crédit d'impôt
Critère d'âge	55 ans	Personnes handicapées jusqu'à 60 ans, personnes âgées dès 60 ans	Retraité du privé âgé de 70 ans et plus	Non
Critère d'autonomie	« Rencontrer des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne »	GIR 1 à 6	GIR 1 à 4	Bénéfice de l'APA ou d'une pension d'invalidité ou de la carte CMI
Statut de l'occupant	Propriétaire ou locataire	Propriétaire ou locataire	Propriétaire ou locataire	
Autres critères d'éligibilité	Retraité du secteur privé ou de l'État ; Ne pas bénéficier de l'APA, de l'ACTP, de la PCH, de la MVP ou de l'allocation veuvage	Pour le propriétaire occupant : occupation pendant 6 ans après la fin des travaux. Pour les bailleurs : conventionnement de loyer maîtrisé pendant 9 ans	Salarié ou retraité du privé, hébergé par un enfant ou autre descendant salarié d'une entreprise cotisant à la PEEC	
Montant	Jusqu'à 3500 euros. Prise en charge (personne seule) : 65 % en-deçà de 10 260 € de revenu 59 % dès 10 260 € de revenu 55 % dès 10 980 € de revenu 50 % dès 12 384 € de revenu 43 % dès 13 380 € de revenu 37 % dès 13 992 € de revenu 30 % dès 15 444 € de revenu	50 % des travaux dans la limite de 10 000 € si ressources très modestes ; 35 % des travaux dans la limite de 7 000 euros si ressources modestes (plafond à 7 000 euros)	Jusqu'à 5 000 €	Crédit d'impôt de 25 % du coût TTC des travaux, jusqu'à 5 000 € pour une personne seule, 10 000 € pour un couple dans le même foyer fiscal
Conditions de ressources	Participation décroissante selon le revenu ; nulle au-delà de 17 460 € pour une personne seule et 26 184 € pour un couple	Ressources très modestes : 20 593 € Ressources modestes : 25 068 €	Revenus du foyer inférieurs à 25 068 € en Île-de-France, 19 074 € ailleurs	Non

	Carsat	ANAH « Habiter facile »	Action logement	Crédit d'impôt accessibilité
Périmètre de l'aide	Petits travaux destinés à éviter les chutes, mais aussi travaux plus importants déterminés après visite d'un spécialiste	Sanitaires, accessibilité au logement et dans le logement	Fourniture et pose de douche et/ou d'un lavabo et/ou d'une cuvette WC rehaussée ergonomique ; complément possible jusqu'à épuisement de la subvention (porte de douche, siège, barre d'appui...); travaux annexes	Travaux d'accessibilité, travaux d'adaptation à la perte d'autonomie
Accompagnement	AMO obligatoire pour les personnes en GIR 1 à 4	AMO non obligatoire	AMO obligatoire si perte d'autonomie ; facultative sinon	
Avance de frais	Tiers-payant possible si le partenaire est conventionné	Non	Acompte de 30 % versé au prestataire	
Modalités pratiques	Courrier ou téléphone	Demande en ligne	Demande en ligne	

Source : ANAH, Action logement, CAPEB, commission des affaires sociales

2. Des montants trop faibles au regard des besoins

La connaissance des besoins d'adaptation des logements des personnes âgées est en outre assez lacunaire. Ils sont, en toute hypothèse, considérables. L'Anah estime à 6 %, soit 1,8 million, la part des logements de l'ensemble du parc de logements adaptés à la dépendance. À titre de comparaison, cette part est de 12 % en Allemagne et au Danemark, et de 16 % aux Pays-Bas. Un rapport récent du centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema) du ministère de la transition écologique, estime à 2 millions le nombre de logements qui pourraient avoir besoin d'être rénovés compte tenu de leur état et de l'âge de leur occupant ; ce qui veut dire qu'au rythme de 67 000 rénovations par an, ce qui était l'objectif pour 2021, il faudrait 30 ans pour y parvenir.

Le montant que les divers opérateurs y consacrent est en toute hypothèse très insuffisant. Les aides de l'Anah diminuent depuis plusieurs années au profit des aides à la rénovation énergétique, la part de l'action sociale dans le budget de la Cnav ne cesse de diminuer depuis dix ans, et l'addition des quatre sources de financement pérennes existantes – caisses de retraite, Anah, crédit d'impôt – ne permet de mobiliser, d'après le récent

rapport de Luc Broussy¹, que 152 millions d'euros par an, soit quatre fois moins que le budget qu'y consacre, par exemple, le Royaume-Uni.

Il est d'autant plus inférieur aux besoins que l'apport d'Action logement à l'accompagnement de la perte d'autonomie, claironné en 2019, a été revu à la baisse en février 2021 : un avenant à la convention signée avec l'État pour la période 2018-2022, en réorientant une partie des fonds du groupe vers le financement du logement social, a ramené l'enveloppe d'1 milliard d'euros, destiné à la rénovation de 200 000 salles de bains d'ici 2022, à 500 millions d'euros pour atteindre un objectif abaissé à 100 000 salles de bains.

3. Un accès à l'information très perfectible

Les moyens d'information des usagers sur les aides qui s'offrent à eux sont enfin éclatés :

- les agences départementales pour l'information sur le logement (ADIL) sont présentes dans tous les départements sauf seize. Elles semblent toutefois concentrer leur action sur l'information à caractère juridique, financier et fiscal d'ordre général ; l'adaptation des logements aux personnes vieillissantes ne fait ainsi pas partie des rubriques accessibles depuis la page d'accueil de son site internet.

- l'information relative aux dispositifs techniques d'adaptation des logements relève plutôt des centres d'information et de conseil en aide technique (Cicat), qui proposent souvent des salles d'exposition et de test des matériels. Ces centres, qui ont été jusqu'à 35 sur le territoire, ne sont plus que 22, implantés dans 21 départements ;

- les usagers peuvent encore se tourner vers des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), dont les missions sont très larges, mais leur maillage est inégal sur le territoire : l'Indre ou le Loir et Cher n'ont qu'un CLIC chacun, tandis que la Dordogne ou la Marne en comptent chacun neuf.

Les plateformes numériques n'apportent qu'une solution partielle au problème : le portail pour les personnes âgées ne fournit qu'une partie des informations utiles en matière d'adaptation des logements.

¹ « Nous vieillirons ensemble. 80 propositions pour un nouveau pacte entre les générations », rapport remis par M. Luc Broussy aux ministres de la cohésion des territoires, déléguée à l'autonomie et déléguée au logement, mai 2021.

II - La position de la commission : limiter la compétence départementale à la coordination du développement de l'habitat inclusif et l'assortir de leviers plus opérationnels

A. En matière d'adaptation des logements : une telle rédaction prématurée, sinon inappropriée

Dans son rapport précité, Luc Broussy fait observer que « *l'adaptation des logements, ce n'est ni le métier, ni la culture des départements* » qui n'ont en effet la main, en matière d'aide à l'adaptation de l'habitat à la perte d'autonomie, que sur le volet spécifique de la PCH. Il craint en outre que le pilotage de cette politique par les départements ne donne à ce sujet « *une tonalité médico-sociale probablement contre-productive si on veut viser aussi les jeunes retraités* ». Et de proposer en conséquence de miser davantage sur la création d'une aide unique délivrée par un guichet unique, sur le modèle de MaPrimeRenov, s'appuyant sur les réseaux existants des caisses de retraite et de l'Anah, et sous réserve d'un accompagnement renforcé.

Le rapporteur de la commission des affaires sociales partage en partie cette analyse et estime en outre que la rédaction proposée manque singulièrement, par l'emploi du terme « *coordonne* », de netteté normative. D'autre part, le présent projet de loi peut n'être pas le meilleur véhicule législatif pour redessiner la compétence départementale dans l'exercice de cette politique, alors que le projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie, promis depuis trois ans, est sur le point, dit-on, d'être examiné en conseil des ministres.

En conséquence, la réécriture de l'article proposée par le rapporteur de la commission des affaires sociales propose de surseoir à toute décision en la matière en supprimant le transfert de cette nouvelle compétence au département.

B. En matière de soutien à l'habitat inclusif : un transfert de compétence bienvenu, qui appelle toutefois des précisions

L'absence de précision du terme « *coordonner* » semble en revanche moins problématique pour ce qui est de l'habitat inclusif. D'une part, cette politique est au croisement de nombreuses compétences que le département exerce déjà en partie : aides individuelles à l'autonomie, nouvelle aide à la vie partagée, financement des services d'aide à la personne, délégation des aides publiques à la construction, offices publics de l'habitat, etc.

D'autre part, les porteurs de projets d'habitat inclusif sont divers : associations représentant ou réunissant les personnes concernées ou les aidants familiaux, collectivités locales, bailleurs sociaux, prestataires de services à la personne, ou encore gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux. La réalisation du projet de vie sociale et partagée requiert bel et bien, en toute hypothèse, de la part des pouvoirs publics locaux, un effort de *coordination* de nombreux acteurs : services d'aide et d'accompagnement à domicile – le cas échéant infirmiers ou polyvalents –,

associations locales culturelles ou sportives, groupes d'entraide mutuelle, etc.

Il convient en revanche, pour plus d'efficacité, d'assortir cette responsabilité de coordination nouvelle de leviers d'action réels. C'est pourquoi la commission a adopté l'amendement n° 800, proposé par le rapporteur de la commission des affaires sociales, visant à :

- préciser que la compétence de coordination du développement de l'habitat inclusif s'exerce notamment au sein de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif, laquelle facilite l'accompagnement des projets qu'elle identifie au moyen d'un comité d'appui technique et d'une aide à l'ingénierie de projet ;

- autoriser l'accord passé entre les départements et la CNSA à déroger aux règles de droit commun relatives à l'attribution prioritaire de logements sociaux ou de tarification des services, afin d'encourager le développement conjoint des projets de vie et des services d'aide aux personnes, en optimisant l'occupation du logement social ;

- autoriser l'accord passé entre le département, la CNSA et l'État à déroger aux règles de détermination de la résidence de secours des bénéficiaires d'un projet d'habitat inclusif, afin de corriger les conséquences budgétaires qu'aurait le déménagement d'une personne dans un habitat inclusif situé dans un autre département ;

- faire une place à l'habitat inclusif dans les outils de droit commun de planification et de programmation de l'habitat.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 36

**Location de courte durée des résidences universitaires
à des publics prioritaires**

Cet article additionnel pérennise l'expérimentation lancée en 2017 consistant à autoriser les résidences universitaires à louer leurs logements vacants pour de courtes durées à des publics prioritaires.

I - Le dispositif proposé : la pérennisation de la location de courte durée, par les résidences universitaires, de leurs logements vacants à des publics prioritaires

La loi du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté a lancé une expérimentation¹ de quatre années consistant à autoriser les

¹ IV de l'article 123 de la loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté.

gestionnaires de résidences universitaires qui ne sont pas totalement occupées après le 31 décembre de chaque année à louer les locaux vacants pour des séjours d'une durée inférieure à trois mois s'achevant au plus tard le 1^{er} septembre, notamment à des publics prioritaires au sens de l'article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation, à savoir :

- personnes en situation de handicap, ou familles ayant à leur charge une personne en situation de handicap ;

- personnes sortant d'un appartement de coordination thérapeutique ;

- personnes mal logées ou défavorisées et personnes rencontrant des difficultés particulières de logement pour des raisons d'ordre financier ou tenant à leurs conditions d'existence ou confrontées à un cumul de difficultés financières et de difficultés d'insertion sociale ;

- personnes hébergées ou logées temporairement dans un établissement ou un logement de transition ;

- personnes reprenant une activité après une période de chômage de longue durée ;

- personnes exposées à des situations d'habitat indigne ;

- conjoints justifiant de violences au sein du couple ;

- personnes victimes de viol ou d'agression sexuelle à leur domicile ou à ses abords ;

- personnes engagées dans le parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle ;

- personnes victimes de l'une des infractions de traite des êtres humains ou de proxénétisme ;

- personnes ayant à leur charge un enfant mineur et logées dans des locaux manifestement suroccupés ou ne présentant pas le caractère d'un logement décent ;

- personnes dépourvues de logement, y compris celles qui sont hébergées par des tiers ;

- personnes menacées d'expulsion sans relogement.

La pérennisation de ce dispositif était déjà défendue par l'Union sociale pour l'habitat (USH), la Conférence des présidents d'universités (CPU) et le Centre national des œuvres universitaires et scolaires (Cnous) dans le « *protocole pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs en faveur du logement des étudiants et des jeunes* »¹ qu'ils ont conclu le 2 octobre 2020.

¹ https://www.union-habitat.org/sites/default/files/articles/pdf/2020-10/2020_10_02_protocole_cpu-cnous-ush_signe_a_metz.pdf

Le rapport d'évaluation de cette expérimentation, remis par le Gouvernement au Parlement le 25 mai dernier, fait état d'un taux de vacance des résidences étudiantes pouvant atteindre 40 % à 50 % lors des mois de juillet et août. Les acteurs du logement étudiant entendus dans le cadre de l'élaboration de ce rapport ont fait valoir l'intérêt de ce dispositif pour l'équilibre économique des opérateurs. Il répond en outre à de nombreuses demandes de courts séjours, notamment de jeunes actifs tels que les saisonniers, les stagiaires, ou les jeunes en service civique.

Le Gouvernement en a conclu qu'il y avait lieu de pérenniser ce dispositif des courts séjours en résidence universitaire, et c'est aussi le constat, nourri par leurs auditions et travaux préparatoires, des membres de la mission d'information sénatoriale sur les conditions de la vie étudiante en France.

Le rapporteur de la commission des affaires sociales se rallie ainsi à la bonne initiative du rapporteur de la commission des affaires économiques, Mme Dominique Estrosi-Sassone, d'y pourvoir dans ce projet de loi.

II - La position de la commission : une pérennisation bienvenue

La commission propose à la commission des lois d'adopter un article additionnel ainsi rédigé.

Article 37

Création d'un centre intercommunal d'action sociale dans les métropoles et communautés urbaines

Cet article vise à permettre aux métropoles et aux communautés urbaines, lorsque les communes membres leur ont confié une compétence d'action sociale, de créer un centre intercommunal d'action sociale (CIAS).

La commission a adopté un amendement visant à apporter une clarification aux dispositions concernant les transferts de compétences aux CIAS dans les communautés de communes et les communautés d'agglomération.

