

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mercredi 20 mai 2009

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



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



7771050 905807

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT

### Secrétaires :

MM. Philippe Nachbar, Jean-Paul Virapoullé.

1. Procès-verbal (p. 4874)
2. Saisine du conseil constitutionnel (p. 4874)
3. Réforme de l'hôpital. – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (*Texte de la commission*) (p. 4874)

Titre IV (*appelé en priorité après le titre I<sup>er</sup>*) (p. 4874)

Article additionnel avant l'article 26 A (*réserve jusqu'après l'article 34*) (p. 4874)

Article 26 A (p. 4874)

Amendement n° 1321 du Gouvernement. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Demande de priorité (p. 4875)

Demande de priorité, au sein de l'article 26, des amendements n° 955, 1086, 249 rectifié, 956, 1010, 250 rectifié, 252 rectifié et 251 rectifié. – M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales ; Mme la ministre. – La priorité est ordonnée.

Article 26 B (p. 4875)

Amendement n° 1018 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 1323 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 1322 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 26 (p. 4878)

MM. Yves Daudigny, Guy Fischer, Jean-Pierre Chevènement, Alain Vasselle, le rapporteur, Mme la ministre.

Amendement n° 906 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jean-Pierre Fourcade, Bernard Cazeau, François Autain, Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 1248 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le président de la commission, le rapporteur, Alain Vasselle, Yves Daudigny, François Autain, Paul Blanc, Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. – Adoption.

Amendements identiques n° 955 de M. François Autain et 1086 de M. Jacky Le Menn ; amendements n° 249 rectifié à 252 rectifié de M. Alain Vasselle, 956 de M. François Autain, 1010 rectifié de M. Nicolas About et sous-amendement n° 1336 de M. Alain Vasselle (*appelés en priorité*). – MM. François Autain, Bernard Cazeau, Alain Vasselle, Guy Fischer, Nicolas About, le rapporteur, Mmes la ministre, la secrétaire d'État, MM. Jacky Le Menn, Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot. – Retrait des amendements n° 1086, 250 rectifié à 252 rectifié et du sous-amendement n° 1336 ; adoption, après une demande de priorité, de l'amendement n° 1010 rectifié, les autres amendements devenant sans objet.

Amendement n° 1038 rectifié de M. Yves Daudigny. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 907 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1039 de M. Jacky Le Menn. – MM. Claude Jeannerot, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1037 de M. Yves Daudigny. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1324 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Bernard Cazeau, Jean Desessard. – Rejet.

Amendement n° 908 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1026 rectifié de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1020 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n° 909 de M. François Autain et 1019 de M. Jean Desessard. – Mme Annie David, MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 1041 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jacky Le Menn, Jean-Pierre Godefroy. – Rejet.

Amendement n° 1042 de M. Jacky Le Menn. – M. Claude Jeannerot. – Retrait.

Amendements n° 1043 de M. Jacky Le Menn et 1326 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Retrait de l'amendement n° 1043 ; adoption de l'amendement n° 1326.

Amendement n° 910 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1152 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Adrien Gouteyron, Jean Desessard, Alain Vasselle, André Trillard. – Retrait.

Amendement n° 1034 rectifié de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1036 de M. Yves Daudigny. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1044 de M. Jacky Le Menn. – MM. Claude Jeannerot, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements n° 911 de M. François Autain, 1153 rectifié *bis* de M. Gilbert Barbier et 1045 de M. Jacky Le Menn. – Mme Isabelle Pasquet, MM. Gilbert Barbier, Claude Jeannerot, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Gérard Longuet, Jean Desessard. – Rejet des amendements n° 911 et 1045 ; adoption de l'amendement n° 1153 rectifié *bis*.

Amendements identiques n° 79 de M. René Beaumont et 1155 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. René Beaumont, Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre, M. Alain Vasselle. – Retrait des deux amendements.

Renvoi de la suite de la discussion.

4. **Dépôt d'un projet de loi** (p. 4917)
5. **Transmission d'un projet de loi** (p. 4918)
6. **Dépôt de propositions de loi** (p. 4918)
7. **Dépôt d'une proposition de résolution** (p. 4918)
8. **Textes soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution** (p. 4918)
9. **Dépôt de rapports** (p. 4919)
10. **Dépôt de textes de commissions** (p. 4919)
11. **Renvoi pour avis** (p. 4920)
12. **Dépôt d'un rapport d'information** (p. 4920)
13. **Ordre du jour** (p. 4920)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT

**vice-président**

**Secrétaires :**  
**M. Philippe Nachbar,**  
**M. Jean-Paul Virapoullé.**

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à quatorze heures trente-cinq.)*

1

### PROCÈS-VERBAL

**M. le président.** Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

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

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

2

### SAISINE DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

**M. le président.** M. le président du Sénat a été informé par le président du Conseil constitutionnel, par lettre en date du 20 mai 2009, que celui-ci a été saisi par plus de soixante députés d'une demande d'examen de la conformité à la Constitution de la loi favorisant la diffusion et la protection de la création sur internet.

Acte est donné de cette communication.

3

### RÉFORME DE L'HÔPITAL *(Texte de la commission)*

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

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

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus au titre IV, appelé en priorité après le titre I<sup>er</sup>.

## TITRE IV

### ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ *(priorité)*

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### CRÉATION DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

#### Article additionnel avant l'article 26 A *(réservé)*

**M. le président.** Je rappelle au Sénat que l'examen de l'amendement visant à insérer un article additionnel avant l'article 26 A a été réservé jusqu'à la fin du titre IV.

#### Article 26 A

#### **(Texte non modifié)**

Le dernier alinéa de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que les conditions dans lesquelles ces avis sont rendus de manière motivée ».

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 1321, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

I. - L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « avis » sont insérés les mots : « sur les projets de loi » ;

2<sup>o</sup> Le dernier alinéa est complété par les mots : « , ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés ».

II. - Après le cinquième alinéa (3<sup>o</sup>) de l'article L. 211-2 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4<sup>o</sup> D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'État.

III. - Après le quatrième alinéa (3<sup>o</sup>) de l'article L. 221-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4<sup>o</sup> De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'État. »

IV. - Les dispositions prévues au II entrent en vigueur à l'échéance des mandats en cours des membres des conseils des caisses primaires d'assurance maladie.

V - L'article L. 231-7 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes. »

VI. - Par dérogation à l'article L. 231-2 du même code, le mandat des membres des conseils des caisses primaires appelées à fusionner au 1<sup>er</sup> janvier 2010 expire le 31 décembre 2009.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé et des sports*. Cet amendement de simplification vise à limiter l'obligation de motivation des avis des caisses nationales du régime général aux projets de loi et à ajuster les règles relatives à la gouvernance de ces dernières.

Les caisses nationales du régime général donnent d'ores et déjà des avis motivés sur les projets de nature législative ou réglementaire.

Toutefois, il faut bien le reconnaître, ces avis n'alimentent pas comme ils le devraient – c'est une litote – la réflexion du Gouvernement et du Parlement. Il faut dire que les motivations des avis ne sont pas toujours assez détaillées. Pour leur rendre toute leur force, je propose que soient définies par décret en Conseil d'État les conditions dans lesquelles ces avis devront être motivés.

L'amendement que je vous présente vise, néanmoins, à limiter l'obligation pour les caisses de motiver leurs avis aux seuls projets de loi. En effet, s'il est essentiel, pour les projets de loi, que les avis des caisses soient argumentés, le nombre très élevé de textes réglementaires soumis aux caisses, ainsi que leur caractère souvent très technique, rend cette exigence moins forte pour ces derniers. Les conseils ou conseils d'administration des caisses nationales du régime général continueront toutefois, bien entendu, à donner un avis sur les textes réglementaires.

En ce qui concerne l'adaptation de certaines règles de gouvernance des caisses de sécurité sociale dans la perspective du mouvement de fusion en cours au sein du régime général, l'amendement vise à mieux prendre en compte les opérations de fusion des organismes dans les différentes branches.

Il est ainsi proposé de ne pas permettre à des conseillers ou à des administrateurs qui ne seraient plus en mesure de prétendre à un troisième mandat dans une caisse de postuler de nouveau à ces fonctions dans les nouvelles caisses fusionnées. Cette mesure répond à une volonté de dynamisation des fonctions de président de caisse.

Il est également proposé, dans la perspective de l'échéance du mandat des conseillers de la branche maladie, fin 2009, et dans un souci de bonne gestion, que les conseillers des caisses primaires qui vont fusionner au 1<sup>er</sup> janvier 2010 continuent à remplir leur mandat jusqu'au 31 décembre 2009. Il s'agit là aussi d'une mesure de simplification.

Cet amendement tend à modifier, enfin, la composition du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, et des caisses primaires d'assurance maladie, les CPAM, pour y intégrer des personnes qualifiées, en plus des autres catégories déjà présentes –représentants des salariés et des employeurs, Fédération nationale de la mutualité française et institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie. Il apparaît en effet utile de

permettre à ces conseils de bénéficier de l'expérience de personnalités qui œuvrent plus largement dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie.

Cette modification, je tiens à le signaler, préserve tout à fait l'équilibre actuel des conseils, qui reposera toujours sur le paritarisme entre représentants des salariés et représentants des employeurs.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon**, *rapporteur de la commission des affaires sociales*. Il s'agit d'un amendement extrêmement technique, qui vise à apporter diverses précisions sur la composition des conseils des caisses primaires et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, notamment pour tirer les conséquences des fusions de caisses locales.

La commission émet un avis de sagesse positive.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1321.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'article 26 A est ainsi rédigé.

DEMANDE DE PRIORITÉ

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

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Nous allons bientôt aborder l'examen de l'article 26. Pour faciliter la compréhension du débat, je souhaiterais que soient alors appelés en priorité, juste après l'examen de l'amendement n° 1248 du Gouvernement, les huit amendements n°s 955, 1086, 249 rectifié, 956, 1010, 250 rectifié, 252 rectifié et 251 rectifié, portant sur l'article L. 1434-11 du code de la santé publique et relatifs à la gestion du risque, comme l'article 26 B.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Favorable.

**M. le président.** La priorité est de droit.

### Article 26 B

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 182-2-1, il est inséré un article L. 182-2-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 182-2-1 A.* - I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie une convention qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.

« La convention d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par la convention d'objectifs.

« Elle détermine également les conditions :

« 1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de cette convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;

« 2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. - La convention d'objectifs est conclue pour une période minimale de quatre ans.

« La convention et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat mentionnées à l'article L.O. 111-9. » ;

2° L'article L. 182-2-3 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa de cet article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Les orientations de la convention d'objectifs prévue à l'article L. 182-2-1 A » ;

b) Dans le neuvième alinéa, les mots : « au 3° et 4° » sont remplacés par les mots : « au 3°, au 4° et au 7° » ;

c) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°. » ;

3° L'article L. 182-2-4 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 1° *bis* Négocie la convention d'objectifs prévue à l'article L. 182-2-1 A » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le président et le directeur général signent la convention d'objectifs prévue à l'article L. 182-2-1 A. »

**M. le président.** L'amendement n° 1018, présenté par MM. Le Menn, Cazeau et Desessard, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. - Avant le 1° de cet article, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 1° de l'article L. 182-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Une convention d'objectifs pluriannuelle et des avenants annuels, signés entre le ministre chargé de la santé, président de droit du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé visé à l'article L. 1433-1 et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévoit les priorités, objectifs organisationnels et structurels que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie proposera à la négociation nationale des professions de santé libéraux et des centres de santé. Ces conventions pourront prévoir les modalités et objectifs de déclinaison et d'adaptation des conventions nationales par négociation entre les agences régionales de santé et les professions et centres de santé en régions. »

II. - Après le 1° de cet article, insérer six alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 182-2-2 est ainsi modifié :

a) Les trois premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est dotée d'un conseil de surveillance, d'un collège des directeurs et d'un directeur général.