La commission propose à la commission des lois d'adopter l'article ainsi modifié.

I – Le dispositif proposé : l’ouverture aux métropoles et aux communautés urbaines de la faculté de créer un centre intercommunal d’action sociale

A. L’impossibilité pour certaines intercommunalités de créer un CIAS

1. Les conditions de création d’un centre intercommunal d’action sociale

Aux termes de l’article L. 123-4-1 du code de l’action sociale et des familles, un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre peut créer un centre intercommunal d’action sociale (CIAS) lorsqu’il est compétent en matière d’action sociale d’intérêt communautaire.

Cette condition exclut de fait les métropoles et les communautés urbaines : en effet, seules les communautés de communes et les communautés d’agglomération peuvent exercer, au titre de leurs compétences optionnelles, une compétence d’action sociale d’intérêt communautaire.

L’intérêt communautaire est défini par le conseil de la communauté de communes¹ ou de la communauté d’agglomération² à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Il est défini au plus tard deux ans après l’entrée en vigueur de l’arrêté prononçant le transfert de compétence. À défaut, la communauté exerce l’intégralité de la compétence transférée.

Lorsqu’un CIAS a été créé, les compétences relevant de l’action sociale d’intérêt communautaire de la communauté de communes ou de la communauté d’agglomération et celles des centres communaux d’action sociale (CCAS) des communes membres lui sont transférées de plein droit³.

De plus, tout ou partie des compétences des CCAS des communes membres de la communauté de communes ou d’agglomération qui ne relèvent pas de l’action sociale d’intérêt communautaire peuvent être transférées au CIAS. Ce transfert est décidé par délibérations concordantes de l’organe délibérant de l’EPCI et des conseils municipaux, dans les conditions de majorité qualifiée requises pour la création de l’EPCI. Le transfert au CIAS de l’ensemble des compétences exercées par un CCAS entraîne la dissolution de plein droit de ce dernier. En revanche, si ce choix n’est pas effectué, les CCAS continuent d’exercer les compétences ne relevant pas de l’intérêt communautaire.

¹ Art. L. 5214-16 du CGCT.

² Art. L. 5216-5 du CGCT.

³ Un CCAS est obligatoirement créé dans toute commune de 1 500 habitants et plus, et peut être créé dans une commune de moins de 1 500 habitants (art. L. 123-4 du CASF).

Ainsi, dès lors qu'un CIAS est créé dans les conditions de majorité requises, une commune n'a pas le choix de l'intégrer ou non : le CIAS exerce les compétences transférées à l'intercommunalité, la commune pouvant le cas échéant agir, directement ou *via* son CCAS, dans le cadre des compétences non reconnues d'intérêt communautaire.

Selon les estimations de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), la France comptait, en 2016, **355 CIAS**. Ce chiffre est à comparer avec le nombre de communautés de communes (997 en 2020) et de communautés d'agglomération (222)¹.

Les missions des CCAS et CIAS²

Les CCAS et CIAS exercent une large gamme de missions légales ou facultatives dans les principaux champs suivants : lutte contre l'exclusion, services d'aide à domicile, prévention et animation pour les personnes âgées, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, soutien au logement et à l'hébergement, petite enfance, enfance et jeunesse, soutien aux personnes en situation de handicap.

Les CCAS accomplissent obligatoirement les missions suivantes :

- participer à l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale légale (RSA, Complémentaire santé solidaire, APA...) ;
- domicilier les personnes sans domicile stable ;
- tenir à jour un fichier des bénéficiaires de prestation sociale (légale ou facultative) ;
- réaliser une analyse des besoins sociaux.

Les missions réalisées à titre volontaire comprennent des prestations en nature ou en espèces, des aides financières, des actions de prévention et d'animation, la gestion d'établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, handicapées ou exclues, la gestion d'équipements petite enfance, etc.

2. Les possibilités de transfert de compétences d'action sociale aux métropoles et communautés urbaines

Les métropoles et communautés urbaines peuvent néanmoins exercer une compétence d'action sociale en tant que compétence facultative en application de l'article L. 5211-17 du code général des collectivités territoriales (CGCT). Ces transferts de compétence sont décidés **par délibérations concordantes** de l'organe délibérant et des conseils municipaux des communes membres, dans les conditions de majorité requise

¹ Source : DGCL.

² Source : UNCCAS.

pour la création de l'EPCI¹. Les communes membres peuvent s'accorder pour définir les contours de la compétence exercée à ce titre par l'EPCI.

Il n'existe pas de données sur le nombre de métropoles et de communautés urbaines exerçant de telles compétences.

Par ailleurs, une communauté urbaine peut exercer, par **convention passée avec le département**, tout ou partie des compétences de ce dernier dans le domaine de l'action sociale². Une métropole peut également exercer certaines compétences sociales par convention avec le département³. Communautés urbaines et métropoles peuvent également se voir transférer des compétences sociales par l'État.

B. L'ouverture de cette possibilité aux métropoles et communautés urbaines par le projet de loi

L'article 37 introduit à l'article L. 123-4-1 du code de l'action sociale et des familles **une condition alternative permettant la création d'un CIAS : celle de l'exercice d'une compétence d'action sociale facultative** au titre de l'article L. 5211-17 du CGCT. Ceci a pour effet d'ouvrir aux métropoles et aux communautés urbaines exerçant une telle compétence.

En conséquence, **tout ou partie des compétences des CCAS des communes membres pourraient être transférées au CIAS**, ce transfert étant décidé **par délibérations concordantes** de l'organe délibérant de l'EPCI et des conseils municipaux dans les conditions de majorité qualifiée requises pour la création de l'EPCI.

II - La position de la commission pour avis : un dispositif répondant à la demande des collectivités et de leurs groupements

Le transfert de nouvelles compétences à de vastes intercommunalités doit s'envisager avec précautions. S'agissant de l'action sociale en particulier, la dimension métropolitaine n'est pas forcément pertinente lorsqu'il s'agit de dispenser des secours d'urgence ou d'aller vers les personnes concernées. Elle peut l'être, en revanche, pour la gestion d'établissements et de services médico-sociaux.

En tout état de cause, le dispositif proposé comporte plusieurs garde-fous au bénéfice des communes membres :

- le périmètre des compétences d'action sociale transférées peut être défini par les communes membres ;

¹ La création d'une communauté urbaine requiert d'obtenir l'accord de deux tiers au moins des conseils municipaux des communes intéressées représentant plus de la moitié de la population totale de celles-ci, ou de la moitié au moins des conseils municipaux des communes représentant les deux tiers de la population. La création d'une métropole nécessite l'accord des deux tiers au moins des conseils municipaux des communes intéressées.

² Art. L. 5215-20 du CGCT.

³ Art. L. 5217-2 du CGCT.

- la mise en place du CIAS nécessite une double délibération concordante de l'organe délibérant de l'EPCI et des conseils municipaux des communes membres, à la fois pour le transfert de compétences d'action sociale facultatives à la métropole ou à la communauté urbaine, et pour le transfert de compétences des CCAS au CIAS.

Le caractère de compétence supplémentaire de l'action sociale est donc, pour les communes membres de la métropole ou de la communauté urbaine, plus protecteur que le régime d'intérêt communautaire applicable dans une communauté d'agglomération ou une communauté de communes.

Le rapporteur pour avis est donc favorable à l'adoption de ce dispositif qui répond à une demande des collectivités concernés et de leurs groupements.

En revanche, **les dispositions en vigueur concernant les communautés d'agglomération et les communautés de communes paraissent contradictoires** : alors que le code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que l'ensemble des compétences relevant de l'action sociale d'intérêt communautaire doit être transféré de plein droit au CIAS lorsqu'il est créé, le CGCT dispose à l'inverse que l'intercommunalité peut confier au CIAS la responsabilité d'exercer tout ou partie de sa compétence action sociale d'intérêt communautaire.

La commission des affaires sociales a donc adopté **deux amendements identiques** du rapporteur pour avis (COM-801) et de notre collègue Dominique Théophile (COM-872) **visant à remédier à cette asymétrie** en privilégiant, à l'article L. 123-4-1 du CASF, la possibilité de transférer tout ou partie de la compétence d'action sociale au CIAS, soit la rédaction offrant le plus de souplesse aux collectivités.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 38

Transfert aux départements de la tutelle des pupilles de l'État

Cet article transfère aux départements la compétence de la tutelle des pupilles de l'État, aujourd'hui assurée par les services de l'État.

La commission propose à la commission des lois de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé : transférer aux départements de la tutelle des pupilles de l'État

Le **statut de pupille de l'État** peut être accordé, sur le fondement de l'article L. 224-4 du code de l'action sociale et des familles :

- aux enfants dont la filiation n'est pas établie ou est inconnue, qui ont été recueillis par le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) depuis plus de deux mois ;

- aux enfants dont la filiation est établie et connue, qui ont expressément été remis au service de l'ASE en vue de leur admission comme pupilles de l'État par les personnes qui ont qualité pour consentir à leur adoption, depuis plus de deux mois ;

- aux enfants dont la filiation est établie et connue, qui ont expressément été remis au service de l'ASE depuis plus de six mois par leur père ou leur mère en vue de leur admission comme pupilles de l'État et dont l'autre parent n'a pas fait connaître au service, pendant ce délai, son intention d'en assumer la charge¹ ;

- aux enfants orphelins de père et de mère pour lesquels la tutelle n'est pas organisée par la désignation d'un tuteur et d'un conseil de famille par le juge des tutelles, conformément au code civil², et qui ont été recueillis par le service de l'ASE depuis plus de deux mois ;

- aux enfants dont les parents ont fait l'objet d'un retrait total de l'autorité parentale³ et qui ont été recueillis par le service de l'ASE en application d'une décision du juge⁴ ;

- aux enfants recueillis par le service de l'ASE après déclaration de délaissement parental⁵.

Ce statut est accordé par arrêté du président du conseil départemental à l'expiration des délais précités ou, le cas échéant, lorsque la décision de justice a acquis force de chose jugée⁶.

Aux termes de l'article L. 224-1 du code de l'action sociale et des familles **la tutelle des pupilles de l'État** est assurée conjointement par le **préfet** de département ou son représentant et par le **conseil de famille** des pupilles de l'État. Cette tutelle ne fait pas intervenir de juge des tutelles ni de subrogé tuteur.

Si le tuteur est le représentant légal du mineur, le conseil départemental assure sa prise en charge matérielle au titre de ses compétences d'aide sociale à l'enfance. Selon l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), **3 035 mineurs bénéficiaient du statut de pupille de l'État au 31 décembre 2018.**

¹ Avant l'expiration de ce délai de six mois, le service s'emploie à connaître les intentions de l'autre parent.

² Chapitre II du titre X du livre I^{er} du code civil.

³ En vertu des articles 378 et 378-1 du code civil.

⁴ Art. 380 du code civil.

⁵ En application des articles 381-1 et 381-2 du code civil.

⁶ Art. L. 224-8 du code de l'action sociale et des familles.

Le présent article propose de transférer la tutelle des pupilles de l'État, exercée par le préfet, au président du conseil départemental. L'exercice de la tutelle serait donc conjoint entre le président du département et le conseil de famille, qui ne comprendrait plus que des représentants d'associations et des personnalités qualifiées, comme le détaille le tableau ci-dessous.

Modification proposée des détenteurs de la tutelle des pupilles de l'État

Droit existant	Droit proposé
<p><i>Exercice conjoint de la tutelle par :</i></p> <ul style="list-style-type: none">> le préfet de département ;> le conseil de famille, composé :<ul style="list-style-type: none">– de représentants du conseil départemental, désignés par ce conseil ;– de membres d'associations à caractère familial, choisis par le préfet sur la base de listes établies par ces associations ;– de personnalités qualifiées désignées par le préfet.	<p><i>Exercice conjoint de la tutelle par :</i></p> <ul style="list-style-type: none">> le président du conseil départemental ;> le conseil de famille, composé :<ul style="list-style-type: none">– de membres d'associations à caractère familial, choisis par le préfet sur la base de listes établies par ces associations ;– de personnalités qualifiées désignées par le préfet.

Source : commission des affaires sociales du Sénat.

Pour procéder à ce transfert, le 1° du I du présent article modifie l'article L. 224-1 du code de l'action sociale et des familles afin de **confier l'exercice de la tutelle au président du conseil départemental**, à la place du représentant de l'État, aux côtés du conseil de famille des pupilles de l'État.

Alors que les décisions prises par le président du conseil départemental sur le lieu et le mode du placement du mineur doivent aujourd'hui être précédées du recueil de l'accord du tuteur et du conseil de famille ainsi que de l'avis du mineur concerné, le 2° du I supprime, par coordination, le recueil de l'accord du tuteur.

Le II procède à la **suppression**, à l'article L. 224-2 du code de l'action sociale et des familles, **de la participation de représentants du conseil départemental au sein du conseil de famille des pupilles de l'État**. Ce conseil ne serait plus composé que de représentants d'associations familiales et de personnalités qualifiées, tous désignés par le préfet de département.

Le **III** modifie l'article L. 224-3-1 du code de l'action sociale et des familles, qui contient des **dispositions spécifiques au département du Rhône et à la métropole de Lyon**, afin de supprimer la participation des représentants de ce conseil départemental et de la métropole de Lyon au conseil de famille du département du Rhône.

Le **IV** modifie l'article L. 224-9 du code de l'action de l'action sociale et des familles relatif à **la gestion des deniers et des biens des pupilles de l'État**. Cet article du code prévoit actuellement que les revenus des biens et capitaux appartenant aux pupilles sont perçus au profit du département jusqu'à leur majorité afin de couvrir les frais d'entretien, dans la limite des prestations allouées au mineur. Lorsqu'il atteint la majorité, au moment de la reddition de compte, le tuteur peut proposer, avec l'accord du conseil de famille, au président du département d'accorder une remise au pupille de l'État. Tirant les conséquences des modifications proposées, le IV prévoit que cette remise pourra être décidée par le président du conseil départemental avec l'accord du conseil de famille.

II - La position de la commission : une proposition cohérente avec les compétences des départements en matière de protection de l'enfance

Au titre de ses compétences en matière d'aide sociale à l'enfance, **le conseil départemental exerce déjà de nombreuses missions pour la protection et la prise en charge des pupilles de l'État.**

Les services de l'ASE assurent ainsi l'exercice des actes usuels de l'autorité parentale du mineur, ils détiennent la responsabilité civile des éventuels dommages causés par le mineur et ils assurent sa prise en charge financière quotidienne. Ils assurent en outre le suivi du mineur selon qu'il est confié à un assistant familial, à un établissement de l'ASE, à un établissement de prise en charge spécifique (si le mineur est par exemple en situation de handicap) ou à un tiers. Pour le suivi du mineur pupille, le conseil de famille s'appuie ainsi davantage sur les services de l'ASE que sur les services de l'État qui ne disposent pas d'une connaissance précise de la situation du mineur au quotidien¹.

Le préfet de département, dans la pratique souvent représenté par les services de la direction départementale de la cohésion sociale, n'intervient donc en tant que tuteur, aux côtés du conseil de famille, que pour des **actes résiduels**, en particulier pour les actes non usuels de l'autorité parentale.

Le transfert de la tutelle au président du conseil départemental, proposé par le présent article, est donc **cohérent avec les missions déjà exercées par le département en matière de protection de l'enfance**. Soutenu

¹ Selon les réponses apportées par les services du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire du rapporteur.

par l'Assemblée des départements de France, entendue par le rapporteur, ce transfert sera gage d'une gestion et d'un suivi plus efficaces des mesures d'accompagnement accordées au mineur pupille de l'État.

En outre, **des garanties sont apportées pour que le conseil de famille continue d'exercer pleinement son rôle en matière de tutelle**, en toute indépendance et au profit des droits des mineurs, puisqu'il ne sera plus composé que de représentants d'associations et de personnalités qualifiées, qui continueront à être désignés par le préfet de département.

Toutefois, la commission a considéré que **les conditions d'application par l'ensemble des départements de ce transfert de compétences**, notamment en termes de moyens, **n'étaient pas précisées** par le dispositif proposé. Alors qu'un **projet de loi relatif à la protection des enfants** a été déposé à l'Assemblée nationale le 16 juin dernier, la commission a jugé qu'il était **préférable d'examiner la mesure proposée dans le cadre de la discussion prochaine de ce projet de loi** qui a trait à la politique de l'aide sociale à l'enfance. Elle a, en conséquence, adopté cinq amendements identiques (COM-128, COM-294, COM-318, COM-319, COM-440) de suppression du présent article.

La commission propose à la commission des lois de supprimer cet article.

Article 57

Coopération sanitaire transfrontalière

Cet article propose d'intégrer au schéma régional de santé la déclinaison des accords de coopération sanitaire internationale.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article avec modification.

I - Le dispositif proposé

A. La coopération sanitaire transfrontalière

La coopération sanitaire internationale peut prendre différentes formes, avec notamment des programmes d'échanges entre établissements hospitaliers.

Du point de vue de l'offre de soins, la coopération sanitaire transfrontalière entend faciliter la prise en charge des patients sur des bassins de vie, par une meilleure coopération des autorités sanitaires, des organismes d'assurance maladie et des praticiens.

Deux textes européens encadrent les coopérations sanitaires : les règlements européens (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009 et la directive 2011/24

(UE) sur les soins transfrontaliers. Le code de la sécurité sociale a complété ces dispositions avec la capacité de conclure des conventions entre organismes ou établissements avec des homologues des pays membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou la Suisse.

Alors que la santé demeure une compétence nationale, **des accords-cadres sont conclus afin d'encadrer ces conventions et de mieux les organiser.**

Les principales dispositions de ces accords cadre visent à :

- Déterminer le champ d'application matériel, territorial et personnel des conventions

- Assurer un meilleur accès aux soins de qualité pour les populations des zones frontalières ou un accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes handicapées

- Définir les conditions d'intervention de part et d'autre des frontières, des structures de soins, des secours d'urgence, des organismes de sécurité sociale et des professionnels de santé

- Garantir une continuité des soins à ces mêmes populations incluant l'accueil et l'information des patients

- Simplifier la prise en charge de ces soins en supprimant les accords préalables, en établissant des systèmes de tiers payant et en garantissant la prise en charge des frais de transport

- Établir un circuit financier transparent de remboursement des soins entre les pays sur la base des tarifs du lieu des soins dans le cadre des règlements communautaires si l'assuré présente au prestataire de soins une attestation d'ouverture de droits ou sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation si l'assuré règle les soins ou encore sur la base de tarifs spécifiques négociés par les signataires des conventions de coopération sanitaires locales

- Optimiser l'organisation de l'offre de soins et faciliter l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels (complémentarité), les structures ou ressources sanitaires pouvant faire l'objet d'un réseau de soins. Ces accords-cadres instaurent la possibilité de créer des structures de soins communes, des établissements de soins transfrontaliers ou des organismes de coopération

- Favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques

- Faciliter l'échange d'informations en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires.

- Prévoir les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations

- Prévoir des évaluations périodiques des dispositions envisagées par la fixation de critères d'évaluation et de contrôle de la qualité des soins.

Source : réponse du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire du rapporteur

Ces coopérations ont vocation à harmoniser l'offre de soins et à offrir aux habitants des régions frontalières une meilleure accessibilité de moyens de prise en charge complémentaires dans le cas notamment de lacunes de l'offre ou de situations d'urgence.

• **Six accords sont signés en la matière, avec l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, le Luxembourg, la Suisse et Monaco.**

Le cas de la coopération avec l'Allemagne

La convention MOSAR permettra l'accès, aux habitants du périmètre transfrontalier, à une structure médicale la plus proche et la plus adaptée, pour une prise en charge de qualité et de sécurité en matière:

- d'urgences cardiologiques,
- d'urgences en cas de polytraumatismes,
- de prise en charge neurochirurgicale.

L'agence régionale de santé du Grand Est, le ministère de la santé sarrois, le groupement européen de coopération territoriale Euro district Saar Moselle, la caisse nationale d'assurance maladie et les caisses publiques d'assurance allemandes, sont signataires de cette convention avec les établissements de santé

Par ailleurs, le traité franco-allemand d'Aix-La-Chapelle (22 janvier 2019) traite à son chapitre 4 de la coopération régionale et transfrontalière et vise expressément à l'article 13 la coopération dans le champ sanitaire. L'article 14 instaure un comité de coopération transfrontalière (CCT) chargé d'assurer le suivi des difficultés rencontrées dans les territoires frontaliers et d'émettre des propositions en vue d'y remédier, ainsi que d'analyser l'incidence de la législation nouvelle sur les territoires frontaliers.

Un projet similaire est en cours de réflexion avec l'Italie.

Source : réponse du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire du rapporteur

B. Une disposition proposée en doublon

L'article 57 modifie l'article L. 1434-3 du code de la santé publique (CSP) relatif au schéma régional de santé (SRS).

Est ajouté un 7° visant à prévoir que le schéma régional comporte, le cas échéant, « **un volet consacré à la mise en œuvre des accords-cadres de coopération sanitaire** applicables dans les régions frontalières ou dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution ».

Sont visés trois items principaux : l'accès aux soins urgents, l'évacuation des blessés et la coordination en cas de crise sanitaire.

Cette disposition apparaît comme **un doublon d'une disposition existante dans le CSP, puisque l'article L. 1434-2, relatif au projet régional de santé (PRS) prévoit déjà** que « Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, **le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin** ».

Alors que les SRS ont vocation, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, à déterminer des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels pour cinq ans sur l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, **le Gouvernement entend renforcer l'accès aux soins dans les bassins transfrontaliers par une meilleure prise en compte des déclinaisons opérationnelles des accords.**

Cet article est présenté comme **une des leçons de la gestion de la crise sanitaire** avec, durant la première vague de l'épidémie de covid-19, des transferts de patients, notamment depuis la région Grand-Est.

II - La position de la commission

A. *Un apport opérationnel limité*

La commission ne peut que regretter la portée de cette disposition qui relève davantage de la bonne intention que d'un cadre opérationnel ou d'avancées en la matière. Les coopérations sanitaires transfrontalières ou régionales ne peuvent se développer que par des accords nationaux – la politique de santé demeurant une compétence de l'Etat, habiliter les collectivités en ce sens n'apparaît par ailleurs pas souhaitable – et cette disposition n'est pas de nature à les développer par elle-même.

Surtout, **cet article signalé comme redondant** dans la mesure où le PRS, qui intègre lui-même le SRS, comprend déjà cette préoccupation, peine à apparaître comme autre qu'un affichage politique.

Le rapporteur regrette les formulations comme « notamment » qui ne font que souligner dans la loi ce qui relève souvent de l'exemple. Dans l'intention d'une meilleure rédaction sur ce qui revendique être une déclinaison opérationnelle, **la commission a modifié par un amendement COM-803 les items signalés pour reprendre ceux présents dans les accords-cadres signés, en ajoutant l'organisation de la continuité des soins.** L'évacuation des blessés pouvant être considérée incluse dans l'accès aux soins urgents ou dans la gestion des crises sanitaires, la commission a choisi de supprimer cette mention.

Comme signalé, la coopération sanitaire ne prend pas seulement la forme d'accords-cadres et la commission a prévu une modification rédactionnelle en ce sens.

B. Les territoires d'outre-mer, oubliés de ces coopérations

Dans le cadre de l'examen de cet article, le rapporteur a souhaité s'intéresser particulièrement aux territoires ultramarins. Il a ainsi pu constater que les collectivités s'investissent souvent en matière de coopération sanitaire par le biais des organisations régionales internationales dont elles peuvent être membres, avec des programmes d'échanges de médecins, de formation ou encore des projets de prévention.

Cependant, **le rapporteur déplore qu'aucun accord-cadre n'existe avec un pays étranger voisin d'un territoire ultramarin en matière de coopération sanitaire**, et donc dans les domaines que le présent article entend valoriser, principalement les soins urgents ou la coopération en cas de crise sanitaire. Si les niveaux de développement des pays voisins ne présentent pas la même homogénéité que les pays limitrophes de l'hexagone, de tels accords ne devraient cependant pas être inenvisageables.

Il convient également de rappeler que **les stratégies sanitaires d'évacuations sont souvent dans ces territoires des coopérations « outre-mer / hexagone » ou « outre-mer / outre-mer »**, comme à l'échelle des Antilles-Guyane ou dans l'océan Indien.

Le rapporteur a constaté que **la rédaction proposée n'intégrait pas certains territoires disposant d'un statut relevant de l'article 74 de la Constitution, où pourtant le code de la santé publique et les dispositions relatives aux PRS et SRS sont applicables.**

Sur cette observation, **la commission a choisi de combler cette lacune et d'intégrer Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon** à cet article par un amendement COM-802 du rapporteur. Cette situation peut paraître d'autant plus surprenante que la pertinence d'une coopération Sint-Maarten dans les deux premiers cas, et avec le Canada dans le dernier, apparaît pertinente.

La commission a enfin en conséquence prévu une coordination concernant le PRS dans le même amendement.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 57
Coopération sanitaire transfrontalière

Cet article propose de permettre aux professionnels étrangers de territoires frontaliers d'intégrer des communautés professionnelles de santé

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article additionnel dans la version sous-amendée.

I - Le dispositif proposé

La commission a adopté l'amendement COM-971 de M. Hervé, portant article additionnel après l'article 57, relatif à la coopération transfrontalière.

L'article additionnel adopté vise à **modifier l'article L. 1434-12 du code de la santé publique**, relatif aux **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**. Il prévoit que **les CPTS peuvent associer des professionnels exerçant dans les territoires frontaliers**.

Il s'agit de renforcer la prise en charge et le suivi des patients dans les zones frontalières en **améliorant la coordination entre les professionnels de santé à l'échelle des bassins transfrontaliers**.

La commission a adopté cet amendement en le modifiant à l'initiative du rapporteur par le sous-amendement COM-1210 visant à **supprimer une redondance rédactionnelle**.

Article 78

Création dans les régions d'outre-mer d'une catégorie d'EPIC compétente en matière de formation professionnelle

Cet article vise à permettre la création, par les régions de Guadeloupe, de Guyane, de La Réunion, de Martinique et de Mayotte, d'un établissement public à caractère économique et commercial (EPIC) compétent en matière de formation professionnelle.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article sous réserve de supprimer des dispositions obsolètes.

I – Le dispositif proposé : la création d’une catégorie spécifique d’établissement public

A. Une offre de formation professionnelle à renforcer

1. Une offre publique entièrement décentralisée et hétérogène

L’Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) ne dispose plus d’établissements dans les collectivités d’outre-mer depuis 1984¹. En revanche, les collectivités territoriales de Guadeloupe, de Guyane, de La Réunion et de Martinique ont créé des organismes publics compétents en matière de formation professionnelle avec des statuts divers (cf. tableau ci-dessous).

Des partenariats avec l’AFPA, portant sur des prestations d’ingénierie et d’assistance technique, existent cependant dans le cadre de conventions dans chacun de ces territoires.

Organismes publics de formation professionnelle mis en place dans les régions d’outre-mer

Territoire	Organisme public compétent	Année de création	Statut	Observations
Guadeloupe	Guadeloupe Formation	2010	Établissement public administratif (EPA)	Établissement public créé, sur habilitation législative, suite à la liquidation judiciaire de l’AFPA région Guadeloupe en octobre 2007.
Guyane	Opérateur public régional de formation (OPRF)	2013	Établissement public industriel et commercial (EPIC)	L’OPRF a été institué par la fusion de l’AFPA, du Centre de formation pour la promotion agricole (CFPPA) et du CARIF-OREF (IRIG-DEFIS).
La Réunion	Assistance à la formation professionnelle des adultes à La Réunion (AFPAR)	1963	Société publique locale (SPL)	Entité juridique indépendante de l’AFPA, mais qui se caractérise par un partenariat consolidé avec l’agence nationale.
Martinique	Institut martiniquais pour la formation professionnelle des adultes (IMFPA)	2015	Établissement public industriel et commercial (EPIC)	Établissement public créé suite à la liquidation judiciaire de l’AFPA Martinique en date du 18 octobre 2016.

Source : Étude d’impact

En Guadeloupe, la loi² a habilité le conseil régional, en application de l’article 73, alinéa 3, de la Constitution et des articles LO 4435-2 à LO 4435-12 du code général des collectivités territoriales (CGCT), à fixer les règles permettant la création d’un établissement public régional à caractère administratif (EPA) chargé d’exercer les missions de service public de formation professionnelle qui lui sont déléguées par la région.