« Le conseil de surveillance est composé de :

« 1° Douze membres, dont le président, désignés par le conseil de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein, cette désignation devant inclure au moins un membre de chacune des trois catégories représentées au conseil de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 221-3 ; » ;

b) Le sixième alinéa est ainsi rédigé :

« Les trois présidents visés aux alinéas précédents composent le bureau du conseil de surveillance de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce bureau assure la permanence de l'union entre les réunions du conseil de surveillance. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le directeur général de l'Union. Il est consulté sur l'ordre du jour du conseil de surveillance par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et peut se faire communiquer tout document utile à sa mission. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

III - Compléter le a) du 2° de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les conventions d'objectifs prévues au deuxième alinéa du 1° de l'article L. 182-2. »

IV - Compléter le 2° de cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

...) Après le mot : « conseil », sont insérés (quatre fois) les mots : « de surveillance » ;

...) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le conseil de surveillance est tenu régulièrement informé par le collège des directeurs de la mise en œuvre de la convention d'objectifs et des avenants prévus au deuxième alinéa du 1° ainsi que des orientations prévues aux 2°, 3° et 4°. Il émet au moins une fois par an un avis circonstancié sur les résultats de l'action menée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et émet toute recommandation qu'il juge utile dans le domaine de compétence de l'Union. Il peut, sur le fondement d'un avis circonstancié rendu à la majorité simple de ses membres, diligenter toute analyse nécessaire à l'exercice de ses missions. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement concerne la gestion du risque, mission nouvelle qui incombera aux agences régionales de santé, les ARS. Je concède qu'il est assez technique et complexe, mais je vais essayer d'en dégager l'esprit.

Je rappelle que ce projet de loi organise une coordination des politiques de santé en région dont les ARS seront chargées, par le biais d'un conseil national de pilotage placé sous la présidence du ministre chargé de la santé. C'est au sein de ce conseil que seront fixés les objectifs généraux de la négociation avec les professionnels de santé libéraux, objectifs

généraux qui seront inscrits dans la convention d'objectifs pluriannuelle signée entre les ministres concernés et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM.

Cet amendement tire les conséquences pour l'UNCAM, maintenue par le projet de loi, du nouveau dispositif mis en place.

Ainsi, le I vise à prévoir l'articulation de la convention d'objectifs pluriannuelle négociée entre l'État et l'UNCAM avec les objectifs régionaux, ce qui conduira à des adaptations de la convention nationale par négociation entre les ARS, les professionnels et les centres de santé. L'objectif est de renforcer la cohérence entre les politiques mises en œuvre par l'État, par les ARS et par les caisses d'assurance maladie, dans le respect du rôle de chacun des acteurs.

Le choix ayant été fait de maintenir l'UNCAM, le a) du II de l'amendement tend à adapter les missions et la composition de son conseil afin que celui-ci puisse pleinement jouer son rôle dans ce nouveau contexte, eu égard à la représentation dont il est l'émanation. Qualifier le conseil de l'UNCAM de « conseil de surveillance », c'est lui donner un rôle de veille quant à la mise en œuvre et aux résultats de la politique de santé, au service de l'égalité d'accès aux soins. Prévoir la représentation de la mutualité et d'au moins une association au sein de ce conseil de surveillance, c'est renforcer la légitimité de celui-ci dans une fonction de représentant des usagers et des financeurs.

Dans le b) du II de l'amendement, des précisions sont apportées sur la composition et sur les compétences du bureau du conseil de surveillance, qui a remplacé l'ancien conseil de l'UNCAM.

Le III de l'amendement porte sur l'article L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale. Le 8° tire les conséquences de la signature de la convention d'objectifs pluriannuelle entre le ministre de la santé, président de droit du conseil national de pilotage des ARS, et l'UNCAM.

Le IV de l'amendement a pour objet de compléter le 2° de l'article 26 B présenté par la commission des affaires sociales du Sénat. Il vise particulièrement à préciser le rôle du conseil de surveillance dans le suivi de la mise en œuvre de la convention d'objectifs et des actions conduites par l'UNCAM. Ce conseil émettra toutes les recommandations qu'il jugera utiles dans le domaine de compétence de l'UNCAM.

Ce matin, en commission, nous avons longuement discuté d'amendements voisins de celui-ci. L'amendement n° 1010, qui sera présenté par M. About, devrait satisfaire le I de mon amendement, voire le IV, mais il appartient au président et au rapporteur de la commission de le confirmer.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a longuement évoqué cet amendement ; elle a émis un avis défavorable parce qu'il n'a pas pu être rectifié pour prendre en compte les dispositions qui seront présentées par la suite.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La commission a adopté un amendement déposé par MM. Milon et Vasselle tendant à lier l'UNCAM et l'État par une convention déterminant les objectifs pluriannuels de gestion du risque de l'assurance maladie. Je comprends le sens de cette proposition.

En revanche, monsieur Le Menn, votre amendement pêche par son champ trop étendu, puisqu'il va jusqu'à revenir sur des principes de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : vous souhaitez en effet que l'État se mêle à nouveau des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé – sur un mode contractuel, j'en conviens –, vous réformez la gouvernance de l'UNCAM en modifiant la composition et les missions du conseil...

Sans porter de jugement de fond sur vos propositions, il me semble qu'une réforme de cette ampleur ne peut être engagée par le biais d'un simple amendement, qui n'a pas été soumis préalablement aux partenaires sociaux ni précédé d'une évaluation de l'action menée par l'UNCAM.

J'y insiste : une réforme de cette ampleur ne peut être lancée sans concertation, et alors même qu'une évaluation de la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés par l'Inspection générale des affaires sociales est en cours. Nous pourrions reprendre ce débat lorsque nous disposerons du rapport de l'IGAS, car je ne doute pas qu'il sera très riche d'enseignements.

Dans cette attente, je vous suggère, monsieur Le Menn, de retirer votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Le Menn, l'amendement n° 1018 est-il maintenu ?

**M. Jacky Le Menn.** Compte tenu des éléments que vient de nous communiquer Mme la ministre, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1018 est retiré.

L'amendement n° 1323, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Dans le premier alinéa du I du texte proposé par le 1° de cet article pour l'article L. 182-2-1 A du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

une convention

par les mots :

un contrat

II. - En conséquence, dans les première et seconde phrases du deuxième alinéa du I du même texte, remplacer (deux fois) les mots :

la convention

par les mots :

le contrat

III. - En conséquence, dans le quatrième alinéa (1°) du I du même texte, remplacer les mots :

cette convention

par les mots :

ce contrat

IV. - En conséquence, dans le premier alinéa du II du même texte, remplacer les mots :

La convention

par les mots :

Le contrat

et le mot :

conclue

par le mot :

conclu

V. - En conséquence, dans le second alinéa du II du même texte, remplacer les mots :

La convention

par les mots :

Le contrat

et les mots :

la modifie

par les mots :

le modifie

VI. - En conséquence, dans le second alinéa du a) du 2° de cet article, remplacer les mots :

de la convention d'objectifs prévue

par les mots :

du contrat d'objectifs prévu

VII. - En conséquence, dans les seconds alinéas des a) et b) du 3° de cet article, remplacer (deux fois) les mots :

la convention d'objectifs prévue

par les mots :

le contrat d'objectifs prévu

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement assez long a un caractère purement rédactionnel, puisqu'il tend à substituer le terme de « contrat » à celui de « convention » pour désigner le document devant lier l'État à l'UNCAM pour la gestion du risque, introduit par la commission.

Si je perçois bien l'intérêt de la démarche de contractualisation voulue par la commission, qui tire les conséquences du rôle joué par l'UNCAM à l'échelon national en matière de gestion du risque, je souhaiterais cependant substituer le terme de « contrat » à celui de « convention » pour ne pas créer de confusion avec les conventions d'objectifs et de gestion qui lient déjà l'État à chacune des caisses nationales d'assurance maladie et que l'amendement de la commission ne remet pas en cause, si j'ai bien compris.

Ces conventions d'objectifs et de gestion ont pour objet de définir les moyens permettant aux caisses nationales de remplir les objectifs que l'État a négociés avec elles. Ce n'est pas un hasard si l'UNCAM n'en signe pas, puisqu'elle est la « tête de réseau » des trois régimes d'assurance maladie, qu'elle utilise pour mener ses actions. L'UNCAM n'a donc pas de réseau propre et elle ne dispose ni d'un réel budget ni d'effectifs ; ses missions ne nécessitent pas de moyens humains et financiers qui pourraient entrer dans le champ de négociation d'une convention d'objectifs et de gestion.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Madame la ministre, les termes de convention et de contrat ont, en droit, la même valeur ; la commission n'est donc absolument pas contrariée par la substitution que vous suggérez.

En revanche, je formulerai une petite observation, relative à la rédaction de l'objet de votre amendement. Vous concluez en mentionnant la notion de « conventions d'objectifs et de gestion », or nous n'avons jamais parlé que de conventions d'objectifs.

La commission est favorable à l'amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1323.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1322, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du I du texte proposé par le 1° de cet article pour l'article L. 182-2-1A du code de la sécurité sociale, supprimer les mots :

la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement tend à réviser le champ d'intervention de la convention d'objectifs entre l'État et l'UNCAM. La définition de la gestion du risque retenue par la commission englobe la prévention et l'information des assurés, or cette définition ne recoupe pas complètement celle qui figure dans la rédaction présentée, à l'article 26, pour l'article L. 1431-2, relatif aux missions des agences régionales de santé et de l'autonomie.

En effet, dans cet article, la commission a défini la gestion du risque comme regroupant les actions « tendant à améliorer les modalités de recours aux soins et les pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».

Il s'agit donc d'un simple amendement de cohérence.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je regrette de devoir vous contrarier, madame la ministre, mais si le projet de loi prévoit que l'UNCAM signe une convention portant sur la prévention et l'information des assurés, il lui donne la compétence correspondante. La commission a donc estimé qu'il n'était pas utile d'insérer cette précision à cet endroit du texte. Avis défavorable.

**M. Guy Fischer.** Ça commence bien !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1322.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 26 B, modifié.

*(L'article 26 B est adopté.)*

## Article 26

### (Texte modifié par la commission)

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

« TITRE III

« AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

« CHAPITRE I<sup>ER</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« À ce titre :

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

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

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

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

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

« À ce titre :

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

« *b)* Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°,

11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

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

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

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

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

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

## « CHAPITRE II

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

#### « Section 1

#### « **Organisation des agences**

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Sous-section 1*

« *Directeur général*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Il peut déléguer sa signature.

« *Sous-section 2*

« *Conseil de surveillance*

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

« 1° De représentants de l'État ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des

organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

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

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.

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

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

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

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

« Il approuve le compte financier.

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

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

« 1° À plus d'un titre ;

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

« 3° S'il est salarié de l'agence ;

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

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

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

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

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

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

« *Sous-section 3*

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

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

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

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

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

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

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

« Section 2

#### « Régime financier des agences

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

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

« 1° Une subvention de l'État ;

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

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

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

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

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

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

« Section 3

#### « Personnel des agences

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

« 1° Des fonctionnaires ;

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

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

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

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

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

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

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

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

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

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

#### « CHAPITRE III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### « CHAPITRE IV

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

#### « Section 1

#### « *Projet régional de santé*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 1434-5.* - Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des

personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

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

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

#### « *Sous-section 2*

#### « *Schéma régional d'organisation des soins*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Sous-Section 3*

« *Schéma régional d'organisation médico-sociale*

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

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

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

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

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

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, la dotation régionale mentionnée aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du même code est abondée des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

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

« *Section 2*

« *Programme pluriannuel régional de gestion du risque*

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

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

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

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

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

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

« *Section 3*

« *Territoires de santé et conférences de territoire*

« Art. L. 1434-14. - L'agence régionale de santé et de l'autonomie définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis

après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part, et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

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

« *Art. L. 1434-15.* - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

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

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

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

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

#### « CHAPITRE V

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

#### « Section 1

#### « *Veille, sécurité et polices sanitaires*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 1435-2.* - Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé et de l'autonomie de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

#### « Section 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### « Section 3

#### « Accès aux données de santé

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

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

### « Section 4

#### « Inspections et contrôles

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

« Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'État territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, de l'Agence de la biomédecine, de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du

travail et de l'Institut de veille sanitaire toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

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

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

**M. Yves Daudigny.** L'article 26 insère dans le code de la santé publique, au livre IV de la première partie, un titre III portant création des agences régionales de santé, les ARS – il semble que nous allons bientôt dire adieu à « l'autonomie », qui devait compléter leur appellation! –, agences qui constituent la clef de voûte de cette réforme: c'est pourquoi elles ont déjà été évoquées à de nombreuses reprises au cours de l'examen du titre I<sup>er</sup>, enfin achevé, et le seront encore lors de la discussion des deux autres titres, relatifs à l'accès aux soins et à la prévention.

La création des ARS opère en effet une transformation radicale du paysage sanitaire français, mais celle-ci résulte moins de la régionalisation du système que du nouvel équilibre entre les acteurs de santé que l'on prétend mettre en place – ou, pour être tout à fait précis, du déséquilibre que l'on instaure!

Une réorganisation du système de santé peut porter sur quatre éléments fondamentaux: le niveau de territorialisation; la portée du mandat confié aux agences; le périmètre de leur compétence, déterminant leur mode de gouvernance; enfin, l'objectif qu'on leur assigne et les outils dont on les dote.

Je veux rapidement évoquer ces quatre aspects au seuil de notre débat.

Si, pour le premier élément, l'option en faveur d'une organisation territoriale régionalisée n'est, en général, pas contestée – elle est pertinente et s'inscrit dans la logique des réformes successives engagées depuis les années quatre-vingt-dix –, les trois autres éléments, en revanche, ont donné lieu à des choix critiqués à très juste titre.

S'agissant de la portée du mandat devant être confié aux agences régionales de santé, se pose la question suivante: celles-ci doivent-elles définir la politique de santé qu'elles mettent en œuvre ou décliner, à l'échelon régional, la politique de santé décidée à l'échelon national?

La commission a, sur ce point, radicalement modifié le projet de loi en récrivant les dispositions relatives, d'une part, à la mission principale des agences, et, d'autre part, à l'attribution de la gestion du risque assurantiel en santé, estimant à juste titre que, dans les deux cas, seul le niveau national était à même de garantir et de sauvegarder un traitement égal des citoyens. La conséquence logique en est évidemment la réécriture des articles L. 1433-1 et L. 1433-2 du code de la santé publique, relatifs au rôle du conseil national de pilotage.

En ce qui concerne le périmètre de compétence des agences régionales, l'option la plus large a été retenue, englobant la prévention, les soins, le secteur social et le secteur médico-social. Cette appréhension transversale de la santé a évidemment une incidence directe sur les acteurs de ces secteurs. Il est tout aussi évident que la réorganisation du système de santé ne doit pas risquer de démanteler ou d'entraver le fonctionnement d'établissements, de services, de réseaux dynamiques bien en place, qui font preuve de leur efficacité

et rendent le service attendu au plus près des besoins des citoyens. Il est en effet à craindre que la logique sanitaire n'absorbe celle du secteur médico-social, justifiant ainsi la dispersion de ses personnels.

Le souci d'efficacité dont vous vous prévalez tant implique impérativement que la révision des rôles, la modification des priorités, des financements, des procédures d'agrément et d'évaluation soient arrêtées conjointement entre acteurs également légitimes à intervenir dans le même champ.

La spécificité même du médico-social, qui s'organise nécessairement en fonction des problématiques des personnes et dont toute l'approche est centrée sur leur projet de vie et leurs besoins, justifie la présence d'un directeur général adjoint chargé de ce secteur. En un mot, c'est un pilotage « unifié », et non « unique », que mériteraient ces agences.

Or, la « gouvernance » de l'ARS émane d'une construction technocratique organisée uniquement en termes de dispositifs : nos craintes sont donc fondées. Le choix de placer un directeur général omnipotent à la tête de chaque agence, celle-ci étant par ailleurs dotée d'un conseil dépourvu de toute capacité décisionnelle et de contrôle véritable, ce qui confine ses membres – dont les élus territoriaux – au rôle de figurants, ne reçoit évidemment pas notre agrément. De même, les départements doivent être réellement associés à l'établissement des schémas régionaux, et en décider conjointement avec l'agence.

Enfin, des clarifications sont nécessaires quant aux outils dont seront dotées les agences régionales de santé, s'agissant notamment de l'accès aux données.

Pour ce qui est de l'objectif assigné aux agences, c'est là que le bât blesse le plus : aucun directeur général d'agence ne pourra échapper, sauf à être démis par ceux qui l'auront nommé, à la vision comptable de l'usager qui imprègne et commande toute cette réforme. Je voudrais rappeler, à cet égard, que la technicité des questions de santé, qui nécessite bien sûr que soit recueilli l'avis de spécialistes, ne doit pas servir à occulter leur dimension politique et les choix de société qui les sous-tendent. Vous dessinez ici un modèle de société : l'organisation territoriale du système de santé portée par cette réforme est fort éloignée de la démocratie sanitaire et de la solidarité revendiquées. Nos amendements viseront à y remédier.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

**M. Guy Fischer.** Avec l'examen de ce titre IV et, plus particulièrement, de l'article 26, nous abordons le deuxième débat capital sur ce projet de loi.

Par le titre I<sup>er</sup>, nous avons consacré le démantèlement de la fonction publique hospitalière et ouvert très largement la voie à la marchandisation et à la privatisation de notre système de santé. (*M. Henri de Raincourt s'exclame.*)

Le Gouvernement et la majorité sénatoriale se sont déjà donné deux outils pour mener à bien cette politique : les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération sanitaire. Il s'agit maintenant de parachever l'œuvre en créant les agences régionales de santé, qui auront avant tout pour objectif de contraindre la dépense publique, dans le secteur hospitalier public comme dans le secteur médico-social. Tel est le cadre véritable et incontournable de ce débat politique !

L'article 26 que nous examinons aujourd'hui, après un long débat sur l'organisation hospitalière, m'amène à renouveler le constat que nous avons formulé à l'occasion de la discussion du titre I<sup>er</sup>, concernant l'absence d'une véritable démocratie sanitaire.

Madame la ministre, dans leur immense majorité, les acteurs du système de santé et du secteur médico-social s'étaient déclarés favorables à la création d'une structure régionale qui aurait eu pour objectif de décloisonner l'offre de soins hospitaliers et de soins de ville. Les sénatrices et sénateurs du groupe CRC-SPG avaient la même position. C'est la raison pour laquelle ils ne pourront pas voter cet article 26.

Revenons sur l'architecture que vous avez choisie. En plaçant au sommet de tout le système le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie – mais on ne tiendra plus compte de l'autonomie –, en soumettant les établissements publics de santé à sa tutelle politique et financière,...

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

**M. Guy Fischer.** ... en écartant les représentants des collectivités territoriales – certes, ils ont été réintégrés à la suite des travaux des commissions, mais quel est véritablement leur pouvoir ! –, en imposant la participation du préfet de région, vous avez fait le choix de la défiance plus que celui de la co-élaboration.

Cette organisation pyramidale et autoritaire est contraire à la conception que nous nous faisons de telles agences, mais je dois reconnaître qu'elle sert à merveille votre projet de réduction des dépenses publiques, puisqu'elle rend quasi impossible toute forme de contestation. Il n'est que de regarder le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, privé de tout pouvoir, bien que la commission ait essayé, tout au long des deux dernières semaines, de rééquilibrer le texte et de faire vivre une autre vision. Sur le fond, cependant, la commission n'a en rien modifié les objectifs véritables. Il suffit d'écouter M. Vasselle pour s'en convaincre.

En outre, nous doutons réellement que les missions théoriquement confiées aux agences régionales de santé et de l'autonomie soient leurs objectifs réels. Et nous avons de quoi en douter, tant le titre I<sup>er</sup> soumet les besoins de santé à une offre de soins elle-même comprimée par des règles comptables.

Ainsi, les ARS, telles que Nicolas Sarkozy les a définies dans son discours de Bletterans, dans l'Ain,...

**M. François Autain.** Discours historique !

**M. Guy Fischer.** ... sont d'abord et avant tout des agences destinées à contrôler l'offre de soins. N'affirmait-il pas alors : « J'attends des agences régionales de santé qu'elles réconcilient l'organisation des soins et la maîtrise de la dépense : mieux organiser pour dépenser moins et apporter plus aux patients. ».

**M. René-Pierre Signé.** C'est difficile !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Mais c'est idéal !

**M. Guy Fischer.** Nous en doutons ! Bien sûr, M. le président About, qui soutient inconditionnellement le Président de la République, peut dire que c'est l'idéal...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Que peut-on souhaiter de mieux ?

**M. Guy Fischer.** ... mais, madame la ministre, nous aurions bien aimé que votre projet de loi décide d'« apporter plus aux patients ».

Force est de constater que, passé l'effet d'annonce, il ne reste plus grand-chose dans la mesure où l'agence ne disposera d'aucun pouvoir pour imposer la pratique de tarifs opposables et ne pourra pas limiter l'installation de professionnels de santé dans les zones sur-denses.

Le directeur de l'agence régionale de santé ne pourra augmenter l'offre de soins à des tarifs opposables dans les territoires de carences, mais pourra la réduire dès lors qu'il estimera que l'intérêt des comptes publics l'exige.

Pour ce faire, il pourra obtenir, grâce aux outils dont il s'est doté, grâce aux CHT, au groupement de coopération sanitaire, obtenir la fermeture ou le regroupement de services, quand il n'exigera pas la fusion des établissements entre eux.

Enfin, nous ne pouvons cautionner l'instauration d'agences régionales de santé dont la mission est plus de déterminer l'offre de soins que de la piloter, et ce d'autant plus que la grande absente de ce projet demeure la « politique de santé publique », dont je rappelle qu'elle doit avoir pour finalité de réduire les inégalités sociales dans le domaine de la santé.

Vous avez déclaré, madame la ministre, vouloir réduire les inégalités territoriales en la matière. Au vu de ce projet de loi, nous doutons que vous y parveniez. Mais, surtout, le parent pauvre reste la réduction des inégalités sociales au regard de la santé.

Pour toutes ces raisons, et pour celles que nous aurons l'occasion de détailler dans nos différents amendements, à commencer par notre proposition de suppression de l'article 26, nous voterons contre cet article.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Chevènement, sur l'article.

**M. Jean-Pierre Chevènement.** Madame la ministre, l'article 26, qui vise la création des agences régionales de santé, est un article évidemment essentiel de votre projet de loi.

Ces agences régionales de santé correspondent en elles-mêmes à une logique qui n'est pas contestable et dont s'est réclamée en son temps une majorité de gauche. Ces agences répondent à un souci de coordination qui peut être très utile entre les hôpitaux, la médecine de ville, les professions libérales de santé et le secteur médico-social.

Mais pensez-vous que ces agences disposeront des outils nécessaires à cette coordination ? Les agences régionales de l'hospitalisation ont le mérite d'exister mais, pour le reste, c'est beaucoup moins évident. Les lieux de dialogue seront-ils suffisants ?

Le conseil de surveillance sera présidé par le préfet de région.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui, parce que c'est le rôle de l'État !

**M. Jean-Pierre Chevènement.** Les deux commissions de concertation sur la prévention et le secteur médico-social verront leur composition fixée par décret. Quelle sera-t-elle ? La conférence régionale de santé sera, quant à elle, purement consultative.

Par ailleurs, l'éloignement de l'agence régionale de santé par rapport au territoire, malgré les délégations territoriales prévues dans chaque département, risque de poser, et de manière aiguë, le problème de la coordination avec les collectivités territoriales, notamment les conseils généraux, dont les prérogatives sociales constituent le cœur des compétences.

Une dernière question concerne la logique comptable qui est incluse dans votre texte.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Où ça ?

**M. Jean-Pierre Chevènement.** Il s'agit de contribuer au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie. Ne risque-t-on pas de confondre un peu les ordres de préoccupation ? Cette logique comptable ne prendra-t-elle pas le pas sur le souci de réduire les inégalités ?

À cet égard, comme je le disais il y a quelques instants, la rédaction du texte par l'Assemblée nationale nous convenait mieux que celle qui est issue des délibérations de la commission.

Votre projet, madame la ministre, établit une hiérarchie rigide procédant d'une conception que je qualifierais de jacobine - dans ma bouche, ce ne serait pas forcément dévalorisant (*Sourires.*) -, ...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Merci de le reconnaître !

**M. Jean-Pierre Chevènement.** ... si du moins elle était progressiste, mais cela reste à démontrer. Il faut se garder de toute logique caporaliste.

Cela risque de ne pas marcher, madame la ministre. La masse de décisions qui incombera au directeur général de l'agence régionale de santé sera si considérable que l'on se demande comment le malheureux pourra faire !

**M. René-Pierre Signé.** On nommera un directeur adjoint !

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

**M. Jean-Pierre Chevènement.** Ce serait une solution. C'est d'ailleurs le sens de la proposition présentée par M. Daudigny pour le secteur médico-social, où j'ai déjà relevé l'absence d'outils de pilotage.

J'é mets la crainte, madame la ministre, que les pouvoirs extrêmement étendus confiés aux ARS ne favorisent les inégalités au lieu de les réduire.

S'agissant des territoires de santé, le texte prévoit des conférences de territoire, mais ce n'est qu'une éventualité. Or nous avons besoin d'instances plus proches. Nous avons besoin de proximité. Je crains que l'esprit du projet de loi ne soit trop marqué par la centralisation, ...

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

**M. Jean-Pierre Chevènement.** ... par opposition aux lois de décentralisation de Gaston Defferre ou de Jean-Pierre Raffarin.