À Mayotte, qui ne dispose pas d’un tel établissement, l’offre de formation publique est principalement structurée autour des lycées professionnels, d’un centre de formation d’apprentis (CFA) académique et du GRETA.

2. Une offre privée lacunaire

L’offre de formation privée dans les régions ultramarines ne permet pas de couvrir l’intégralité des besoins en compétences.

¹ Certains établissements devenus indépendants de l’AFPA ont néanmoins, pendant longtemps, conservé cette appellation.

² Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer – Article 68.

L'offre privée de formation professionnelle dans les régions d'outre-mer

Selon les informations fournies par la direction générale de l'outre-mer (DGOM), la situation de l'offre privée de formation professionnelle dans les régions concernées est contrastée.

En **Guadeloupe**, 450 organismes de formation privés sont actuellement dénombrés sur le territoire, pour un chiffre d'affaires de 59 millions d'euros. La moitié d'entre eux ne dépasse pas 75 000 euros de chiffre d'affaires annuel et une partie demeure actuellement sans activité.

En **Guyane**, la commande publique de formation étant très majoritaire (de l'ordre de 80 %, partagée entre la collectivité territoriale de Guyane et Pôle emploi), le territoire ne dispose que de 220 organismes de formation, dont près de 80 % sont concentrés sur le bassin d'emploi de Cayenne. Aucun organisme ne dépasse le seuil des 11 équivalents temps plein (ETP).

À **La Réunion**, les organismes de formation privés, au nombre de 900 environ, offrent généralement un spectre de formations étroit. Leur activité se concentre principalement sur les qualifications du secteur tertiaire.

En **Martinique**, les organismes de formation privés connaissent un fort émiettement avec environ 380 organismes déclarés, dont 45 ont un chiffre d'affaires supérieur à 150 000 euros et seulement 20 ont un chiffre d'affaires supérieur à 500 000 euros. Près de 50 % du chiffre d'affaires total (50,2 millions d'euros en 2017) est réalisé par moins de 5 % des organismes.

À **Mayotte**, seuls 30 organismes de formation privés sont à ce jour comptabilisés sur le territoire. Aucun d'entre eux n'a engagé de démarche de certification.

En outre, la nécessaire élévation du niveau de compétences des demandeurs d'emploi dans ces territoires passe par des remises à niveau sur les compétences de base qu'un organisme public est mieux à même de mettre en œuvre.

B. La nécessité de sécuriser la création d'établissements industriels et commerciaux

Selon l'étude d'impact, la situation des établissements publics qui interviennent en matière de formation professionnelle dans les collectivités de Guadeloupe, de Guyane, de La Réunion, de Martinique et de Mayotte nécessite d'être sécurisée au moyen de la création d'un statut uniforme.

Le Gouvernement entend ainsi favoriser l'harmonisation progressive de la configuration des établissements présents dans ces collectivités, sur le modèle de la transformation opérée par l'AFPA depuis le 1^{er} janvier 2017¹. Le choix du statut d'EPIC leur permettrait notamment d'intervenir dans les secteurs concurrentiels (mise en œuvre des actions de formation et

¹ Ordonnance n°2016-1519 du 10 novembre 2016 portant création au sein du service public de l'emploi de l'établissement public chargé de la formation professionnelle des adultes.

organisation des dispositifs d'hébergement et de restauration), ce qui fait notamment défaut à l'établissement Guadeloupe Formation qui opère sous le statut d'EPA.

L'**article 78** vise donc à permettre la création, auprès de chaque région d'outre-mer, d'un EPIC compétent en matière de formation professionnelle et placé sous la tutelle de la collectivité (*nouvel article L. 4433-14-1 du CGCT*).

Cet établissement doit contribuer au bon accomplissement du service public régional de la formation professionnelle, à l'égal accès des femmes et des hommes à cette formation et à la promotion de la mixité des métiers, ce qui correspond à une partie des missions de l'AFPA dans l'hexagone¹.

Dans les cas où l'offre locale privée ne permet pas de répondre aux besoins du territoire, il pourrait mettre en œuvre :

- des actions de formation en vue du développement des compétences, de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi, accompagnées si nécessaire de dispositifs d'hébergement ou de restauration ;
- toute autre action en matière d'orientation, de formation professionnelle et d'accès à la qualification, y compris des actions de communication ou d'information et la réalisation d'études.

En présence d'une offre locale privée permettant de répondre aux besoins du territoire, l'établissement ne pourrait mettre en œuvre des actions de cette nature qu'au moyen de **filiales**.

L'EPIC serait administré par un **conseil d'administration**, présidé par le président de l'assemblée délibérante et composé à parité de femmes et d'hommes, comprenant :

- des conseillers de l'assemblée délibérante, désignés par celle-ci ;
- des personnalités qualifiées, choisies par l'assemblée délibérante en raison de leur compétence en matière économique, sociale, de formation ou d'éducation ;
- d'un représentant du personnel de l'établissement.

Le directeur général, nommé par le président, assurera la direction administrative et financière de l'établissement.

Les ressources de l'EPIC seraient notamment constituées par des dotations de la collectivité, calculées pour compenser la charge financière résultant des missions et sujétions de service public de l'établissement, ainsi que par les redevances perçues et par le produit de ses ventes.

¹ Art. L. 5315-1 du code du travail.

Il est prévu, dans le cas où le nouvel EPIC succède à un EPA (comme dans le cas de la Guadeloupe), le transfert à titre gratuit de l'ensemble des droits, biens et obligations de l'EPA à l'EPIC (*nouvel article L. 4433-14-2 du CGCT*).

II - La position de la commission pour avis : un dispositif répondant aux besoins du terrain

Cet article permet de sécuriser une politique de formation professionnelle déjà décentralisée dans les collectivités d'outre-mer concernées. Au contraire d'une ouverture à la différenciation, il s'agit ici d'harmoniser la situation juridique des établissements existants.

Cet article répond surtout à la situation particulière de la Guadeloupe auquel il est parfaitement adapté, et permettra au surplus à Mayotte de se doter de son propre établissement public de formation professionnelle. Le rapporteur est donc favorable à l'adoption de ces dispositions.

L'action des établissements publics ainsi créés pourrait s'inscrire dans les priorités fixées par les Pactes ultramarins d'investissement dans les compétences 2019-2022, qui ciblent notamment les formations :

- visant à lutter contre l'illettrisme et à accroître la maîtrise des savoirs de base (compétences clés) ;
- permettant un accès à la qualification ou à la certification des demandeurs d'emploi peu ou pas qualifiés (niveaux *infra* Bac) ;
- délivrées dans le secteur médico-social, les services à la personne, le bâtiment et la transition numérique et écologique.

La commission des affaires sociales a cependant adopté, à l'initiative du rapporteur pour avis, un amendement (COM-804) visant à **supprimer l'article L. 4433-14 du CGCT**, relatif aux interventions du service public de l'emploi dans les régions d'outre-mer, **dont les dispositions n'ont jamais connu d'application et sont obsolètes**.

La commission a également adopté un amendement rédactionnel (COM-805) du rapporteur.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 29 juin 2021, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport pour avis de M. Alain Milon sur le projet de loi n° 588 (2020-2021), relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Avant que nous n'abordions notre ordre du jour, permettez-moi de féliciter nos collègues élus dans leur département ou leur région et d'avoir une pensée pour les autres.

Nous examinons ce matin le rapport pour avis sur le projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dit « 3DS ». Je rappelle que notre commission a reçu délégation au fond pour l'examen des articles 31 à 38, 57 et 78. Je salue la présence de notre collègue Daniel Gueret, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – J'adresse également mes félicitations à tous les candidats.

Notre commission s'est saisie pour avis du projet de loi « 4D », devenu « 3DS », et examine, avec une délégation au fond, 10 articles sur les 83 que compte ce texte.

Avant d'aborder ces dispositions, il nous appartient d'établir un périmètre indicatif des articles concernant notre commission pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, périmètre que nous proposerons à la commission des lois d'adopter.

Je vous suggère de considérer que ce périmètre inclut les dispositions relatives :

- à la gouvernance des agences régionales de santé (ARS) ;
- aux conditions de création de centres de santé par des collectivités territoriales ainsi qu'au statut des professionnels y exerçant ;
- aux facultés pour les collectivités territoriales de concourir au financement des établissements de santé ;
- aux compétences des collectivités territoriales en matière de sécurité sanitaire et d'accès aux soins de proximité ;
- aux dispositifs relatifs au logement des personnes âgées, des personnes handicapées et aux publics reconnus prioritaires ;

- à la répartition entre le département et l'État des compétences relatives à l'attribution, à la gestion et au financement du revenu de solidarité active (RSA) et du revenu de solidarité en outre-mer ;

- au transfert aux conseils départementaux de la tutelle des pupilles de l'État ;

- aux possibilités de création d'un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) et à la répartition des compétences d'action sociale au sein du bloc communal ;

- à la déclinaison d'accords internationaux de coopération sanitaire dans les documents de planification et de programmation en santé au niveau local ;

- à la création d'un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) compétent en matière de formation professionnelle dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

En revanche, il me semble que ne présentent pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, les amendements relatifs :

- à la politique nationale de santé, à l'organisation générale de l'offre de soins, aux compétences et à l'organisation des professions de santé ;

- aux conditions de conventionnement des professionnels de santé libéraux avec l'assurance maladie ainsi qu'au régime social et fiscal applicable à leur installation ;

- à l'organisation générale des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;

- aux conditions générales de financement ainsi qu'aux charges et produits des établissements de santé ;

- aux prestations servies par les départements aux personnes en perte d'autonomie ;

- aux conditions générales d'attribution, au montant et au service du revenu de solidarité active ;

- aux compétences des collectivités territoriales en matière d'insertion sociale et professionnelle ;

- aux compétences des collectivités territoriales en matière d'adoption ;

- aux conditions de prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

M. Bernard Jomier. – Concernant les ARS, si j'ai bien compris, le champ de gouvernance est inclus dans le projet de loi, mais pas celui des compétences.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – En effet.

La commission proposera à la commission des lois un périmètre ainsi défini. J'en viens au contenu de ces mesures.

Le volet sanitaire et social de ce texte est à l'image du reste du projet de loi : ses dispositions sont disparates, de faible portée et se bornent, pour certaines, à mettre en accord le droit et la pratique. Ce n'est donc pas le grand soir de la décentralisation ou de l'organisation territoriale.

Ces ajustements par « petites touches » ne suivent pas toujours un fil conducteur clairement perceptible. Ainsi, certains sujets abordés feront prochainement l'objet de réformes plus globales, qu'il s'agisse de la protection de l'enfance ou du grand âge. Je vous proposerai, quand cela est possible et dans la limite des règles de recevabilité des amendements, d'en rehausser l'ambition.

Le premier volet, relatif à la santé, regroupe les articles 31 à 34 et l'article 57.

L'article 31 transforme le conseil de surveillance des agences régionales de santé en conseil d'administration, suivant en cela une proposition issue du Ségur de la santé. Il ne touche que de manière marginale, cependant, à sa composition ou à ses attributions.

Les élus locaux se voient confier deux vice-présidences. Ce conseil se prononcera sur la politique de contractualisation de l'agence avec les collectivités territoriales, pour donner une cohérence aux contrats locaux de santé (CLS), ainsi que sur l'exécution des crédits du fonds d'intervention régional (FIR).

Ces évolutions ponctuelles du rôle et surtout de la composition du conseil ne me paraissent pas à la hauteur de celles que nous avons proposées, lors de l'examen de la loi Buzyn en 2019, faisant écho au rapport de 2014 commis par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) sur les ARS dont j'étais co-rapporteur. Elles ne me semblent pas de nature à conférer une forme de contre-pouvoir à cette instance, au sein de laquelle les représentants de l'État sont surreprésentés, ou même un rôle stratégique qui devrait être celui d'un conseil d'administration.

Je vous proposerai de confier la co-présidence de ce conseil au président du conseil régional aux côtés du préfet de région et de rééquilibrer les voix entre les représentants de l'État et ceux des collectivités territoriales. Cette co-présidence me paraît plus conforme au statut des ARS que la présidence exclusive par le président de région que nous avons proposée en 2019 : les ARS sont en effet des établissements publics de l'État chargés de décliner au niveau régional la politique nationale de santé. Ce rééquilibrage en faveur des élus locaux reconnaît néanmoins l'engagement des collectivités dans la politique de santé.

Je vous proposerai ensuite de renforcer les prérogatives de ce conseil en lui permettant de se saisir de tout sujet et en soumettant à son approbation le projet régional de santé, qui incarne les orientations stratégiques à l'horizon de cinq ans. A l'heure actuelle, ce projet arrêté par le directeur général de l'ARS lui est simplement soumis pour avis.

Concernant le conseil de surveillance des hôpitaux, je suggère de revenir sur le vote « surprise » par l'Assemblée nationale, lors de la nouvelle lecture de la proposition de loi Ségur au printemps dernier, d'un dispositif incongru, qui confie la désignation du sénateur appelé à y participer à la présidence de notre commission.

Nous nous étions engagés lors du vote de la question préalable sur ce texte de supprimer cette mesure dès que l'occasion se présenterait – nous y sommes.

L'article 32 entend permettre aux collectivités territoriales de participer au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics et privés. Si le champ ouvert est large, je considère que la priorité est bien de permettre un soutien aux établissements du service public hospitalier. Les auditions et les échanges que j'ai pu avoir avec plusieurs collègues m'ont amené à formuler des réserves sur le dispositif proposé.

Premièrement, beaucoup voient dans cette disposition non pas une faculté nouvelle, mais bien l'attente d'une contribution financière des collectivités à une politique de l'État et redoutent ainsi un piège pour les collectivités qui se verraient obligées de financer des établissements menacés de fermeture.

Deuxièmement, se pose un problème d'équité territoriale : toutes les collectivités n'ont pas les mêmes capacités financières, et je suis préoccupé par un risque d'accroissement des inégalités territoriales en matière de santé. L'accès aux soins de qualité doit être le même sur tout le territoire.

Troisièmement, enfin, concernant les catégories d'investissements visés, je note un risque de dispersion avec des doublons entre les établissements proches, du fait d'une concurrence entre établissements ou collectivités, mais aussi un risque de dérapage sur des investissements immobiliers qui ne me semblent pas devoir être portés par les collectivités locales, alors que les hôpitaux demeurent propriétés de l'État.