L'inspiration est ici tout à fait différente.

**M. Guy Fischer.** C'est une véritable nationalisation !

**M. Jean-Pierre Chevènement.** Il me paraîtrait souhaitable d'insuffler un peu d'air dans votre texte, madame la ministre.

Seule l'adoption d'amendements venant aérer ce système quelque peu étouffant pourrait modifier mon appréciation. Beaucoup d'orateurs avant moi se sont exprimés dans le même sens : nous souhaitons que la démocratie sanitaire ne soit pas un vain mot !

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, sur l'article.

**M. Alain Vasselle.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, la création des ARS constitue une évolution importante de l'organisation de notre système de soins. Nous partageons un même objectif : l'amélioration ou l'optimisation du système de santé.

Certes, ces structures nouvelles seront dotées de compétences très larges, mais nous devons prendre garde à ne pas trop attendre d'elles.

Les directeurs généraux des ARS auront à gérer des dossiers très lourds, d'où ma crainte de les voir absorbés en quasi-totalité par la question hospitalière, en raison de l'importance des budgets et des négociations contractuelles à mener avec l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

Les directeurs généraux devront être dotés de nombreuses qualités pour assurer la mise en œuvre et la direction de ces agences, et il faut espérer qu'ils auront la volonté, contrairement aux directeurs d'ARH, qui en ont parfois été dépourvus, d'être en contact avec les élus locaux, et ce d'autant plus que les ARS devront intervenir dans le champ du médico-social en collaboration avec les départements.

Au nom de la rationalisation administrative, on a fait le choix de confier à une seule structure à la fois l'organisation de l'offre de soins, le contrôle de la dépense hospitalière et la gestion du risque assurantiel en santé. Je persiste à dire qu'il y a des risques de conflit d'intérêt à confier à une même structure l'ensemble de ces missions. J'entends bien que, au stade où nous en sommes, ce n'est qu'un point de vue personnel qui n'est pas partagé, mais je prends date et nous aurons certainement l'occasion de reparler de ce sujet dans les mois ou les années qui viennent.

Je rappelle que les ARH n'ont pas su mener de front les missions d'organisation et de contrôle. En tant que président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale je peux le confirmer, compte tenu des nombreuses auditions que j'ai conduites sur l'hôpital ; je vous renvoie au rapport que nous avons publié sur cette question.

Nos voisins européens font souvent le choix de dissocier ces fonctions sans pour autant remettre en cause le caractère régalien des politiques de santé.

Au-delà de cette argumentation sur le fond, madame la ministre, je voudrais aborder la question de façon plus pragmatique et concrète dans la perspective de la mise en œuvre de ce projet de loi.

Dans quelques mois, les directeurs généraux vont devoir mettre en place des structures rassemblant plusieurs centaines de personnes venues d'horizons variés, porteuses de cultures administratives différentes. Il est difficile de croire, quelles que soient les qualités de ces hommes et de ces femmes, qu'ils pourront mener de front l'ensemble des missions qui leur seront confiées. Leur priorité - et c'est indispensable - sera de travailler à une meilleure organisation de l'offre de soins avec les établissements de santé et les communautés hospitalières de territoires créées, avec les établissements médico-sociaux, dans le domaine de la médecine ambulatoire, pour laquelle nos attentes sont grandes et le temps compté, comme mes collègues l'ont souvent souligné.

Des avancées considérables ont été réalisées grâce au Sénat dans le domaine de la médecine ambulatoire, par la voie d'un amendement que j'avais fait adopter en loi de financement de la sécurité sociale. Je rappelle qu'à l'époque le Gouvernement avait été réservé sur l'adoption de cet amendement. Ensuite, on a constaté que la CNAM avait joué un rôle essentiel. La

médecine ambulatoire a pu être développée avec des résultats significatifs qui ont permis d'aboutir à la maîtrise médicalisée d'un certain nombre de dépenses, notamment à l'hôpital.

Comment, dans un tel contexte et devant une telle urgence, les directeurs généraux pourront-ils mener de front les missions d'organisation des soins et de gestion de risque ?

Pouvons-nous prendre le risque que certaines compétences transférées vers les ARS ne soient pas exercées pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois ? Pouvons-nous interrompre des dynamiques que nous avons eu tant de mal à mettre en œuvre et qui commencent à produire leurs effets, comme je viens d'en faire état à l'instant.

Voilà pourquoi j'ai proposé des modifications à l'architecture initialement retenue.

Voilà pourquoi j'ai souhaité optimiser la place et le rôle des ARS par rapport aux autres acteurs du système.

Voilà pourquoi j'ai déposé l'amendement n° 249 rectifié, qui ne se traduira pas par une dépossession de compétences au détriment de l'État ou des ARS. La politique de gestion du risque sera décidée au niveau national - l'amendement de la commission nous en donne la confirmation -, dans le cadre d'un comité national. La convention d'objectifs et de gestion qui lie les caisses d'assurance maladie précisera les objectifs que l'État fixe aux caisses et permettra de suivre leur exécution.

Une telle solution, qui s'inscrit dans la continuité des amendements adoptés sur l'initiative de la commission, présente l'avantage de faciliter la prise en compte d'une dimension régionale dans la gestion du risque, sans obliger le directeur général de l'ARS à signer des conventions avec l'ensemble des caisses. Les orientations souhaitées par l'ARS seraient ainsi mises en œuvre.

Madame la ministre, cette convention pourrait, comme l'a d'ailleurs évoqué le secrétaire général de votre ministère dans une interview, contenir des dispositions plus larges, par exemple pour la mise en œuvre d'actions de prévention ou de mesures destinées à favoriser l'offre de soins.

Je voudrais apporter une précision qui me semble importante : si les ARS devaient passer des conventions avec l'ensemble des caisses du régime général, cela se traduirait concrètement par la signature de plus de 240 documents !

Pour en terminer, permettez-moi de relever que, lorsqu'il s'agit du niveau national, il est fait référence à des « conventions » - je vous renvoie à un amendement du Gouvernement avant l'article 26 sur lequel la commission a émis un avis favorable -, mais que, pour le niveau régional, la notion de « convention » est abandonnée au profit de celle de « contrat ». S'il n'y a vraiment aucune différence entre les deux, pourquoi ne pas retenir le terme « convention » également pour la gestion du risque au niveau régional ?

J'aurai sans doute l'occasion d'intervenir de nouveau sur cette question lors de la discussion des amendements. M. le président de la commission a fait des propositions qui vont très largement dans la direction que je souhaite ; je présenterai les miennes, et nous verrons si le Sénat est en mesure de les accepter.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Madame la ministre, mes chers collègues, la commission estime que le titre IV est aussi important que le titre I<sup>er</sup>. C'est la raison pour laquelle le président About a demandé qu'il soit examiné immédiatement après le titre I<sup>er</sup>.

Le titre IV organise en effet, au niveau régional, la santé et l'offre de soins et il permet de donner aux citoyens le meilleur service de santé possible.

La commission a des exigences importantes, dont trois essentielles.

Tout d'abord, l'ARS doit être chargée de la déclinaison régionale de la politique nationale de santé, car la santé, au même titre que l'éducation et la défense, doit être une politique nationale. À cet égard, le texte adopté par la commission va dans le bon sens.

Ensuite, exigence tout aussi importante, il ne doit pas y avoir de dyarchie au niveau régional dans la gestion assurantielle du risque. En trouvant un équilibre entre les spécificités régionales et la politique nationale, l'amendement extrêmement important de M. About, qui porte plusieurs gènes, va dans ce sens ; la commission vous invitera à le voter.

Enfin, dernière exigence, l'organisation territoriale de l'offre de soins doit inclure le médico-social, qui a trait à la sécurité sociale, en faisant en sorte qu'il ne soit pas le parent pauvre de cette réforme. (*Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité approuve.*)

Le texte retenu par la commission et les quelques amendements sur lesquels la commission donnera un avis favorable satisfont pleinement ces exigences.

**M. François Autain.** Tout le monde est satisfait, alors...

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, l'article 26, qui vise à créer les agences régionales de santé, est d'une telle importance qu'il aurait même pu constituer le titre I<sup>er</sup> de ce projet de loi.

La création des ARS procède d'un choix stratégique fondamental : il s'agit de renforcer le pilotage territorial de notre système de santé en nous donnant les moyens d'une réelle efficacité.

Cette réforme s'inscrit dans un mouvement engagé depuis plusieurs années, qui vise au renforcement de l'échelon régional comme niveau pertinent pour la déclinaison des politiques nationales de santé. Les ARH, puis les URCAM et les GRSP ont marqué une étape importante dans ce processus.

Les ARS constituent, en quelque sorte, l'aboutissement de cette évolution.

La création des agences répond donc à une triple ambition de simplification, de territorialisation et de responsabilisation.

Simplification, car notre système est trop complexe.

Territorialisation, car nous allons mener des politiques de santé adaptées aux besoins locaux, ce qui nous conduit à renforcer l'ancrage territorial de ces politiques. Territorialiser, c'est aussi rassembler l'organisation de l'offre de soins au niveau régional entre les mains d'un seul acteur pour répondre à deux attentes fondamentales de nos concitoyens : l'accès aux soins et la lutte contre les déserts médicaux, d'une part, et l'amélioration des parcours de soins, d'autre part.

Menée depuis Paris, cette transition est vouée à l'échec ; menée localement, grâce à un pilotage commun de l'hôpital, du médico-social et de la médecine ambulatoire, elle pourra réussir.

Responsabilisation, enfin, car il s'agit de donner plus de responsabilités au niveau local, non seulement aux ARS, qui auront de réelles marges de manœuvre, mais également aux différents acteurs du système de santé.

La création des agences régionales de santé offre l'occasion d'un incontestable renforcement de la démocratie sanitaire.

Conformément à la définition de la santé donnée par l'OMS, les ARS ont un large champ de compétence, qui couvre l'ensemble des secteurs de la santé : la santé publique, les soins ambulatoires et hospitaliers, la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux. Quant à leurs missions, elles seront doubles : assurer le pilotage régional des politiques de santé et réguler le système de santé en organisant l'offre de services de santé.

À ce titre, ces agences vont définir et mettre en œuvre, avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la CNSA, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé.

À cette fin, le dispositif de gouvernance prévu est conçu pour satisfaire deux objectifs majeurs : l'efficacité, pour donner aux ARS les moyens de son action, et la démocratie, pour permettre une construction collective de la politique de santé en région.

Pour assurer le pilotage efficace de leurs missions, le choix a été clairement fait de doter les ARS d'un exécutif fort et responsable, chaque directeur général étant nommé en conseil des ministres.

Pour renforcer la démocratie sanitaire, qui est conçue comme un principe fondateur de la gouvernance, les ARS disposeront d'une instance délibérative – le conseil de surveillance –, dont la composition traduit clairement une volonté d'équilibre entre les forces constitutives des ARS que sont l'État et l'assurance-maladie et une volonté d'ouverture à la démocratie politique, représentée par les élus locaux, et à la démocratie sociale, c'est-à-dire les partenaires sociaux et les représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le conseil de surveillance de l'ARS a un rôle à la fois majeur et précis. Il doit orienter les décisions stratégiques et veiller à ce que les actions y répondent. Il s'occupe donc, en amont, des objectifs et, en aval, des résultats ; en revanche, il n'est pas un conseil d'administration.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dont l'organisation et les missions sont renouvelées, voit son périmètre élargi et a pour vocation de rassembler et de responsabiliser tous les acteurs du monde de la santé : élus, usagers et associations. C'est l'organe vivant de la démocratie sanitaire. Au-delà de ses seuls avis, elle aura un droit d'auto-saisine pour faire toute proposition à l'ARS sur la politique régionale de santé.

Afin d'organiser le travail partenarial entre les autorités publiques, le projet de loi prévoit la création de deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, l'une dédiée à la prévention, l'autre au secteur médico-social.

Ces commissions ont pour fonction de permettre aux différents responsables publics chargés de politiques concourant à la santé – collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale ou services de l'État – de travailler ensemble pour coordonner au mieux les objectifs et les modalités de leurs actions respectives.

Enfin, la prise en compte de l'expression la plus fine des besoins trouvera toute sa place au sein des conférences de territoires, qui doivent non seulement être des lieux de concertation entre les acteurs concernés dans chaque territoire de santé, mais également apporter des réponses concrètes aux besoins de santé des populations, par le biais de propositions d'actions qui s'inscriront dans les contrats locaux de santé.

L'efficacité de la gouvernance repose ainsi sur un exécutif fort, ayant autorité dans la conduite de l'action de l'agence, tandis que le contrôle de son action et de sa gestion est de la responsabilité du conseil de surveillance et qu'il appartient à la CRSA de conduire la concertation et le débat sur la politique de santé en région.

En ce qui concerne le pilotage national, on ne peut, à l'évidence, fédérer le pilotage territorial de notre système de santé en laissant, comme c'est le cas aujourd'hui, le niveau national organisé en « tuyaux d'orgue » cloisonnés.

Cela implique un pilotage stratégique fort en termes d'objectifs fixés aux ARS, de cohérence des instructions qui leur sont données, d'élaboration des contrats, de suivi de leurs actions et d'évaluation de leurs résultats.

Pour répondre à ces enjeux, le projet de loi prévoit la création d'un conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Ce conseil réunira les représentants de l'État, des régimes d'assurance maladie membres de l'UNCAM et de la CNSA.

La commission des affaires sociales a très utilement précisé le dispositif prévu dans le projet de loi pour les instructions et directives adressées aux agences, en définissant les missions confiées au conseil national de pilotage. Les compétences de ce conseil devront bien évidemment s'exercer dans le cadre des instructions ministérielles et dans le respect des pouvoirs propres des ministres qui le président, n'est-ce pas, chère Valérie Létard.

En ce qui concerne la politique régionale de santé, l'action de chaque ARS est définie au sein de trois types de documents : le plan stratégique régional de santé, qui fixe les objectifs de santé pour la région, la stratégie de l'ARS et ses priorités d'action communes aux secteurs de la prévention, de la sécurité sanitaire, des soins, du médico-social ; les schémas sectoriels d'organisation, qui précisent les mesures concrètes déclinant les priorités pour chacun des secteurs ; les programmes qui détaillent les actions concrètes à mener pour mettre en œuvre les schémas.

Ces documents sont complétés par le programme régional pluriannuel de gestion du risque, qui porte sur l'amélioration des pratiques soignantes et des modes de recours aux soins et sur le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles dans l'exercice des professions de santé.

Cher Alain Vasselle, ce programme reprend les actions définies par la caisse nationale de l'assurance maladie, précise les adaptations nécessaires aux réalités locales, identifie les initiatives régionales liées à la politique de santé menée en région et facilite la coordination entre les services et les caisses d'assurance maladie. Je suis sûre que les rédactions proposées permettront de concilier nos points de vue, qui sont en réalité extrêmement proches.

Le processus d'élaboration de la politique régionale de santé associera, grâce à une large concertation, les représentants des acteurs de santé dans la région.

La concertation est aussi territorialisée au sein de la conférence de territoire, où chaque ARS peut rassembler les représentants des acteurs de santé du territoire. Elle peut aboutir à l'élaboration d'un projet de santé local, se traduisant par des contrats locaux de santé.

Enfin, l'action des agences doit être articulée avec les autres politiques en faveur de la santé ou complémentaires par rapport aux stratégies de santé. J'ai évoqué les commissions de coordination des politiques qui réuniront autour des ARS les différentes autorités publiques responsables d'un segment d'une politique de santé ou de politiques sociales complémentaires.

Mesdames, messieurs les sénateurs, il ne s'agit ni de privatisation ni d'étatisation. Je remarque que, curieusement, certains ont réussi à formuler ces deux reproches dans une même intervention, ce qui est tout de même assez paradoxal !

Je voudrais répondre à MM. Daudigny, Chevènement et Fischer, qui en somme nous reprochent de charger les ARS de faire respecter l'ONDAM. On peut regretter que le niveau de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, qui est débattu et fixé à l'occasion de la discussion de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne soit pas assez élevé. Il est tout à fait normal que chacun puisse s'exprimer à cet égard, mais à une condition : si l'on veut un ONDAM plus élevé, il faut alors indiquer par quelles recettes sera financée l'augmentation. Il est toujours facile de demander plus, beaucoup moins d'indiquer les impôts, taxes et cotisations qui devront en conséquence être augmentées !

Quand l'ONDAM est voté par le Parlement, le rôle de l'administration de l'État et de l'assurance maladie est pour le moins de s'assurer que l'objectif que vous avez fixé, mesdames, messieurs les sénateurs, est respecté par ceux qui ont la charge de le mettre en œuvre. Le reproche qui est fait au Gouvernement est donc, ici encore, bien curieux !

Par ailleurs, je vous ai entendus dire que les directeurs généraux des ARS auraient des missions importantes. Oui, je vous le confirme, c'est d'ailleurs la raison pour laquelle, en liaison avec le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, chef de la mission ARS, ainsi que, bien évidemment, avec mes collègues Brice Hortefeux et Valérie Létard, j'apporterai un soin tout particulier à leur recrutement.

Rassurez-vous, ces hommes et ces femmes qui auront, à la tête des ARS, à mettre en œuvre cette politique ne seront pas seuls : ils seront entourés par toute une équipe. Je souhaite d'ailleurs que l'ensemble des administrations de l'État et de l'assurance maladie qui vont concourir à la création de cet échelon régional aient des représentants au sein de ces équipes de direction afin de les faire profiter de leur culture, de leur connaissance, de leur expérience. C'est cela qui fera la richesse des agences régionales de santé !

Oui, mesdames, messieurs les sénateurs, la politique de santé est de la responsabilité de l'État ! C'est une fonction régaliennne. Je trouve donc également curieux que l'on invoque le pacte de 1945...

**M. François Autain.** Il est mort depuis longtemps !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... comme fondement de notre politique de santé, mais que l'on ne reconnaisse pas le rôle éminent de l'État dans cette même politique.

Sachez que je ne serai pas le ministre de la santé qui abdiquera en ce domaine.

**M. François Autain.** Abdication sans combat devant les médecins!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui, mesdames, messieurs les sénateurs, le principe de la création des agences régionales de santé est conforme au pacte de 1945, qui nous réunit tous! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

**M. le président.** L'amendement n° 906, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé:

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Annie David.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cet amendement a été défendu!

**Mme Annie David.** Mon ami Guy Fischer a donné certaines des raisons de notre opposition à la création de ces agences régionales de santé, mais il en est d'autres encore, que je me propose de développer, monsieur About!

Malgré les propos qui se voulaient rassurants de Mme la ministre, nous persistons à demander la suppression de l'article 26.

Les craintes exprimées par MM. Chevènement et Daudigny et, en partie, par M. Vasselle nous confortent dans l'idée de demander la suppression d'un dispositif qui nous semblait pourtant pertinent. En effet, si nous sommes favorables à l'idée de la création de ces agences régionales de santé, nous sommes profondément opposés à ce que vous en faites, madame la ministre.

Votre conception de la démocratie n'est pas la nôtre, ni celle, d'ailleurs, de l'ensemble des organisations syndicales. Il faut dire qu'il y a de quoi être choqué: les décisions les plus importantes pourraient être prises par les seuls directeurs généraux des agences régionales de santé; en réalité, elles seront prises par vos services, voire directement par ceux de l'Élysée. Cela nous conduit à penser, au sein du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, que ces directeurs généraux seront en réalité des « superpréfets » en raison non seulement de l'étendue de leurs pouvoirs et de leur mode de rémunération, mais également de leurs missions, puisqu'il s'agit de garantir l'étatisation du système de santé.

Cette situation de soumission des agences régionales de santé au pouvoir étatique est sans doute l'un des points de cristallisation des oppositions. C'est en raison de cette déconcentration étatisée que les partenaires sont méprisés, que les élus sont oubliés et que, naturellement, vous procédez à l'intégration de la gestion du risque dans le champ de compétence des agences régionales de santé. Nous y reviendrons.

Par ailleurs, madame la ministre, vous dites vouloir intégrer les réalités des territoires, notamment afin de réduire les inégalités qui existent entre eux.

Si la déclaration d'intention est alléchante, autant vous dire que nous n'y croyons guère. Nous y croyons encore moins depuis que l'amendement proposé hier par notre groupe a été rejeté. Son adoption aurait pourtant permis aux élus des comités de massifs d'être entendus en matière d'organisation des soins sur leur territoire.

En outre, il aurait fallu que vous mettiez en place des mécanismes incontournables d'évaluation des rapports et que la répartition de l'ONDAM tienne compte des besoins spécifiques. Au lieu de quoi, vous avez fait le choix de nous présenter le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2009 avant l'examen de ce texte de loi, qui en intègre la réflexion. Cette démarche démontre bien que vous n'organisez l'offre de soins qu'après avoir intégré les contraintes économiques. Cette impression a été par ailleurs confirmée par l'amendement qui a été adopté à l'Assemblée nationale visant à préciser que l'offre de soins est adaptée territorialement, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale.

Une chose est donc certaine: ce ne sont pas les directeurs généraux des agences régionales de santé, dont la principale mission sera la réduction de la dépense publique, qui viendront vous demander des moyens supplémentaires! Encore une fois, ce seront les collectivités territoriales qui pallieront les manques, qui tenteront de réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de santé. Bref, ce sont elles qui suppléeront l'État pour satisfaire aux exigences de solidarité.

C'est pourquoi, opposés à des agences lieux de concentration des pouvoirs et acteurs d'une politique de rigueur et non d'une politique de santé publique, nous proposons la suppression de l'article 26.

**M. François Autain.** Très bien!

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Depuis le début de nos travaux, je constate un accord parfait entre le groupe CRC-SPG et la commission: il demande la suppression d'un article, nous nous y opposons! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Sinon, nous serions dans la majorité!

**M. Alain Milon, rapporteur.** Une fois de plus, la commission a donc émis un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il y a un certain paradoxe pour le groupe CRC-SPG à demander la suppression d'une structure qui figurait dans le programme de la candidate qu'il soutenait. (*M. François Autain proteste.*)

Discutez des modalités, soit, mais gardez au moins le titre! Soyez cohérents avec la ligne politique que vous défendez. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Ce débat dure déjà depuis de nombreuses heures et va sans doute nous occuper encore un certain temps, mais nous abordons l'examen de l'un des articles essentiels du projet de loi.

**M. François Autain.** C'est vrai!

**M. Jean-Pierre Fourcade.** À écouter nos collègues du groupe CRC-SPG, on a l'impression que le problème est de distribuer toujours davantage de moyens à des organismes certes collégiaux, mais de plus en plus nombreux. Ils oublient qu'il y a un ennemi à combattre: le cloisonnement.

Si nous voulons que notre politique de santé soit définie à l'échelon national et déclinée région par région en fonction des caractéristiques locales et des problèmes qui se posent spécifiquement, il faut d'abord lutter contre ce mal français

qu'est le cloisonnement. Chacun prétend faire son petit travail dans son petit domaine, mais cela exige énormément de moyens financiers sans donner beaucoup de résultats.

Dans ces conditions, l'article 26, qui vient d'être brillamment défendu par le Gouvernement et la commission, présente à mes yeux trois avantages.

Premier avantage, nous connaissons désormais réellement le responsable du développement à long terme de la politique de santé à l'échelon régional.

Deuxième avantage, et je me félicite à cet égard que Mme Létard soit aujourd'hui présente au banc du Gouvernement, tout le secteur médico-social sera pris en compte, et Dieu sait s'il va se développer, du fait du vieillissement de la population et de la mondialisation!

Troisième avantage, et non des moindres, tous les acteurs, dans le secteur médical comme dans le secteur médico-social, travailleront de façon continue. Ainsi, c'en sera fini de ces grandes réunions où une seule personne parle et toutes les autres écoutent. Il y aura un système d'autorité fonctionnant avec un responsable : le directeur général.

Telles sont les raisons pour lesquelles, mes chers collègues, nous devons voter contre l'amendement de suppression. Son adoption signifierait en fait que le système actuel est parfait et qu'il ne faut y apporter aucune modification. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

**M. François Autain.** On n'a pas dit ça!

**M. Guy Fischer.** Vous caricaturez notre propos!

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

**Mme Annie David.** Chers collègues, visiblement, nous ne nous faisons pas comprendre!

**Mme Isabelle Debré.** Où est votre cohérence?

**Mme Annie David.** La position que nous défendons est cohérente, contrairement à ce que vous pouvez imaginer : nous sommes favorables à la création d'agences régionales de santé qui permettent de décider de l'organisation des soins de proximité au plus près des territoires. Mais les ARS telles que le Gouvernement nous les propose consacrent une super-concentration des pouvoirs au profit d'un seul homme. M. Fourcade l'a d'ailleurs fort bien résumé, en expliquant qu'il s'agira d'un système d'autorité dans lequel une personne, dans un bureau, prendra des décisions que les autres membres de la communauté de soins n'auront d'autres choix que d'exécuter. Ce n'est pas notre conception de la démocratie!