Sur ces constats, je vous proposerai une série d'amendements visant à préciser la rédaction en soulignant que cette contribution des collectivités est bien un concours supplémentaire, celles-ci ne devenant pas un financeur attendu des établissements de santé ; à mieux encadrer la cible des soutiens aux investissements, qui ne devraient concerner que les équipements médicaux et doivent correspondre aux objectifs définis dans les documents de planification ; à identifier des priorités selon les échelons de collectivités : le département en matière de proximité, la région pour ce qui concerne les établissements régionaux ou nationaux.

L'article 33 se borne à mettre en accord le droit avec la pratique concernant le statut des personnels des centres de santé gérés par des collectivités territoriales. Je vous proposerai de l'adopter moyennant une coordination.

L'article 34 est très hétérogène. Son principal objet est de préserver, à la suite de la loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe), une compétence des départements au titre de la participation à la politique de sécurité sanitaire, par le biais du financement des laboratoires d'analyse départementaux, des organismes à vocation sanitaire ou des établissements de lutte contre les zoonoses. On peut regretter que, une fois de plus, il s'agisse essentiellement d'une attente de financements venant des collectivités...

Ce même article porte deux dispositions sans lien avec la sécurité sanitaire. Il réserve la capacité de création et de gestion des centres de santé aux seuls blocs communal et départemental. L'exclusion des régions m'a interpellé, mais j'estime que les centres de santé sont un outil de maillage territorial de l'offre de soins qu'il

est important de penser à un échelon de proximité. Cet article établit également une nouvelle compétence des départements en matière de promotion de l'accès aux soins de proximité. Celle-ci ne se trouve nullement précisée, la seule concrétisation étant la compétence des départements concernant les centres de santé à droit constant.

Je vous proposerai néanmoins, en dépit de ces réserves, d'adopter cet article.

L'article 57, qui porte sur la coopération sanitaire transfrontalière, modifie le code de la santé publique afin de prévoir, au sein du schéma régional de santé (SRS), une déclinaison des accords-cadres de coopération sanitaire éventuellement conclus.

Il convient de signaler que cet article est redondant avec une autre disposition du code précité. En effet, cette même prise en compte des accords de coopération est déjà inscrite dans le projet régional de santé qui, faut-il le rappeler, comprend lui-même le schéma régional que l'article entend compléter.

Le Gouvernement revendique une meilleure prise en compte opérationnelle, en précisant notamment des champs ayant vocation à être mentionnés, la coopération en temps de crise et l'organisation des soins urgents notamment. Je vous proposerai d'inscrire la continuité des soins.

Au-delà du seul dispositif proposé, je me suis interrogé sur la coopération sanitaire dans les territoires concernés. Or, il apparaît que, si des accords-cadres ont été conclus avec l'ensemble des pays européens limitrophes de la France hexagonale, aucun accord ne concerne un pays voisin d'un territoire d'outre-mer.

Pourtant, de tels accords pourraient intervenir dans la Caraïbe par exemple. Surtout, je constate une lacune : sont exclus Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, qui relèvent de l'article 74 de la Constitution, mais dans lesquels les dispositions du code de la santé publique sont applicables ! Cet oubli me semble d'autant plus surprenant que, dans le cas de Saint-Martin par exemple, l'île est partagée entre la France et Sint Maarten, dépendant des Pays-Bas. Je vous proposerai donc d'intégrer ces territoires.

Un deuxième volet, qui regroupe les articles 35 à 38, porte sur les compétences sociales et médico-sociales des collectivités territoriales.

L'article 35 prévoit d'expérimenter pendant cinq ans, dans des départements volontaires, la recentralisation du financement et de la gestion du revenu de solidarité active. Il s'agit de la réponse à une demande du conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, un département asphyxié financièrement par le dynamisme de ses dépenses sociales. On peut toutefois s'interroger sur l'intérêt de lancer une telle expérimentation, alors que nous ne disposons d'aucun élément d'évaluation sur les recentralisations menées depuis 2019 dans trois départements d'outre-mer – la Guyane, Mayotte et La Réunion. Par ailleurs, notre collègue Philippe Bas a déposé, à l'article 2, un amendement permettant d'accroître l'autonomie des départements en matière d'attribution du RSA, ce qui répond mieux aux besoins d'un grand nombre de départements et va à l'encontre d'une reprise en main par l'État. Enfin, cet article renvoie à la loi des finances les modalités financières de la recentralisation, ce qui rend le dispositif proposé inabouti. Je vous proposerai, pour toutes ces raisons, de supprimer cet article.

L'article 36 donne compétence au département pour coordonner le développement de l'habitat inclusif, d'une part, et l'adaptation des logements au vieillissement de la population, d'autre part. Sur le premier point, cette compétence s'entend, sous réserve de donner aux départements davantage de leviers opérationnels pour assurer cette mission. Le rapport Piveteau-Wolfrom de juin 2020 a fourni des pistes intéressantes que je vous proposerai de reprendre en partie. Sur le second point, je suis plus sceptique : coordonner l'adaptation des logements au vieillissement de la population, ce n'est pas très précis, et c'est sans doute un peu prématuré, alors qu'un projet de loi sur le grand âge promis depuis trois ans prévoit de donner une nouvelle impulsion à la prévention de la perte d'autonomie et d'ajuster la gouvernance du secteur médico-social.

L'article 37 ouvre aux communautés urbaines et aux métropoles la possibilité de créer un centre intercommunal d'action sociale, qui n'est aujourd'hui offerte qu'aux communautés de communes et aux communautés d'agglomération. Les communautés urbaines et les métropoles ayant déjà la possibilité d'exercer, à titre facultatif, des compétences en matière d'action sociale, je considère que ce dispositif ne bouleverse pas la répartition des compétences au sein du bloc communal et qu'il offre des garanties suffisantes aux communes membres de ces établissements. Je vous proposerai d'adopter cet article en apportant une clarification aux dispositions actuelles concernant les CIAS des communautés de communes et d'agglomération.

L'article 38 prévoit de transférer la tutelle des pupilles de l'État, aujourd'hui exercée par le préfet de département, au président du conseil départemental, aux côtés du conseil de famille. Ce transfert, soutenu par l'Assemblée des départements de France (ADF), me paraît cohérent avec les compétences exercées par le département en matière de protection de l'enfance. Les services de l'ASE assurent déjà les actes usuels de l'autorité parentale et la prise en charge du mineur pupille. Confier l'exercice de la tutelle au département me paraît donc être une mesure logique, facteur d'une gestion et d'un suivi plus efficaces de l'accompagnement du mineur. En supprimant la participation de représentants du département au conseil de famille, le présent article apporte en outre des garanties afin que ce conseil continue d'exercer pleinement son rôle en matière de tutelle, en toute indépendance. Il ne sera plus composé que de représentants d'associations et de personnalités qualifiées, qui continueront à être désignés par le préfet de département. C'est pourquoi je vous proposerai d'adopter cet article.

Enfin, l'article 78 permet la création, dans les régions d'outre-mer, d'une nouvelle catégorie d'EPIC compétents en matière de formation professionnelle. Ces collectivités pourront ainsi se doter d'un instrument en mesure de combler l'absence de l'Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) et les carences de l'offre privée de formation professionnelle. Le dispositif répond en particulier à la situation de la Guadeloupe, où l'établissement public existant a un statut d'établissement public administratif qui l'empêche d'intervenir dans le champ concurrentiel. Je vous proposerai de supprimer des dispositions inappliquées et obsolètes et d'adopter cet article.

Sous réserve de l'adoption des amendements que je vous présenterai, je vous propose d'adopter les articles relevant du champ de compétence de notre commission.

M. Daniel Gueret, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – *Tout d'abord, je tiens à vous remercier de m'associer à votre réunion.*

Comme vous le savez, la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable s'est saisie pour avis de près de 30 articles ayant trait à des questions particulièrement stratégiques pour l'avenir de nos territoires, telles que la gestion des infrastructures de transport, la gestion de l'eau et la protection de la biodiversité, la transition écologique et l'aménagement du territoire. Elle s'est notamment saisie pour avis des articles 31, 32 et 34 pour lesquels votre commission bénéficie d'une délégation au fond et qui concernent plus spécifiquement les politiques sanitaires.

Deux points en particulier m'ont intéressé qui tiennent finalement en une problématique simple, celle de mieux associer les élus locaux à la gouvernance et à la définition des politiques territoriales de santé. C'est pourquoi je vous soumettrai deux amendements.

D'une part, je vous proposerai un amendement à l'article 31 concernant la gouvernance des agences régionales de santé. Ces dernières années, le Sénat a formulé de nombreuses propositions afin de renforcer la place des élus locaux dans la gouvernance des ARS. Récemment, le rapport du Sénat intitulé Pour le plein exercice des libertés locales, qui présente 50 propositions pour une nouvelle génération de la décentralisation, a préconisé de confier la présidence du conseil de surveillance de ces agences au président du conseil régional. Cette proposition m'a semblé intéressante, comme à nombre de mes collègues.

Toutefois, je partage le souci d'Alain Milon de garantir la cohérence de l'action des ARS avec la politique nationale de santé. C'est pourquoi, de manière convergente, je vous proposerai un amendement visant à instaurer un système de présidence partagée du conseil de surveillance des ARS, qui deviendra un véritable conseil d'administration en application de ce projet de loi, entre le préfet de région et le président du conseil régional. Il me semble que cette proposition sera de nature à concilier les exigences de proximité et de cohérence des politiques sanitaires conduites au niveau régional.

D'autre part, je vous proposerai un amendement visant à instituer des commissions de la démographie médicale au niveau de chaque département, suivant en cela une proposition de loi de Philippe Folliot, qui a d'ailleurs déposé un amendement identique. Selon un rapport publié par la commission de l'aménagement du territoire en janvier 2020, entre 6 et 8 millions de Français vivent dans un désert médical. Les inégalités d'accès aux soins continuent de s'accroître, avec, comme vous le savez, une origine fortement territoriale. L'amendement que je vous proposerai a pour objet de rapprocher la politique de soins des territoires. Ces commissions de la démographie médicale seront constituées de représentants de l'État, de l'ARS, mais également des collectivités territoriales et des

membres du conseil départemental de l'ordre des médecins. Elles auront la charge de définir des projets d'aires de santé, à une échelle infra-départementale. Enfin, elles approuveront les projets de création de pôle de santé et de maison de santé.

Tels sont les éléments que je souhaitais porter à votre connaissance.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'avis de notre rapporteur est intéressant et pertinent.

Le point central est qu'il convient de rééquilibrer la gouvernance au sein du conseil d'administration des ARS, car il est pléthorique. Vous proposez une coprésidence, mais je crains que cette disposition ne soit repoussée par l'Assemblée nationale au nom du principe : « qui paie décide. » La prudence ne consisterait-elle pas à voter le principe de l'équilibre au sein de l'exécutif et pas seulement du conseil d'administration, avec au moins un vice-président représentant un niveau de collectivité ? Chaque collectivité devrait désigner son représentant, même si ce ne sera pas toujours aisé.

Concernant l'article 32, il n'est évidemment pas question que les collectivités financent à la place de l'État les établissements de santé, avec le risque de dérapage concernant les investissements immobiliers, comme nous l'avions indiqué lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale et de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie. Il convient de cibler non seulement les équipements médicaux, mais également les projets médicaux, sans oublier d'intégrer les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

S'agissant de l'article 35, l'expérimentation peut sembler discutable, mais faut-il pour autant la refuser aux collectivités qui le souhaitent ? Je m'interroge sur ce point. L'accompagnement des bénéficiaires du RSA doit pour autant rester de la compétence du département.

En revanche, vous n'avez pas évoqué la médecine scolaire, alors que ce sujet fait du bruit dans Landerneau.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Ce sujet n'est pas dans le texte.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Un amendement tomberait par ailleurs sous le coup de l'article 40 de la Constitution !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Si l'on pouvait suggérer une véritable contractualisation entre les départements et l'éducation nationale, ce serait une bonne chose...

M. Philippe Mouiller. – Je remercie le rapporteur pour son exposé limpide. Nous attendions un texte plus puissant qui accompagne plus fortement les collectivités. La crise sanitaire de la covid a été un amplificateur ; les collectivités sont aujourd'hui prêtes à porter des évolutions en vue d'accompagner les transformations nécessaires.

J'ai une question concernant l'habitat inclusif : l'idée est de proposer au département une compétence en matière de coordination. L'habitat inclusif est souvent financé par la mise en commun de prestations de compensation du handicap (PCH), et le Sénat a contribué à introduire dans la dernière LFSS une disposition concernant l'aide à la vie partagée (AVP). Comment s'articuleront ces aides départementales avec les appels à projets lancés par les ARS pour le forfait habitat inclusif ?

M. René-Paul Savary. – *Vous avez indiqué que notre collègue Philippe Bas a déposé à l'article 2 un amendement visant à accroître l'autonomie des départements en matière d'attribution du RSA. Il n'est pas, lui, irrecevable au titre de l'article 45 ?*

On en revient aux clauses de compétence générale pour les départements qui leur permettaient d'investir dans des domaines de compétences au-delà de celles qui leur sont attribuées de plein droit, ce qui permettait aux territoires de s'équilibrer d'eux-mêmes.

Les élus doivent être associés à la gouvernance des ARS, car, on l'a constaté, en période de crise, les soins étaient administrés et non pas gérés. Il est dommage que nous ne puissions pas toucher aux compétences des ARS, il faut mener une véritable réflexion sur leur complémentarité. D'où l'intérêt de la co-présidence, avec le préfet de région. N'oublions pas que le préfet de département a joué un rôle essentiel dans la crise sanitaire en matière de proximité. Donnons aux ARS la possibilité d'être plus gestionnaire et moins technocratique.

M. Daniel Chasseing. – *Merci pour ce rapport très clair.*

L'article 34 réserve aux blocs communal et départemental la gestion des centres de santé ou maisons de santé. Mais quid du financement de la région ?

Vous proposez de supprimer l'article 35. Mais donner plus d'autonomie aux collectivités pour accompagner davantage les titulaires du RSA ne semble pas en contradiction avec la recentralisation du financement par l'État. Tel était l'objet de la proposition de loi d'expérimentation visant à favoriser le retour à l'emploi des bénéficiaires du RSA, dont j'ai été rapporteur. Le conseil départemental pourrait mobiliser les entreprises, et c'est par ce biais que les bénéficiaires du RSA pourraient trouver un travail pérenne. J'estime qu'il faut donc maintenir cet article.

Concernant l'article 36, les demandes d'aménagement des logements au vieillissement devraient pouvoir être déposées auprès d'un guichet unique départemental. Il conviendrait d'ailleurs que les demandes soient faites au moment de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Je suis favorable à ce que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les budgets relatifs aux questions médico-sociales relèvent de la compétence du département.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – *Concernant la gouvernance des ARS, l'idée d'une co-présidence nous est également évoquée dans un rapport de la Mecss, adopté par l'Assemblée nationale ; cette disposition pourrait donc faire consensus. Nous avons effectivement toujours défendu le principe : « qui paie décide. » La région Provence-Alpes-Côte d'Azur finance actuellement les investissements immobiliers de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-*

HM), à hauteur de 50 millions d'euros. Dès lors qu'une région devient cofinancier, il n'y a aucune raison qu'elle ne participe pas au processus de décision. Par ailleurs, je propose non pas d'augmenter le nombre d'élus locaux au sein du conseil d'administration, mais une égalité de voix entre les représentants de la Nation et ceux des collectivités territoriales.

Pour répondre à René-Paul Savary, notre collègue Philippe Bas a déposé un amendement visant à accroître le pouvoir réglementaire du département en matière de RSA à l'article 2, relatif au pouvoir réglementaire des collectivités territoriales. Il devrait donc être recevable à ce titre.

S'agissant de la recentralisation du financement et de la gestion du RSA, pourquoi en effet ne pas permettre une expérimentation ? Mais la direction générale des outre-mer (DGOM), que nous avons auditionnée, n'a pas été capable de nous fournir un seul chiffre sur les recentralisations réalisées en 2019. Ils n'ont donc pas la moindre idée de leur impact budgétaire ni de l'évolution du nombre de bénéficiaires dans les collectivités concernées. Est-il en augmentation ou en diminution ? Nous voulons avoir des éléments de bilan ; or ils n'en ont aucun ! Voilà ce qui me préoccupe.

Concernant l'habitat inclusif, l'article se contente d'explicitier le rôle de coordination qu'exerce déjà, de fait, le département. La rédaction que je vous proposerai assortit cette mission de précisions opérationnelles en matière de programmation via les conférences des financeurs, en matière d'ingénierie et de soutien aux services annexes.

Monsieur Chasseing, l'article 35 ne touche pas à la compétence des départements en matière d'accompagnement des bénéficiaires du RSA. Mais des propositions sénatoriales ont trait à la gestion du RSA en vue de donner une plus grande autonomie au conseil départemental, étant entendu que la question de la compensation par l'État est cruciale. Aucune modalité de financement n'est ici prévue, ce point étant renvoyé à la loi de finances. La recentralisation qui est proposée concerne l'instruction des dossiers, l'attribution du RSA et son financement, mais les départements restent les opérateurs en matière d'insertion.

M. Daniel Chasseing. – Quid du financement des centres de santé et de la création d'un guichet unique départemental pour l'aménagement des logements au vieillissement de la population ? Les personnes doivent être incitées à déposer des dossiers.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Concernant la gestion des centres de santé, je propose que cette responsabilité soit confiée aux départements, aux groupements intercommunaux ou aux communes, dans une dimension de proximité. Mais les régions ont le droit de participer au financement, sous forme de subventions par exemple.

Je suis favorable à la création d'un guichet unique pour l'adaptation des logements au vieillissement de la population. Mais il est difficile d'y procéder pour l'instant, car les départements n'ont pas la main sur les aides existantes, qui sont servies par les caisses de retraite, l'Agence nationale de l'habitat ou Action logement. Nous essayons de nous rapprocher des conclusions du rapport Broussy, et

la loi sur la dépendance sera certainement un meilleur véhicule pour arrêter les orientations sur ce sujet important – je souhaite qu'elle puisse nous être soumise avant le mois de février 2022.

M. Bernard Bonne. – Je regrette que cette loi n'entraîne pas véritablement de décentralisation. À une époque, les présidents de département étaient tous très inquiets d'une éventuelle recentralisation du RSA, notamment eu égard au calcul du droit de compensation au profit de l'état. Il convient donc de rester prudent sur les conditions dont elle pourrait être opérée.

Il semble que certains articles soient en réalité une sorte d'anticipation des lois importantes à venir, par exemple lorsqu'est abordée l'adaptation des logements pour les personnes âgées. Comme nous l'avions souligné dans le rapport réalisé avec Michelle Meunier, le département doit prendre sa part dans les actions de prévention pour le maintien à domicile des personnes âgées.

De la même manière, un projet de loi relatif à la protection des enfants devrait nous être soumis prochainement. Il aurait été plus opportun d'évoquer le sujet des pupilles de l'État à ce moment-là. De plus, les dispositions sur les mineurs non accompagnés (MNA) présentées par le Gouvernement à l'article 39 du projet de loi « 3DS » sont absolument identiques à celles qui sont prévues dans le projet de loi précité. Il faut donc supprimer cet article.

Mme Laurence Cohen. – Tout comme Cathy Apourceau-Poly, je suis soucieuse de l'éclatement des mesures qui concernent la santé dans différentes propositions ou projets de loi. Tout est extrêmement éparpillé, nous manquons d'une vision globale, tous les professionnels de santé, à l'issue de la pandémie, demandent une loi globale, sans parler de la loi de santé mentale tant attendue.

Concernant l'article 32, il apparaît très important de réaffirmer la responsabilité de l'État en matière d'infrastructures hospitalières. Il est parfaitement injuste que cette responsabilité repose sur des collectivités qui n'en ont pas les moyens. Cela entraîne des conséquences en matière d'inégalités territoriales. Nous soutiendrons donc les amendements du rapporteur qui émanent de la philosophie de responsabilisation de l'État.

Nous avons toujours été partisans d'un financement du RSA assuré à 100 % par l'État.

Au regard du périmètre de ce projet, il est effectivement compliqué de déterminer les sujets que l'on garde et ceux que l'on exclut. Les manquements sont tellement importants par rapport à notre ambition d'obtenir une loi de santé globale que cela nous incite à vouloir introduire bien plus de sujets.

Mme Élisabeth Doineau. – Je salue le travail du rapporteur. Les départements sont toujours tentés d'acquérir des compétences, mais l'état de leurs finances varie fortement d'un département à un autre. Certains comptent plus de personnes âgées, de bénéficiaires du RSA ; il en découle de plus grandes difficultés à réaliser leurs missions. De plus, l'allocation du RSA est issue d'un accord imparfait avec l'État : lorsque les départements ont récupéré cette compétence, ils ne se sont pas vu transférer l'ensemble des ressources correspondantes. Certains départements ont ainsi cessé de payer et l'on a parfois assisté à une forme de chantage de ces

départements à l'égard de la caisse d'allocations familiales (CAF) et de la Mutuelle sociale agricole (MSA).

De la même manière, le Fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE) n'a jamais été abondé au niveau utile pour que les départements puissent agir de façon efficace pour la protection de l'enfance. Il convient donc de trouver un équilibre entre ceux qui veulent plus de compétences et qui ont les moyens de les exercer de façon vertueuse, et ceux qui souhaitent les laisser à l'État en raison de leurs difficultés. Je suis plutôt favorable à l'expérimentation, qui permet de tester et de corriger le dispositif, comme cela a été fait pour la prise en charge du RSA.

J'ai déposé un amendement de suppression au sujet de la tutelle des pupilles, mais également un amendement proposant le transfert de la tutelle par expérimentation ; car il y a autant de départements qui veulent avoir cette compétence que de départements qui ne le souhaitent pas. Je me fie notamment à un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui montre que les départements ne sont pas tous assez vertueux pour prendre en charge de façon qualitative les jeunes qui leur sont confiés. D'ailleurs, il est quelque peu troublant d'être juge et partie. De même, les dernières lois sur la protection de l'enfance ne sont pas appliquées partout. Dans ce cadre, je suis très sceptique à l'idée de donner la compétence à tous. En revanche, je ne vois aucun problème à l'expérimenter dans les départements qui ont la capacité de le faire.

Mme Véronique Guillotin. – Je suis plutôt favorable à l'idée de réformer la présidence des ARS, afin de rééquilibrer la gouvernance en faveur des collectivités. Toutefois, un travail est nécessaire sur l'expertise de ses membres : les collectivités n'y sont généralement pas présentes, même lorsqu'elles le peuvent, en raison de la complexité et de la technicité des sujets. Au-delà de la gouvernance, il faudra veiller à démocratiser l'information et à faire émerger les grands enjeux, de manière à être moins technocratique et plus pratique – cela pourrait être facilité par la présence du président de région dans la gouvernance.

Dans le cadre de l'article 32, je suis très favorable à l'idée de cibler sur les investissements et sur le type de collectivité en fonction des niveaux d'établissements.

Concernant l'article 57, les mesures demandées en matière de transversalité existent déjà. Par exemple, les sujets de santé transfrontalière sont inscrits dans notre projet régional de santé (PRS). Ce texte formalise des choses déjà en place, sans donner des outils pour aller plus loin. À ce titre, inscrire la complémentarité des soins est essentiel. Il nous faudra des éléments juridiques et institutionnels importants pour approfondir cette coopération, de manière à pouvoir, par exemple, créer des maisons de santé transfrontalières (MST). Dans ce cadre, les statuts juridiques des médecins qui travailleront dans ces MST de part et d'autre de la frontière devront être harmonisés. Avancer sur ces sujets passe peut-être par une décentralisation plus importante.

M. Laurent Burgoa. – Je salue le rapport de qualité de notre collègue. Il me paraît important que cette loi « 3DS » n'évoque pas la question des MNA, qui fait l'objet d'une mission d'information que nous mènerons avec Xavier Iacovelli et deux collègues de la commission des lois jusqu'à septembre prochain. Celle-ci permettra justement d'aboutir à des amendements pertinents sur le sujet.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Nous ne sommes pas saisis au fond de l'article sur les MNA. En revanche, lors de la discussion sur la loi Bioéthique, j'ai pu discuter avec M. Adrien Taquet de ce sujet, et lui faire remarquer que l'article 39 de la loi « 3DS » était identique à la virgule près à celui qui est proposé dans le projet de loi relatif à la protection des enfants. Cela témoigne d'un manque de coordination interministérielle. Des amendements de suppression de cet article sont proposés et seront examinés par la commission des lois. Pour l'instant, les rapporteurs ne voient pas ces demandes de suppression d'un bon œil, mais nous essayerons de les faire changer d'avis, car les MNA n'ont rien à faire dans la loi « 3DS », à l'instar des pupilles d'ailleurs. Depuis quelques années, on voit effectivement des mesures éparses relatives à la santé, à l'enfance, ou encore aux personnes âgées figurer dans différents projets de loi, si bien que l'on s'y perd.

Madame Doineau, nous allons parler lors de l'examen des amendements de l'expérimentation concernant les pupilles de l'État.

Monsieur Bonne, il faut indéniablement une grande loi sur la dépendance, incluant le logement inclusif, la prise en charge, entre autres.

L'ASE révèle de grandes disparités entre départements dans la prise en charge des mineurs. Il est vrai que les pupilles de l'État représentent un nombre marginal, mais il revient aux services de l'ASE de les prendre en charge. Je soutiens le fait que la tutelle relève des départements, et en contrepartie, de retirer ces derniers du conseil de famille.

L'article 43 prévoit la compensation intégrale des transferts de compétences proposés. Mais il serait naïf de croire à la compensation à l'euro près, tous les ans, des dépenses qui en découlent.

Sans entrer dans le domaine réglementaire, affirmer la continuité de soins dans la loi permettra d'aller plus facilement dans le détail par la suite. Je rejoins le propos de Mme Guillotin sur les soins transfrontaliers.

Mme Annick Jacquemet. – Je ne suis pas favorable à l'idée de retirer les départements du conseil de famille.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Si on laisse la compétence à l'État, il n'y a aucune raison d'exclure le département du conseil de famille. Mais si l'on donne cette compétence au département, celui-ci ne peut pas y participer : il serait alors juge et partie.

Mme Victoire Jasmin. – Je salue ce qui a été dit à propos des zones transfrontalières, qui fait écho à la situation de l'ARS de Guadeloupe, également compétente pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Effectivement, il faudra approfondir ce sujet.

Il faudra également que l'on travaille à éviter les redondances avec la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment en matière d'aménagement du territoire.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous passons à l'examen des articles.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 31 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-814** vise à ce que le délégué départemental des ARS soit nommé après avis conforme du président du conseil départemental. Cependant, le délégué départemental de l'ARS relève de l'autorité fonctionnelle du directeur général de l'agence, lequel est nommé en conseil des ministres. Cela entraînerait un mélange des genres entre État et collectivité territoriale. Mon avis est défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-814.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-815** concerne le renvoi de la définition des missions des délégations départementales d'ARS au décret. Je ne vois aucune raison de procéder de la sorte. Les missions des délégations départementales des ARS ne donnent pas lieu, à l'heure actuelle, à une définition distincte de celle des ARS de manière générale. J'émetts un avis défavorable.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous avons toujours été pour un redéploiement.

M. Bernard Jomier. – L'esprit de ces trois amendements est de donner corps aux délégations départementales des ARS. Pour l'instant, la loi se borne à déclarer l'existence de ces délégations. Or, il s'agit ici de montrer que les collectivités territoriales ont leur mot à dire. Il y a bien des propositions en faveur d'une co-présidence du conseil d'administration des ARS entre le président du conseil régional et le représentant de l'État ! Ce n'est pas parce que le délégué départemental est nommé par l'État que le président du conseil départemental ne peut pas rendre un avis consultatif. Cela n'a rien d'exorbitant du droit commun. Si nous ne prenons pas le peu d'espace qui nous est offert dans ce projet de loi, nous n'obtiendrons rien du tout...

Sur les missions des délégations départementales, beaucoup d'idées ont été portées, notamment par les associations d'élus. Je propose simplement que ces missions soient déterminées par décret, après consultation des associations d'élus locaux. Toutefois, il ne s'agit pas ici d'entrer dans la détermination de ces missions.