Nous pensons, comme vous, que l'organisation des soins au plus près des territoires pourrait être meilleure, mais, aux termes de ce projet de loi, ni les élus, ni les professionnels de santé, ni les organisations syndicales représentant les personnels ne seront entendus. Je me demande bien où est la démocratie!

Telles sont les raisons de notre opposition. Il me semblait nécessaire de vous apporter ces précisions.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** Nous sommes d'autant plus favorables aux ARS que nous avons certainement été parmi les premiers dans les années quatre-vingt à réfléchir sur cette question.

Là où nous divergeons avec le groupe CRC-SPG, c'est que nous ne demandons pas d'emblée la suppression de l'article.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Mais petit à petit!

**M. Alain Milon,** *rapporteur.* Bout par bout!

**M. Bernard Cazeau.** Nous pensons en effet que l'examen des amendements permettra de nourrir le débat et d'infléchir le texte du Gouvernement.

Cela étant, si nous n'obtenons pas satisfaction, nous prendrons nos responsabilités au moment du vote sur l'ensemble de l'article.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Soyons clairs : nous ne sommes pas contre le principe des agences régionales de santé ! Nous sommes en revanche opposés à l'utilisation que le Gouvernement veut en faire. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

Ici, vous créez des structures technocratiques qui auront à leur tête des « super-préfets », nommés par le Gouvernement, qui désigneront les directeurs d'hôpitaux et qui auront la haute main sur les soins, à l'exception peut-être de la médecine ambulatoire, qui bénéficiera sans doute de plus de souplesse. On ne va tout de même pas s'aliéner les médecins libéraux, eux qui sont si attachés à la liberté d'installation ...

Bref, vous allez créer un pouvoir vertical partant du Gouvernement *via* les ARS. Ces agences ne seront donc absolument pas démocratiques. Elles ne seront que des agents d'exécution de la politique décidée par le Gouvernement, sans aucune consultation des populations concernées.

Nous sommes favorables aux agences régionales de santé à la condition qu'il s'agisse d'institutions démocratiques. Or vous en êtes loin, madame la ministre!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Parce que le Gouvernement n'a pas été désigné démocratiquement, peut-être?

**M. François Autain.** Par pitié, ne caricaturez pas notre position ! Je le répète, nous sommes favorables au principe, mais nous sommes contre la façon dont vous l'appliquez.

En effet, cette structure va donner naissance à un monstre administratif et bureaucratique, comme je l'ai dit précédemment.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Il est vrai que vous êtes spécialiste de ce genre de monstres ! (*Sourires sur les travées de l'UMP.*)

**M. François Autain.** Elle s'ajoutera à ce qui existe déjà et, loin de simplifier l'imbroglio qu'est l'organisation de notre système de santé, ne fera que le compliquer, sans pour autant que l'on puisse en avoir la maîtrise à niveau national.

Je souhaite bien du courage à ceux qui seront chargés de mettre en œuvre cette réforme!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Ils en ont!

**M. François Autain.** D'ailleurs, je ne serais pas étonné que nous soyons obligés de revenir bientôt sur cette question.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Ne prenez pas vos désirs pour des réalités!

**M. François Autain.** C'est un classique : on fait des réformes de santé tous les deux ou trois ans dans notre pays!

Ce que vous nous proposez n'est pas fonctionnel et ne pourra pas être mis en œuvre dans des conditions satisfaisantes.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Les agences régionales de santé seront, nous le craignons, des structures peu démocratiques fonctionnant comme une sorte d'aréopage. Elles vont se substituer à l'autorité de l'État lui-même. Bien sûr, cela sera fait intelligemment, sans qu'il y paraisse.

Certes, le préfet de région sera omniprésent et entretiendra une étroite collaboration avec le directeur général de l'ARS ; il sera d'ailleurs soumis à une très forte pression. Mais les droits les plus élémentaires des assurés sociaux comme des cotisants, en matière de représentation légitime, seront quant à eux véritablement remis en cause.

Et c'est bien là ce qui fait débat. Au-delà même des objectifs que l'on assigne aux agences régionales de santé, le déficit de démocratie pose problème. C'est sur ce point, selon notre lecture du texte, que repose notre divergence d'appréciation fondamentale.

En effet, comment les conseils de surveillance des ARS seront-ils composés ? Pour une part – essentielle –, des représentants de l'État y siégeront. Il y aura aussi des personnalités qualifiées, dont les conditions de nomination ne sont pas explicitement précisées ; des représentants des caisses de sécurité sociale, dont on connaît aujourd'hui le mode de désignation ; des représentants des usagers, dont il n'apparaît aucunement qu'ils seront désignés de la manière la plus ouverte qui soit.

Tout cela pour confier l'essentiel du travail et des responsabilités au directeur général de l'ARS, qui sera une sorte de « superpréfet sanitaire » !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En quoi est-ce une injure ?

**M. Guy Fischer.** Nous avons déjà exposé ces arguments ; nous les répéterons et les martèlerons !

En tant qu'élu de la région Rhône-Alpes, j'ai d'ailleurs bien connu M. Ritter, qui, nonobstant la réflexion du Gouvernement sur ce sujet, est, lui, le véritable père du dispositif.

On ne peut pas croire que les directeurs généraux seront simplement désignés parmi les plus hauts fonctionnaires. Il s'agira, comme l'a suggéré Mme la ministre, de personnes très précisément choisies.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avec beaucoup de soin !

**M. Guy Fischer.** Vous attacherez certainement beaucoup de soin à faire en sorte que ces personnalités « collent » aux objectifs que vous voulez atteindre !

Et c'est pour cela que nous sommes en total désaccord : nous connaissons déjà...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ceux qui seront nommés ? (*Sourires.*)

**M. Guy Fischer.** ... les objectifs principaux.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 906.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Tout ça pour ça !

**M. le président.** L'amendement n° 1248, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – À la fin de l'intitulé proposé par cet article pour le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, supprimer les mots :

et de l'autonomie

II. - En conséquence, dans l'ensemble du texte, remplacer les mots :

agence régionale de santé et de l'autonomie

par les mots :

agence régionale de santé

et les mots :

agences régionales de santé et de l'autonomie

par les mots :

agences régionales de santé

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avant de présenter cet amendement, monsieur le président, je me tourne vers le président de la commission des affaires sociales pour obtenir de sa part une confirmation.

Vous aviez fait observer, monsieur About, en demandant au Sénat de rejeter le sous-amendement n° 1277 qui, présenté par M. Autain, visait à transformer l'ARS en ARSA, que le rejet de ce sous-amendement entraînait automatiquement, par coordination, la substitution, tout au long du texte, des mots « agence régionale de santé » aux mots « agence régionale de santé et de l'autonomie ».

Pouvez-vous me confirmer cette interprétation juridique que vous avez fournie à M. Autain ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** C'était une remarque purement politique ! (*Sourires au banc des commissions.*)

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'était une boutade, madame la ministre, mais il était tout de même assez cohérent de conclure que, ayant refusé une fois cette dénomination, nous pourrions être amenés à le faire de nouveau...

**M. Jean Desessard.** C'était donc une boutade juridique ! (*Sourires.*)

**M. le président.** Veuillez poursuivre, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je vous remercie de cette précision, monsieur le président de la commission, et peux donc en arriver à la présentation de mon amendement, qui tend à revenir à la dénomination d'« agence régionale de santé ».

Je comprends que les acteurs du champ médico-social, qui est impliqué dans la lutte contre la perte d'autonomie, souhaitent voir les particularités de ce secteur reconnues au sein des ARS.

Je partage cette volonté et je tiens solennellement à lever toute ambiguïté sur ce sujet : le secteur médico-social sera le grand bénéficiaire de la création des agences régionales de santé. Cela ressort clairement de notre démarche.

**M. Guy Fischer.** C'est ce qu'on dit !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est hors de question de remettre en cause les particularismes du secteur médico-social, lui qui a tellement apporté au pacte social dans notre pays.

Il est hors de question d'annexer le secteur médico-social aux soins et de lui appliquer les mêmes logiques de prise en charge des personnes que celles qui sont développées au sein du secteur hospitalier.

**M. Guy Fischer.** Ce serait un C2A !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est hors de question que les agences régionales de santé « sanitarisent » – excusez ce néologisme – le médico-social et en fassent la variable d'ajustement des politiques de santé, au profit des besoins du secteur des soins.

Il est hors de question, enfin, que les crédits du secteur médico-social puissent être affectés à celui des soins. Nous avons d'ailleurs tenu, dans ce texte, en accord avec ma collègue Valérie Létard, à prendre toutes les précautions possibles en introduisant le principe désigné par l'expression un peu barbare de « fongibilité asymétrique », sur laquelle nous reviendrons. (*Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité approuve.*)

Sur tous ces points, le projet de loi offre donc des garanties extrêmement solides.

**M. Guy Fischer.** Quel mal vous avez à rassurer !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais, de grâce, ne confondons pas : reconnaître et préserver les spécificités du secteur médico-social, ce n'est pas perpétuer des cloisonnements qui n'ont plus lieu d'être.

La simple adjonction des mots « et de l'autonomie » à celui de « santé » serait une façon de transmettre le message selon lequel la santé et l'autonomie sont deux concepts distincts et séparés. Or, c'est exactement le contraire de ce que nous entendons promouvoir. Cela reviendrait à réduire la santé à la question des soins et de la maladie, ce qui serait en contradiction avec le sens que nous donnons au mot « santé », c'est-à-dire avec l'ambition même de la réforme.

En effet, lorsque nous parlons d'agence régionale de santé, nous entendons le terme « santé » dans le sens que lui donne l'Organisation mondiale de la santé. La définition est souvent citée, mais je tiens à la rappeler ici. Il s'agit d'« un état de complet bien-être physique, psychique et social ». Ce sont donc non seulement les soins qui sont visés, mais aussi la santé publique, les prises en charge et l'accompagnement médico-social.

Cette définition globale de la santé a pour elle la force de l'évidence. Nous devons pourtant reconnaître qu'elle ne correspond pas du tout à nos pratiques et à notre organisation, qui restent fortement cloisonnées entre les différents secteurs de la santé.

La question est donc la suivante : voulons-nous créer des agences régionales de santé pour promouvoir enfin une approche globale et multifactorielle de la santé et pour organiser une administration de la santé capable de définir et de conduire une politique globale de santé, ou voulons-nous préserver l'approche cloisonnée qui est la nôtre aujourd'hui ?

Si j'ai bien compris le sens des différentes interventions, nous condamnons tous le système actuel.

Nous pouvons choisir, pour rassurer le secteur médico-social, de changer les ARS en ARSA. Mais, mesdames, messieurs les sénateurs, à ce compte-là, il y a bien d'autres concepts qu'il conviendrait de mettre à l'honneur dans le nom de ces agences !

Je rappelle qu'il existe deux commissions de coordination auprès de chaque agence : l'une se rapporte au secteur médico-social et l'autre, notamment, à la prévention. Or les acteurs du monde de la prévention ont des aspirations tout aussi légitimes.

Il y a aussi la sécurité sanitaire, qui, bien que ne relevant pas des politiques de santé au sens premier qu'on en donne, devrait, elle aussi, dans la période de risque pandémique que nous connaissons, être mise en avant et figurer de la même façon dans l'appellation des agences. Le monde de la sécurité sanitaire, qui porte des concepts très forts, pourrait craindre d'être absorbé ou marginalisé par le secteur des soins au sein des ARS.

Et que dire de la veille environnementale ? Il s'agit, là encore, d'une dimension extrêmement importante des politiques de santé au sens strict, à l'heure où les menaces environnementales sont de plus en plus prégnantes. C'est pourquoi, avec mes collègues Jean-Louis Borloo et Chantal Jouanno, je suis en train d'élaborer un nouveau plan national santé-environnement.

Si l'on s'engageait dans cette logique, il faudrait sans doute que les ARS deviennent non pas seulement des ARSA, ou des ARSAP, mais peut-être aussi des ARSAPVE, voire des ARSAPVE-SS...

**M. Guy Fischer.** Ah non !

**M. Bernard Cazeau.** Pas de SS ! (*Sourires.*)

**M. Jacky Le Menn.** Voilà un sigle qui dégagerait les bronches ! (*Nouveaux sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... pour « agences régionales des soins, de l'autonomie, de la prévention, de la veille environnementale et de la sécurité sanitaire » !