M. Daniel Chasseing. – Je voterai cet amendement, car je pense qu'il faut renforcer le rôle du département dans les secteurs social et médico-social.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Le plus important est le profil du délégué départemental, et ses capacités de management. Et ce n'est pas parce que le président du conseil départemental donne son avis que celui-ci sera meilleur. Mme la ministre est d'accord sur le fait de revoir la qualification et les compétences des délégués départementaux. Mais comment le traduire de façon formelle ? Cette question ne relève pas, à mon avis, de la loi.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Il me paraît étrange qu'une ministre soit d'accord pour revoir les missions de la délégation départementale d'une agence régionale de santé. J'aimerais avoir l'avis du ministre des solidarités et de la santé sur ce point.

De plus, si le délégué départemental de l'ARS est nommé suivant l'avis conforme du président du département, jusqu'où ira-t-on ? Le président du département nommera-t-il les préfets ? L'inspecteur d'académie, nommé par le recteur, devra-t-il lui aussi obtenir l'avis du président du département ? Je force un peu le trait... Je ne suis pas favorable à cet avis, qu'il soit conforme ou non. Certes, le département et l'État peuvent travailler la main dans la main, mais pas au point que les départements contrôlent les nominations des fonctionnaires d'État.

M. René-Paul Savary. – En revanche, nous étions tous d'accord pour qu'en période de crise les délégués départementaux de l'ARS soient sur la responsabilité du préfet, ce qui est déjà plus ou moins inscrit dans la loi. On a parfois constaté des difficultés de mise en œuvre. N'est-ce pas là l'occasion de repréciser les choses ?

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – D'une part, cela figure dans la loi, et d'autre part, si cela a peut-être été compliqué dans certains endroits, ce n'est pas le cas partout.

M. Bernard Bonne. – Il est difficile d'imaginer que les présidents de département participent à la nomination des fonctionnaires d'État. En revanche, la possibilité devrait leur être donnée de désigner les directeurs des établissements médico-sociaux, alors, qu'ils dépendent à 80 % du département.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-815.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-816** prévoit la présentation d'un bilan d'activité par le délégué départemental d'ARS au président du conseil départemental. Cependant, le directeur général de l'ARS présente chaque année un bilan d'activité au conseil d'administration, et il existe une réunion de concertation avec les représentants d'élus de chaque niveau de collectivités. J'émet un avis défavorable, mais je suivrai l'avis de la commission si elle en décide autrement.

M. Bernard Jomier. – Avec la décentralisation se pose la question de l'articulation entre l'État et les collectivités territoriales. Un des grands problèmes de notre pays est justement le fonctionnement en silo. L'idée est donc de renforcer ces modalités d'articulation, avec la création d'un lien entre délégué départemental de l'ARS et conseil départemental.

M. René-Paul Savary. – Mais ce lien se fait naturellement !

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit déjà une commission de concertation avec les élus au niveau départemental. Cet amendement me paraît donc satisfait, d'où mon avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-816.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Mme Lassarade souhaite, au travers de l'amendement **COM-979** rectifié bis, que les délégations départementales des ARS soient placées sous l'autorité du préfet de département. Là encore, je donne un avis défavorable. Le délégué départemental est placé sous l'autorité du directeur général de l'ARS, tout comme l'inspecteur académique est placé sous l'autorité du recteur, et non pas du préfet.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-979 rectifié bis.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je propose le retrait des amendements identiques **COM-570** rectifié et **COM-728**, au profit de l'amendement **COM-792**, qui va dans le même sens.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-570 rectifié et COM-728.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-789** vise à renforcer les attributions du conseil d'administration des ARS. En réalité, il entend donner un rôle plus stratégique au conseil de surveillance, que traduit son changement de dénomination en conseil d'administration. D'une part, le PRS serait soumis à l'approbation formelle de ce conseil. D'autre part, il ouvre la possibilité pour ce conseil de se saisir de toute question entrant dans le champ de compétences de l'agence.

L'amendement COM-789 est adopté.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-817** de M. Bernard Jomier est satisfait par l'amendement **COM-791**.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-817.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-790**, **COM-199** rectifié et **COM-438** rectifié bis prévoient l'ajout des groupements de collectivités à la composition du conseil d'administration des ARS.

L'amendement COM-790 est adopté. La commission proposera à la commission des lois d'adopter les amendements COM-199 rectifié et COM-438 rectifié bis.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je demande le retrait des amendements identiques **COM-571** rectifié et **COM-729**, au profit de l'amendement COM-791.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-571 rectifié et COM-729.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-389** rectifié bis prévoit la représentation des communes de moins de 3 500 habitants au sein du conseil d'administration des ARS. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-389 rectifié bis.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-557** et **COM-833** rectifié visent à prévoir l'ajout d'un représentant des collectivités des zones de montagne à la composition du conseil d'administration des ARS. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-557 et COM-833 rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-791**, qui va dans le même sens que les amendements **COM-817** et **COM-729**, vise le rééquilibrage des voix entre les représentants de l'État et ceux des collectivités territoriales.

M. Philippe Mouiller. – Cela conférerait la majorité à l'État et à l'assurance maladie, puisque l'assurance maladie suit en général les positions de l'État ?...

M. Bernard Jomier. – Ces trois amendements ne sont pas les mêmes, même si la thématique est similaire. Actuellement, les conseils de surveillance des ARS sont composés de quatre collèges : les représentants de l'État, les représentants de l'assurance maladie, les collectivités territoriales, et les usagers et personnalités qualifiées. Dans certaines ARS, usagers et personnalités qualifiées sont scindés en deux groupes. En général, dans les conseils de surveillance, on trouve un seul représentant de l'État : le préfet. Les représentants de l'assurance maladie sont entre huit et dix, ceux des collectivités entre deux et six, contre quatre à six pour les usagers et personnalités qualifiées. Il y a donc une grande hétérogénéité, mais les représentants des organismes d'assurance maladie sont les plus nombreux. L'amendement ici présenté vise à donner le même poids aux collectivités territoriales et à l'État, mais il ne dit rien des autres collèges. Or, il convient de trouver un principe d'équilibre, notamment en accentuant le poids des représentants des collectivités territoriales. De même, il n'est pas question de restreindre la part des usagers. C'est pourquoi il faudrait instaurer trois vice-présidents, soit un par collège - sauf pour l'État, puisque le préfet préside. Nous défendons un principe d'équilibre entre ces quatre collèges. Face à cela, le système d'égalité de voix proposé par M. Milon me paraît compliqué à mettre en œuvre. En effet, comment départager ces voix ?

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les discordances entre les élus existeront toujours, même si leur nombre de sièges est égal !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Je soutiens les propos de Bernard Jomier. Ce qui est important, c'est l'exécutif ! C'est peut-être notre rôle que d'émettre des suggestions à ce sujet, car je n'ai pas trouvé de définition précise de l'exécutif de l'ARS dans les textes.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – La définition de la composition du conseil de surveillance se trouve dans la partie réglementaire. L'État représente quatre à cinq sièges ; les organismes d'assurance maladie neuf sièges ; les collectivités, quatre à cinq sièges ; les usagers comptent trois sièges ; et enfin, les personnalités qualifiées représentent quatre sièges. En termes de voix, l'État représente douze à quinze voix car ses représentants ont trois voix contre une seule pour les autres. Je propose de ne pas modifier le nombre de sièges, afin d'éviter d'avoir des conseils d'administration pléthoriques, mais que les collectivités territoriales puissent, elles aussi, représenter douze à quinze voix.

M. Philippe Mouiller. – Aujourd'hui, l'exécutif est chargé du pilotage, précisément parce que le conseil de surveillance n'a pas les prérogatives nécessaires. C'est pourquoi la réforme doit redonner du poids aux acteurs et aux élus locaux.

M. René-Paul Savary. – S'il s'agit d'un conseil d'administration, celui-ci devrait pouvoir nommer le directeur.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Non, cela ne fonctionne pas de cette manière.

M. Bernard Jomier. – Si la partie réglementaire induit ce déséquilibre, c'est bien parce que la partie législative est muette. Précisons donc dans le texte la notion de parts égales, ou une autre.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Nous en discuterons en séance.
L'amendement COM-791 est adopté.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-792**, **COM-1196**, **COM-110** rectifié, **COM-244** rectifié et **COM-382** rectifié prévoient la coprésidence du conseil d'administration des ARS par le préfet de région et le président du conseil du conseil régional.

L'amendement COM-792 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter les amendements COM-1196, COM-110 rectifié, COM-244 rectifié et COM-382 rectifié.

Les amendements **COM-429**, **COM-818** et **COM-819** deviennent sans objet.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-527** prévoit la réalisation par le conseil d'administration d'un état de la désertification médicale dans la région. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-527.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-111** rectifié et **COM-383** instaurent la compétence du conseil d'administration des ARS pour statuer sur toutes les décisions concernant l'offre de soins. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-111 rectifié et COM-383.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis – Les amendements **COM-471** et **COM-865** demandent l'ajout des groupements de collectivités dans la composition du conseil d'administration des ARS. Avis favorable à l'amendement COM-865, le COM-471 étant satisfait.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-471 et d'adopter l'amendement COM-865.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 31 ainsi modifié.

Articles additionnels après l'article 31 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Nous nous sommes posé la question de la recevabilité de l'amendement **COM-205** rectifié, qui vise à représenter les élus locaux au sein du conseil d'administration de Santé publique France. J'émet un avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-205 rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – J'émet un avis défavorable aux amendements identiques **COM-161**, **COM-204** rectifié et **COM-439** rectifié bis, qui prévoient de prendre en compte dans le PRS les contrats locaux de santé existants. Or, ces contrats locaux de santé découlent du PRS, et non l'inverse : avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-161, COM-204 rectifié et COM-439 rectifié bis.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-200** rectifié de Mme Micouveau concerne la généralisation des contrats locaux de santé. Retrait ou avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-200 rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-201** rectifié, **COM-369** et **COM-448** concernent l'intégration obligatoire de la santé mentale dans les contrats locaux de santé. Cependant, la santé mentale est déjà incluse dans les objectifs assez larges des CLS. Par conséquent, j'émet un avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-201 rectifié, COM-369 et COM-448, non plus que l'amendement **COM-867**.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-452** vise cette fois à intégrer aux CLS un volet santé-environnement. Là aussi, des plans sont déjà prévus en la matière. Retrait ou avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-452.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-203** rectifié vise à instaurer la production d'un avis des signataires du contrat local de santé, des conseils locaux de santé et des conseils locaux de santé mentale sur le projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Celles-ci doivent rester un organisme des professionnels de santé, d'où mon avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-203 rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-866** et **COM-202** rectifié prévoient la présence des élus locaux dans les CPTS : même avis.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-866 et COM-202 rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-1197** et **COM-331** rectifié visent à instituer des commissions départementales de la démographie médicale. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-1197 et COM-331 rectifié.

La commission proposera à la commission des lois de déclarer l'amendement **COM-48** rectifié bis irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-877** prévoit une dérogation aux règles d'installation d'officines à Mayotte. Mon avis est défavorable, et, si cet amendement est redéposé en vue de la séance, nous demanderons l'avis du Gouvernement.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-877 et **COM-876**.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-978** rectifié ter précise le rôle des élus au sein des conseils stratégiques des groupements hospitaliers de territoires (GHT). J'y suis défavorable, car la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a déjà répondu à cet objectif.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-978 rectifié ter.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-793** vise à supprimer les modifications apportées par l'Assemblée nationale sur la présence des sénateurs dans les conseils de surveillance des hôpitaux, qui doivent être désignés par la commission des affaires sociales du Sénat.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Cela avait déjà fait l'objet de discussions, et j'ai par ailleurs écrit au Premier ministre, qui semblait être plutôt favorable à cet amendement de suppression. En effet, les critères de décision paraissent trop complexes à déterminer.

L'amendement COM-793 est adopté et devient article additionnel.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter cet article additionnel.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-384** prévoit la transformation des conseils de surveillance des hôpitaux en conseils d'administration. J'y suis défavorable, ce n'est pas le sujet.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-384.

La commission proposera à la commission des lois de déclarer l'amendement **COM-868** irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 32 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je suis défavorable aux amendements identiques **COM-292** rectifié, **COM-401** rectifié ter et **COM-820** qui demandent la suppression de l'article 32. Cet article prévoit la participation des collectivités territoriales au financement des établissements publics ou privés de santé. Je vous propose plutôt d'encadrer ce financement via les amendements **COM-794**, **COM-795** et **COM-796**, ce qui nous permettra de négocier avec l'Assemblée nationale. Avis favorable au sous-amendement **COM-1110**.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-292 rectifié, COM-401 rectifié ter et COM-820.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter le sous-amendement COM-1110. L'amendement COM-794, ainsi modifié, est adopté.

Les amendements COM-796 et COM-795 sont adoptés.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-472** et **COM-869** visent à encadrer le soutien à l'investissement des établissements de santé au moyen de plafonds de participation des collectivités. J'émet un avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-472 et COM-869.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je demande le retrait de l'amendement **COM-870** au profit de l'amendement COM-795.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-870.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement **COM-393** rectifié ter.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je demande le retrait de l'amendement **COM-317** rectifié au profit de l'amendement **COM-794**.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-317 rectifié.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 32 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 32 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-1001** rectifié modifie la représentation des élus locaux au sein du conseil de surveillance des hôpitaux. Mon avis est défavorable, car il augmente le nombre de représentants des collectivités territoriales au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé, et confie à l'association des maires du département la désignation d'une personnalité qualifiée appelée à siéger au sein de ce conseil. Je comprends la volonté de renforcer le poids des élus dans la gouvernance hospitalière. Je doute cependant que cette modification de l'équilibre entre les trois collèges composant ce conseil, aujourd'hui à parité, soit une évolution opportune.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-1001 rectifié.

Article 33 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-797** ajoute à cet article la référence aux groupements. Les amendements identiques **COM-206** rectifié et **COM-449** sont donc satisfaits, de même que les amendements **COM-821** et **COM-871**.

L'amendement COM-797 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements **COM-206** rectifié, **COM-449**, **COM-821** et **COM-871**.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 33 ainsi modifié.

Article 34 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-390** instaure la possibilité pour les régions de créer et de gérer des centres de santé. Or, je souhaite que ces centres soient gérés à un échelon de proximité, donc par des communes ou des départements, même si les régions peuvent contribuer au financement. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-390.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-798** est rédactionnel.

L'amendement COM-798 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 34 ainsi modifié.