Peut-être – et encore n'est-ce pas certain – aurions-nous ainsi satisfait beaucoup de monde. Mais, ce faisant, nous aurions perdu la partie, parce que les mots ont un sens et que nous aurions en fait renoncé à surmonter les cloisonnements actuels, renoncé à développer les complémentarités entre les différentes approches, renoncé à partir des besoins de la personne, en appréhendant celle-ci de manière globale et non pas sous un angle sectoriel et de façon compartimentée.

Est-ce vraiment cela que vous voulez, mesdames, messieurs les sénateurs ? J'ai cru comprendre que ce n'était pas le cas et que, tout au contraire, vous vouliez vous référer à une conception pour ainsi dire ontologique de l'être humain et de sa santé.

C'est pourquoi je vous sou mets un amendement visant à revenir à l'appellation « agences régionales de santé », pour réaffirmer l'ambition fondamentale de cette réforme, qui consiste à décloisonner nos approches sectorielles de la santé, tout en préservant les spécificités de nombreux secteurs, de nombreuses démarches, spécificités qui en font toute leur valeur et que nous respectons.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Mme la ministre ayant été extrêmement complète dans son exposé, je n'ajouterai que quelques remarques concernant l'autonomie.

Quand on regarde l'histoire et que l'on remonte aux années soixante-dix, on s'aperçoit que c'est à ce moment-là qu'a eu lieu la séparation entre la politique de santé et la politique médico-sociale.

Les raisons étaient, à l'époque, évidentes. On parlait de « vieux », et non de « personnes âgées », tandis qu'on accordait très peu d'importance au handicap. Les soins étaient dispensés à tout le monde, sans distinction. Progressivement, le médico-social s'étant séparé de la santé, ce dernier secteur a prospéré, si l'on peut dire, alors que le médico-social est devenu, du point de vue financier, son parent pauvre.

Dans le même temps, les personnes âgées ont vu leur espérance de vie augmenter et sont devenues de plus en plus dépendantes. Les personnes handicapées ont, quant à elles, bénéficié d'une considération croissante à partir du milieu des années soixante-dix.

**M. Paul Blanc.** C'est la loi de 1975 !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Elles ont désormais la chance de vieillir ; mais, en même temps qu'elles vieillissent, elles connaissent des problèmes de santé de plus en plus importants.

Les établissements qui s'occupaient des « vieux » dans les années soixante-dix, et qui prennent en charge ce que l'on appelle de nos jours le « troisième âge », ont à faire à des personnes d'âges très différents, souffrant de maladies très diverses et qui ont plus besoin qu'auparavant du secteur des soins et de la sécurité sociale.

Il est donc nécessaire que nous puissions rapprocher l'ensemble des organisations créées dans les années soixante-dix, afin que le médico-social soit vraiment considéré comme l'un des domaines importants de la santé et qu'il arrive à bénéficier des mêmes financements – ou presque, mais cela se fera progressivement, madame la secrétaire d'État – que les autres secteurs de la santé.

Je pense par conséquent que spécifier « et de l'autonomie », c'est revenir à la séparation des années soixante-dix et ne pas donner au médico-social une chance de rattraper son retard.

La commission est donc favorable à l'amendement n° 1248.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'amendement n° 1248.

**M. Alain Vasselle.** Après les explications qui ont été données par Mme la ministre et par notre rapporteur, je pense que nous ne pouvons que soutenir leur position.

Cela étant, au-delà de notre objectif commun de décloisonnement, qui est le fil conducteur de ce projet de loi, je voyais tout de même un avantage à ajouter les termes « et de l'autonomie » à l'appellation des agences régionales de santé, d'un point de vue strictement financier.

Mme la ministre a beaucoup insisté en disant qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter et qu'en aucun cas, dans l'esprit du Gouvernement, il ne s'agissait de faire en sorte que le médico-social devienne la variable d'ajustement de la politique de soins. Certes, mais il ne faudrait pas, inversement, que la politique de soins devienne la variable d'ajustement du financement du médico-social ! (*Sourires.*)

Vous permettrez à celui qui, ici, s'occupe des comptes de la branche maladie de s'attacher au juste équilibre et à la juste complémentarité entre l'un et l'autre, étant rappelé que, de toute façon, le médico-social comprend à la fois du soin et du social et qu'il existe donc déjà un financement conjugué. Veillons à ce qu'il en soit toujours ainsi.

Si l'on doit cependant se rapprocher d'une définition de la santé incluant le médico-social, il est à craindre que la création du cinquième risque se justifie moins et que l'on nous pousse en conséquence à envisager une cinquième branche de la sécurité sociale, ce dont nous ne voulons pas !

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Madame la ministre, je partage la première partie de vos arguments, mais j'en tire une conclusion opposée... Le débat sur les nouvelles agences régionales de santé, qui sont la clef de voûte de la réforme, s'engage assez mal. Il est vrai que, depuis le début de nos travaux en séance publique, vous vous acharnez, madame la ministre, à défaire une grande partie du travail élaboré en commission...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est plutôt la commission qui a défait le texte gouvernemental. (*Sourires.*)

**M. Yves Daudigny.** ... alors qu'un consensus s'était dégagé sur de nombreux points.

On pourrait d'ailleurs se demander à quoi sert, dans ces conditions, que nous soyons saisis désormais du texte adopté en commission, si, par vos amendements, madame la ministre, vous rétablissez systématiquement le texte du projet initial. Autant reconnaître simplement que cette nouvelle procédure d'examen ne sert à rien, sinon à compliquer inutilement les travaux !

Si la philosophie même de la réforme n'en est pas changée, notre commission a pourtant procédé à un important et nécessaire travail de clarification, notamment en ce qui concerne la place des acteurs de santé. Elle a majoritairement jugé nécessaire de rééquilibrer la dénomination des agences régionales dès lors que leur périmètre de compétence impacte directement les secteurs social et médico-social.

Ce sont les mêmes considérations qui avaient conduit nos collègues députés à modifier la dénomination des conférences régionales de santé. Le raisonnement de la commission a donc été juste et cohérent.

En commission, madame la ministre, vous avez tenté de nous convaincre du contraire, en arguant, par exemple, qu'à la différence de la conférence régionale, lieu de dialogue et de concertation, l'agence régionale sera, elle, une administration publique. L'aveu est de taille, inquiétant, irrecevable, sauf à avouer que l'agence régionale se réduit à son seul directeur général, confirmant, si besoin était, la mise à l'écart des élus locaux.

Il a encore été plaidé qu'ajouter le terme « autonomie » à celui de « santé » ferait perdre au secteur médico-social sa visibilité institutionnelle, ce qui revient à prétendre préserver la visibilité et la spécificité du secteur en ne le donnant plus à voir ! C'est là que j'ai du mal à comprendre la conclusion que vous tirez des arguments avancés...

Cette mention est d'autant plus nécessaire qu'elle n'est évidemment pas uniquement symbolique. Elle doit se concrétiser par une véritable association des acteurs locaux de santé.

Vous voulez à tout prix donner l'image d'un nouveau pilotage qui soit à la fois unique et transversal. C'est une image quelque peu simpliste, et de toute façon irréaliste. Seul un pilotage « unifié » peut être viable, sauf à prendre le risque de mettre à mal des services de proximité aujourd'hui gérés quotidiennement au plus près des besoins de la population par les élus locaux et dont ni l'efficacité ni l'expertise ne sont remises en cause.

C'est pourquoi nous vous suggérons fortement, mes chers collègues, de maintenir le texte adopté par la commission, qui témoigne d'une prise en compte réaliste de cette transversalité, à l'opposé de l'intitulé du projet de loi, qui ne se réfère qu'aux « patients ».

Oui, madame la ministre, les mots ont un sens : une personne en situation de handicap, une personne âgée ne sont pas des « patients » !

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Si cet amendement est adopté, il y aura une asymétrie dans les appellations puisque coexisteront la « conférence régionale de santé et de l'autonomie » et l'« agence régionale de santé ».

Les arguments qui ont été avancés pour justifier cette différence ne sont pas convaincants. Ces structures ont certes une vocation et un rôle différents, mais elles sont implantées dans la même région et figurent dans le même dispositif.

Si cet amendement devait être adopté, et j'y suis favorable, il faudrait être cohérent et aller jusqu'au bout de la logique en supprimant également la référence à l'autonomie dans l'intitulé de la CRSA.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Par coordination !

**M. le président.** La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

**M. Paul Blanc.** Je voudrais au préalable faire remarquer à notre collègue Yves Daudigny que la définition du handicap a été inscrite dans la loi de 2005 au terme de débats longs et approfondis.

Mes chers collègues, on est une personne handicapée ou on ne l'est pas ! Je refuse la formule « en situation de handicap », sauf pour une personne qui se trouverait temporairement dans un fauteuil roulant pour une fracture de la jambe. C'est une question de sémantique à laquelle je tiens, et je m'insurge à chaque fois que l'expression « en situation de handicap » est employée à la place des mots « personne handicapée ».

Je voudrais également souligner que les débats conduits dans l'hémicycle ont l'avantage de faire l'objet d'un compte rendu intégral publié au *Journal officiel*.

Je dois dire que les propos de Mme la ministre sur la fongibilité asymétrique m'ont rassuré. Les associations qui s'occupent de personnes handicapées craignaient de voir les crédits glisser, mais pas dans le sens souhaité... Il faut comprendre leur émotion en constatant la disparition de la référence au secteur médico-social dans l'appellation des agences régionales de santé.

**M. François Autain.** C'est vrai !

**M. Paul Blanc.** Après les explications de Mme la ministre, les associations peuvent être pleinement rassurées.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Merci !

**M. Paul Blanc.** Je tenais donc à profiter de cette explication de vote pour indiquer aux associations qu'elles n'ont aucune inquiétude à avoir et que nous serons toujours là pour les aider. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Je voterai cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard,** *secrétaire d'État chargée de la solidarité.* Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je souhaitais, avant que vous ne procédiez au vote, compléter les propos de ma collègue et amie Roselyne Bachelot-Narquin.

**M. Guy Fischer.** Ce sera bien nécessaire pour nous convaincre !

**Mme Valérie Létard,** *secrétaire d'État.* Pourquoi en arrivons-nous à proposer cette dénomination pour la nouvelle agence régionale en supprimant la référence à l'autonomie, alors que nous partageons votre souci de souligner l'importance du secteur médico-social dans le vaste ensemble de l'ARS ?

Cet amendement a été l'occasion pour les parlementaires de rappeler les inquiétudes et les attentes du secteur médico-social. Il nous permet à notre tour de rappeler les enrichissements qui ont été apportés au projet de loi par le Parlement, à l'Assemblée nationale puis au Sénat, afin de garantir et de sécuriser la prise en charge du médico-social dans ce vaste ensemble qu'est l'agence régionale de santé, sans pour autant que subsistent ces fameux cloisonnements qui ne nous permettent plus de répondre aux besoins d'une population âgée de plus en plus dépendante.

Nous vivons toujours plus longtemps. Aujourd'hui plus que jamais, nous avons besoin de décloisonner la partie « soins » et la partie « accompagnement médico-social », tout en garantissant que le projet de vie soit toujours le cœur de nos préoccupations médico-sociales.

Nous ne devons pas perdre cette spécificité du secteur médico-social, et nous devons être capables de l'exprimer, de la faire ressortir de l'organisation mise en place par le directeur général de l'agence.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, par exemple, on voit bien la nécessité d'appréhender les problèmes selon une logique de filière. Les agences devront intégrer le champ de la prévention, une prise en charge médicale renforcée et disposer d'outils permettant la création d'unités spécialisées dans la maladie d'Alzheimer au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, où l'on aura autant de personnels du secteur sanitaire que du secteur médico-social.

Ces évolutions seront possibles grâce à la construction des filières, et celles-ci seront plus faciles à élaborer si elles dépendent d'une unique réflexion.

La mise en place de pôles est possible dans cette organisation, mais la décision dépendra du directeur général. Il s'agit d'organiser les moyens et de maintenir les spécificités, mais sans les enfermer dans une bulle.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous pouvez compter sur Mme Roselyne Bachelot-Narquin et sur moi-même pour faire en sorte que le secteur médico-social soit bien identifié au sein de l'ARS et que la concertation avec les départements puisse avoir lieu.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* C'est très important !

**Mme Valérie Létard,** *secrétaire d'État.* Nous veillerons à ce que cette construction, tout en ayant un pilote unique – et il le faut –, garantisse au secteur médico-social de ne pas être dilué.

Comme cela a été rappelé aux différentes étapes du débat parlementaire et dans les travaux que nous avons menés tous ensemble, nous disposons de la fongibilité asymétrique.