Articles additionnels après l'article 34.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je suis défavorable aux amendements identiques **COM-208** rectifié et **COM-450**, qui permettent de mentionner les collectivités dans un article du code de la santé publique qui concerne le droit fondamental à la protection de la santé. Cet article est de l'ordre de la proclamation.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-208 rectifié et COM-450, non plus que l'amendement **COM-207** rectifié.

Article 35 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-799**, identique à l'amendement **COM-395** rectifié bis, vise à supprimer l'article 35 qui expérimente la recentralisation du RSA, en raison de l'absence d'évaluation de la part du Gouvernement sur les recentralisations menées depuis 2019 en Guyane, à Mayotte et à La Réunion.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet article met en place une nouvelle expérimentation dans des départements demandeurs. Pourquoi vouloir le supprimer ? Expérimenter permettra justement d'encadrer ces dispositifs pendant cinq ans. Les premières recentralisations n'ayant que deux ans, il n'est pas possible d'obtenir déjà des résultats ! Je ne voterai pas cet amendement.

M. Philippe Mouiller. – Dans la pratique, on constate que, lors des discussions entre l'État et les départements à propos des situations financières difficiles, l'une des réponses de l'État est souvent de les inciter à basculer dans l'expérimentation. C'est à double tranchant : certes, cela permet d'essayer un dispositif avant de le généraliser, mais c'est aussi et surtout un outil politique pour enclencher cette recentralisation. Il est donc important d'obtenir dès aujourd'hui des éléments d'information.

M. Martin Lévrier. – Mais il s'agit ici d'une demande de départements, et pas de l'État. Il est dommage de ne pas leur laisser cette possibilité.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Si je vous propose ici de supprimer cette disposition, c'est dans le but d'obliger le Gouvernement à nous donner des éléments précis sur les recentralisations déjà réalisées. Nous n'avons pas pu auditionner les représentants des DROM concernés, mais j'aurais aimé savoir s'ils sont satisfaits.

M. Daniel Chasseing. – J'ai eu l'occasion d'auditionner des représentants des départements de La Réunion, de l'Allier et de la Manche.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Mais l'Allier et la Manche ne sont pas concernés par la recentralisation.

Je ne suis pas défavorable au principe de l'expérimentation, mais à condition d'avoir eu des explications. Par ailleurs, la Seine-Saint-Denis souhaite obtenir cette expérimentation à tout prix en raison de ses dépenses de RSA, qui ont été augmentées d'environ 35 millions d'euros en une année, provoquant son asphyxie. Mais cette asphyxie est-elle due au fait que le département n'a plus les moyens de payer, ou au fait que l'État ne lui verse pas une compensation à la hauteur des dépenses ? Et dans ce dernier cas, l'État paiera-t-il mieux lorsqu'il aura récupéré la compétence ? Je n'en suis pas si sûr. Il s'agit donc d'en savoir plus. Par mon amendement, je veux uniquement provoquer le Gouvernement pour savoir ce qu'il veut exactement !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – À la lumière de cette explication, je suis d'accord pour le supprimer.

L'amendement COM-799 est adopté. La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-395 rectifié bis.

Les amendements **COM-784**, **COM-483**, **COM-785**, et **COM-482** deviennent sans objet.

La commission proposera à la commission des lois de supprimer l'article 35.

Articles additionnels après l'article 35

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – J'émet un avis de sagesse à l'amendement **COM-456** rectifié propose un assouplissement des possibilités de sanction des bénéficiaires du RSA. À titre personnel, et non pas en ma qualité de rapporteur, je ne suis pas favorable à l'idée de sanctionner les bénéficiaires du RSA, car la plupart d'entre eux ne sont pas en capacité de connaître les arcanes du système. Certes, il y a des tricheurs, mais ils sont peu nombreux.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-456 rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-592** rectifié instaure un pouvoir de contrôle des bénéficiaires du RSA par le département. Là encore, la discussion aura lieu en séance. Sur cette question, à titre personnel, je pense que beaucoup a déjà été fait.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-592 rectifié portant article additionnel.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-786** est une demande de rapport sur l'opportunité de recentraliser le RSA, à laquelle je ne suis pas favorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-786.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-572** rectifié et **COM-730** demandent la création d'une conférence départementale de la solidarité sociale. J'y suis défavorable, d'autant plus que leur objet évoque la création d'une « agence départementale des solidarités » !

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-572 rectifié et COM-730.

Article 36 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-800** précise la compétence départementale de coordination du développement de l'habitat inclusif.

L'amendement COM-800 est adopté ; l'amendement **COM-484** devient sans objet.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 36 ainsi modifié.

Articles additionnels après l'article 36 (délégués)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-945**, **COM-637** et **COM-28** rectifié bis visent à pérenniser l'expérimentation consistant pour les résidences universitaires à louer leurs logements vacants à des publics prioritaires durant les congés. J'émet un avis très favorable.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter les amendements COM-945, COM-637 et COM-28 rectifié bis portant article additionnel.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je demande le retrait des amendements **COM-288** et **COM-78**, satisfaits par les trois amendements précédents.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-288 et COM-78.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-116** concerne l'application outre-mer des dispositions relatives aux résidences autonomie. Retrait.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-116.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-521** prévoit la communication automatique d'un changement de résidence d'une MDPH à une autre. Il est dépourvu de lien avec le texte.

La commission proposera à la commission des lois de déclarer l'amendement COM-521 irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements **COM-731** et **COM-573** rectifié visent à renforcer les pouvoirs du département en matière médico-sociale. Retrait ou avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois ne pas adopter les amendements COM-731 et COM-573 rectifié.

Article 37 (délégué)

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement de suppression **COM-293**

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-118** instaure le transfert aux communautés urbaines et aux métropoles d'une compétence d'action sociale d'intérêt communautaire. J'y suis défavorable, car il est préférable de retenir la formule la plus souple pour les collectivités concernées.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-118.

L'amendement **COM-801** est adopté. La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement identique **COM-872** rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-787** prévoit la nécessité de l'accord des communes membres pour la création d'un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) dans une communauté urbaine ou une métropole. Le dispositif proposé à l'article 37 comporte plusieurs garde-fous au bénéfice des communes membres : il n'est donc pas nécessaire d'ajouter une condition supplémentaire d'accord des communes concernées. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-787.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 37 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 37 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-473** est satisfait par l'amendement COM-801.

L'amendement COM-473 devient sans objet.

Article 38 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-128** rectifié, **COM-294**, **COM-318**, **COM-319** rectifié bis et **COM-440** rectifié bis visent à supprimer l'article 38, qui transfère la tutelle des pupilles de l'État au département. J'étais, au départ, plutôt défavorable à cette suppression, mais adopter ces amendements nous permettrait peut-être d'obtenir des informations en séance de la part du Gouvernement sur le financement du dispositif et son articulation avec le projet de loi sur la protection des enfants. Je me rangerai à l'avis de la commission.

Mme Michelle Meunier. – Si nous supprimons cet article, nous nous enlevons toute possibilité d' discuter, notamment lors de la commission mixte paritaire (CMP).

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Non, la logique suivie est la suivante : ici, l'article propose de transférer la tutelle des pupilles de l'État au département. Je proposais au départ d'accepter cette idée, qui me paraissait cohérente et équilibrée, en prévoyant que le département ne siège plus au sein des conseils de famille, afin de ne pas être à la fois juge et partie. Si l'on supprime cet article, le Gouvernement déposera certainement un amendement tendant à le réintroduire, ce qui nous permettra de l'interroger sur la pertinence de cet article au regard de la prochaine loi sur la protection de l'enfance. En somme, deux options s'offrent à nous.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Vous avez dit que cette loi ne serait pas le grand soir de la décentralisation, mais vous refusez ici des dispositions qui proposent de décentraliser...

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Certes, nous sommes tous favorables à la décentralisation, mais à la condition qu'elle soit accompagnée de financements appropriés. Le problème, c'est que nous n'avons pas ici les modalités financières du transfert. En principe, j'étais assez favorable au transfert de la compétence sur les pupilles de l'État. Mais je ne suis pas contre la suppression de l'article, si vous le souhaitez, pour les raisons que je viens d'évoquer.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter les amendements **COM-128** rectifié, **COM-294**, **COM-318**, **COM-319** rectifié bis et **COM-440** rectifié bis. L'amendement **COM-407** devient sans objet.

La commission proposera à la commission des lois de supprimer l'article 38.

Article 57 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – J'é mets un avis défavorable à l'amendement **COM-972**, qui réécrit l'ajout proposé au schéma régional de santé, en l'étendant à la prise en compte de l'offre de soins des bassins de vie transfrontaliers. Surtout, la rédaction de l'amendement prévoit une mise en œuvre par des contrats locaux de santé, systématiques, conclus avec des collectivités étrangères. L'amendement lève également la nécessité d'un accord international dans le PRS.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-972.

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-802** vise à intégrer Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon dans la disposition codifiée. L'amendement **COM-803** est un amendement de précision sur le champ de la déclinaison opérationnelle.

Les amendements COM-802 et COM-803 sont adoptés.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 57 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 57 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – Je suis favorable à l'amendement **COM-971**, qui permet de renforcer la coopération par l'intégration de professionnels étrangers frontaliers dans les CPTS, sous réserve de l'adoption de mon sous-amendement **COM-1210**, qui supprime la mention « et limitrophes », redondante, à l'alinéa 2.

Le sous-amendement **COM-1210** est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-9 portant article additionnel ainsi modifié.

Article 78 (délégué)

M. Alain Milon, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-804** est un amendement de suppression d'une disposition législative obsolète, et l'amendement **COM-805** est un amendement de précision rédactionnelle.

Les amendements COM-804 et COM-805 sont adoptés.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 78 ainsi modifié.

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie². Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du 29 juin 2021, la proposition adressée à la commission des lois de **périmètre indicatif** des articles du projet de loi (n° 588, 2020-2021) relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale pour lesquelles elle a reçu une délégation au fond.

¹ Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

² Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

³ Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- à la gouvernance des agences régionales de santé ;
- aux conditions de création de centres de santé par des collectivités territoriales ainsi qu'au statut des professionnels y exerçant ;
- aux facultés pour les collectivités territoriales de concourir au financement des établissements de santé ;
- aux compétences des collectivités territoriales en matière de sécurité sanitaire et d'accès aux soins de proximité ;
- aux dispositifs relatifs au logement des personnes âgées, des personnes handicapées et aux publics reconnus prioritaires ;
- de la répartition entre le département et l'État de compétences relatives à l'attribution, à la gestion et au financement du revenu de solidarité active et du revenu de solidarité en outre-mer ;
- au transfert aux conseils départementaux de la tutelle des pupilles de l'État ;
- aux possibilités de création d'un centre intercommunal d'action sociale et à la répartition des compétences d'action sociale au sein du bloc communal ;
- à la déclinaison d'accords internationaux de coopération sanitaire dans les documents de planification et de programmation en santé au niveau local ;
- à la création d'un établissement public industriel et commercial compétent en matière de formation professionnelle dans les départements et régions d'outre-mer.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- à la politique nationale de santé, à l'organisation générale de l'offre de soins, aux compétences et à l'organisation des professions de santé ;
- aux conditions de conventionnement des professionnels de santé libéraux avec l'assurance maladie ainsi qu'au régime social et fiscal applicable à leur installation ;
- à l'organisation générale des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;
- aux conditions générales de financement ainsi qu'aux charges et produits des établissements de santé ;
- aux prestations servies par les départements aux personnes en perte d'autonomie ;

- aux conditions générales d'attribution, au montant et au service du revenu de solidarité active ;
- aux compétences des collectivités territoriales en matière d'insertion sociale et professionnelle ;
- aux compétences des collectivités territoriales en matière d'adoption ;
- aux conditions de prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Conseil départemental de Seine-Saint-Denis**

Olivier Veber, directeur général des services

Benjamin Voisin, directeur général adjoint du pôle solidarité

- **Dr Jean-Yves Grall**, président du collège des directeurs généraux d'ARS

Pierre Pribile, directeur général de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté

Philippe de Mester, directeur de l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

- **Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)**

Pierre-Emmanuel Lecerf, adjoint du directeur général

- **Ville de Paris**

Marie Daudé, secrétaire générale adjointe de la Ville de Paris

Fiona Texeire, Conseillère parlementaire en charge des relations institutionnelles

- **Région Île-de-France**

Farida Adlani, vice-présidente de la région Île-de-France chargée de la santé, des solidarités et de la famille

Anne Claire Tyssandier, directrice adjointe de cabinet de la présidente du conseil régional d'Île-de-France

Léa Desgrousilliers, chargée de mission auprès du directeur général adjoint

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**
 - Christine Schibler**, déléguée générale
 - Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
 - Vincent Roques**, directeur de cabinet
 - Cécile Chevance**, responsable du pôle finances

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)**
 - Antoine Perrin**, directeur général
 - François Moro**, directeur adjoint de l'offre de soin
 - Armand Suicmez**, responsable des affaires publiques

- **Régions de France**
 - Jules Nyssen**, délégué général

- **Assemblée des départements de France (ADF)**
 - Jean-Michel Rapinat**, directeur des politiques sociales de l'ADF

- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**
 - Jérôme Jumel**, adjoint à la directrice

- **Direction générale de l'Outre-mer**
 - Christophe de Vivie de Regie**, adjoint au chef du bureau des collectivités locales
 - Myriam Aflalo**, cheffe de la mission du droit européen et international
 - Corinne Locatelli-Jouans**, adjointe au chef du bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement
 - Malika Merad**, chargée de mission au bureau de la cohésion sociale, de la santé et de l'enseignement
 - Benjamin Parentelli**, chargé de mission au bureau de la vie économique, de l'emploi et de la formation

- **Assemblée des communautés de France (AdCF)**

Anne Terlez, présidente de la commission cohésion sociale

Région Guadeloupe

Monique Apat : directrice générale adjointe, infrastructure et cadre de vie

Richard Samuel, conseiller politique du président

Ruddy Blonbou, directeur de cabinet adjoint

- **Conseil départemental de Guadeloupe**

Alex Vignal, directeur du cabinet adjoint

Catherine Romuald, directrice générale adjointe de l'insertion

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Katia Julienne, directrice générale

Sandrine Billet, sous-directrice, pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP)**

- **Union des caisses nationales de sécurité sociale (UNCASS)**

- **MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom**, auteurs du rapport « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ! »

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

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