Le terme, pour compliqué qu'il paraisse, signifie tout simplement que les crédits du secteur sanitaire pourront aller vers le secteur médico-social - on comprend pourquoi : la population âgée dépendante va doubler entre 2005 et 2015 ; des moyens considérables seront nécessaires et nous devons organiser des passerelles entre les deux volets -, mais que le médico-social ne pourra pas alimenter le sanitaire.

Lorsque des places d'unité de soins de longue durée, ou USLD, seront transformées en places d'EHPAD, c'est-à-dire qu'elles seront transférées du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, ce n'est pas l'intégralité de l'enveloppe de l'USLD, forcément plus élevée, qui sera reversée, mais la somme correspondant aux moyens nécessaires à la création d'une maison de retraite médicalisée, ni plus ni moins. Nous tiendrons compte du niveau de dépendance des personnes concernées en fonction de la nouvelle grille PATHOS.

**M. François Autain.** Ah !

**M. Guy Fischer.** Cela va tout changer !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Cela signifie que les moyens transférés à la maison de retraite médicalisée correspondront au niveau de dépendance de la personne âgée.

Il était important d'insister sur ce point. On ne pourra plus prétendre que nous transférons des moyens *a minima*. Les transferts dans les maisons de retraite médicalisées s'effectueront en fonction du degré de dépendance de chaque personne. Voilà comment nous concevons la mise en œuvre du dispositif !

Les acteurs du secteur médico-social ont également manifesté des inquiétudes au sujet des appels à projets. Là encore, nous avons voulu compléter le système en ouvrant une possibilité d'innovation. Ainsi, le champ de prise en charge du handicap continuera de progresser - je pense par exemple aux difficultés liées à la maladie d'Alzheimer -, tout en permettant que les outils ne soient pas tous formatés de la même manière.

Vous le voyez, nous avons souhaité tenir nos engagements sur tous ces sujets et rassurer les professionnels du secteur sur la nécessaire articulation et le décloisonnement. Nous ferons en sorte que le secteur médico-social et ses 17 milliards d'euros soient valorisés et optimisés dans un ensemble cohérent, au service des personnes âgées et handicapées, c'est-à-dire de nos concitoyens les plus fragiles. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

**M. Guy Fischer.** Vous ne nous avez pas rassurés !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1248.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** À la demande de la commission, et conformément à ce qui a été décidé, nous examinons à présent en priorité huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune et portant sur le texte proposé pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique.

Je suis saisi de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers amendements sont identiques.

L'amendement n° 955 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 1086 est présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durriou, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. - Supprimer le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique.

II. - En conséquence, supprimer le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-13 du code de la santé publique.

La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 955.

**M. François Autain.** L'amendement que nous vous présentons vise à sortir la gestion du risque assurantiel en matière de santé du champ de compétences des agences régionales de santé.

Contrairement aux affirmations du Gouvernement et de la majorité, nous assistons en fait à une reprise en mains par l'État, au travers de l'ARS, des dépenses de santé. L'objectif est de permettre au Gouvernement de mieux maîtriser les dépenses de santé et, si possible, de les réduire, et ce au mépris des besoins sanitaires et médico-sociaux de la population.

Actuellement, la gestion du risque relève de la compétence de l'assurance maladie, qui fixe les orientations nationales. En confiant cette responsabilité à l'ARS, vous vous privez de l'une des fonctions essentielles de l'assurance maladie, de l'expertise et de l'expérience de son personnel et, enfin, du rôle important joué par les caisses régionales d'assurance maladie, les CRAM, dans le cadre des principes fondateurs de la sécurité sociale.

Cet article rend impossible la participation des partenaires sociaux aux décisions de l'assurance maladie, qui était déjà considérablement entamée par les réformes successives intervenues depuis 1996. Il en va de même du débat contradictoire entre l'État et l'assurance maladie, qui était, lui aussi, déjà réduit à sa plus simple expression.

Une telle absorption de la gestion du risque par les ARS équivaut ni plus ni moins à la suppression pure et simple de notre système d'assurance maladie au profit de l'État.

Nous changeons véritablement de mode de fonctionnement. Nous passons d'un système d'inspiration plutôt bismarckienne, dans lequel les cotisants financent et contrôlent la protection sociale, à un système d'inspiration plus anglo-saxonne, où c'est l'impôt qui finance et l'État qui contrôle. Il est possible qu'un tel changement soit nécessaire, mais j'ai le sentiment que le Gouvernement ne l'assume pas.

Au demeurant, l'évolution que Mme la ministre nous propose va à l'encontre de ce que nous pouvons observer dans les autres pays européens. Alors que nos voisins ont tendance à bien séparer ce qui ressortit à la régulation et ce qui ressortit à l'organisation des soins, vous vous orientez dans la direction opposée. Avec un tel système, l'assurance maladie deviendra une tête sans corps, celui-ci étant cannibalisé par les ARS.

Dans ces conditions, quelle valeur accorder à la convention entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, introduite par la commission à l'article 26 B? Dans la mesure où les moyens nécessaires seront confisqués par les ARS, l'Union ne sera plus en mesure ni de mettre en œuvre cette convention ni d'en contrôler l'application. Et, à travers ces agences, c'est bien l'État qui prend la totalité du pouvoir.

C'est la raison pour laquelle nous vous demandons la suppression du texte proposé pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour présenter l'amendement n° 1086.

**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement vise à supprimer le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique et, en conséquence, à supprimer le texte proposé pour l'article L. 1434-13 du même code.

Je n'en détaille pas les motivations, car nous aurons l'occasion d'y revenir lorsque nous nous exprimerons sur les autres amendements.

**M. le président.** L'amendement n° 249 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc, Mme Desmarescaux et MM. Gilles et Gournac, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique :

« *Art. L. 1434-11.* - Le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé comporte des actions complémentaires des actions nationales visées à l'article L. 182-2-1 A du code de la sécurité sociale et tenant compte des spécificités régionales. Les organismes d'assurance maladie complémentaire peuvent être associés à l'élaboration de ces actions.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque fait l'objet d'un contrat entre le directeur général de l'agence régionale de santé et un représentant, pour la région, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Le programme est associé au projet régional de santé. Il est révisé chaque année.

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

La parole est à M. Alain Vasselle.

**M. Alain Vasselle.** Cet amendement n'a rien d'original puisque je reprends simplement un amendement qui avait été déposé par M. le rapporteur devant la commission des affaires sociales.

Après une suspension de séance à deux heures du matin, nous avons adopté en commission des sous-amendements déposés par le Gouvernement. Toutefois, M. le président de la commission avait pris soin de préciser au Gouvernement que nous reviendrions en séance publique sur la rédaction définitive de cet article. En effet, ces sous-amendements ne nous donnaient pas entièrement satisfaction, notamment sur les modifications apportées au deuxième alinéa de l'amendement.

J'ai donc décidé de reprendre la rédaction qui avait été proposée par M. le rapporteur, en attendant que nous puissions travailler sur une nouvelle formulation, comme nous y invitera M. About dans quelques instants.

À mon sens, l'idéal serait d'adopter cet amendement, qui est identique à celui qu'avait déposé M. le rapporteur en commission. Mais je suis bien conscient de la nécessité de trouver un terrain d'entente entre la majorité des membres de la Haute Assemblée et le Gouvernement sur un sujet aussi sensible.

C'est pourquoi je défendrai dans quelques instants un sous-amendement à l'amendement n° 1010 rectifié, déposé par M. Nicolas About, qui n'est pas très éloigné de celui qui avait été présenté par M. le rapporteur, mais qui tend à apporter quelques précisions.

Quoi qu'il en soit, l'essentiel réside dans l'esprit dans lequel le texte sera appliqué, et non dans sa lettre. Si j'en crois les propos qui ont été tenus tout à l'heure par Mme la ministre dans son intervention liminaire sur l'article 26, nous n'avons *a priori* aucun souci à nous faire quant aux modalités d'application d'une telle disposition pour le programme régional de gestion du risque.

À cet égard, Mme la ministre devra se montrer particulièrement vigilante pour que les directeurs des ARS, en concertation avec les représentants de l'assurance maladie et des différentes branches, appliquent le texte dans son esprit, et non pas à la lettre. Une interprétation littérale pourrait susciter d'éventuels contentieux ou désaccords. Ce n'est pas ce que nous souhaitons.

En effet, dans le cadre de cet esprit de décloisonnement du fonctionnement des différents services, nous voulons travailler ensemble, dans le sens de l'intérêt général, pour améliorer les conditions de soins de nos concitoyens sur l'ensemble du territoire.

**Mme Brigitte Bout.** Très bien !

**M. le président.** L'amendement n° 956, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique :

« *Art. L. 1434-11.* - L'agence régionale de santé prépare, avec les organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé tel que défini à l'article L. 1432-1 du code de la santé publique et à l'article L. 182-2-1-A du code de la sécurité sociale. Il est actualisé chaque année.

« Le volet régional est préparé par les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de l'agence dont la caisse nationale est membre, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans le respect des dispositions régissant leurs compétences et en fonction des priorités du programme régional de santé.

« Ce programme est arrêté conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et le collège régional des trois directeurs de l'assurance maladie.

« Le programme est annexé au projet régional de santé.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement vise à la fois à rappeler notre opposition au transfert de la gestion du risque aux ARS et à souligner la nécessité de préserver une dimension nationale pour garantir la cohérence des volets régionaux.

En effet, et c'est d'ailleurs le sens de l'amendement déposé par M. Nicolas About, le texte qui nous est proposé institue à l'évidence une certaine ambiguïté, un certain flou, dans les relations entre les ARS et le réseau des caisses d'assurance maladie. Tout ce que nous savons, c'est que ces caisses passeront véritablement sous la tutelle des agences. Et si rien n'est fait pour équilibrer le dispositif et éviter les dysfonctionnements, nous risquons fort d'aboutir à vingt-deux politiques de gestion des risques différentes !

En l'occurrence, le sujet n'est pas la création d'une agence nationale de santé. Nous souhaitons simplement que le volet régional puisse être préparé par les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de l'agence dont la caisse nationale est membre et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, afin de garantir une unité de traitement sur l'ensemble du territoire national. Le programme serait arrêté conjointement par le directeur général de l'ARS et le collège régional des trois directeurs de l'assurance maladie.

Car c'est bien l'échelon national qui est pertinent en matière de risques. Par exemple, les résultats très positifs qui ont été obtenus en matière de bon usage des antibiotiques sont le fruit d'une communication grand public accompagnée de démarches effectuées auprès des professionnels de santé par les services médicaux des trois régimes et par les délégués à l'assurance maladie. Mais quel serait l'effet de communications régionales disjointes et d'ampleur variée sur de tels sujets ?

Évoquons également les actions menées dans le domaine du médicament. N'est-ce pas au plan national que les laboratoires pharmaceutiques organisent leur propagande, du moins leur publicité, à l'égard des professionnels de santé ? Face à une telle puissance, que peseraient les contre-pouvoirs isolés des régions ?

En ce qui concerne les objectifs à atteindre en matière de risques, comment imaginer la mise en œuvre de négociations pour les conventions nationales avec les professionnels de santé si celles-ci pouvaient être remises en cause au niveau régional ?

Que dire enfin de la question de la coordination ? L'expérience des directeurs coordinateurs régionaux sur la gestion du risque a permis une amélioration sensible des résultats obtenus. La suppression de cette coordination, qui résulterait de la contractualisation de l'ARS avec chacun des organismes, risque d'éparpiller et d'émettre les énergies, voire de rendre lourdes et illisibles toutes les procédures.

Ainsi, le directeur de l'ARS de la région Rhône-Alpes devrait négocier avec douze caisses primaires d'assurance maladie, ou CPAM, six caisses de mutualité sociale agricole, ou MSA, et deux entités de régime social des indépendants, ou RSI.

Finalement, n'est-il pas plus efficace de contractualiser avec seulement trois coordinateurs régionaux, eux-mêmes chargés d'appliquer les plans nationaux validés par le Conseil national de pilotage des ARS ?

Pour toutes ces raisons, il convient de préserver et de poursuivre l'action entreprise par les caisses nationales et leurs réseaux. Tel est l'objet de cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 1010 rectifié, présenté par M. About, est ainsi libellé :

Remplacer les trois premiers alinéas du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique par cinq alinéas ainsi rédigés :

« - Le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé comprend, outre les actions nationales définies par la convention prévue à l'article L. 182-2-1-A, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

« Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La parole est à M. Nicolas About.

**M. Nicolas About.** Cet amendement comporte cinq alinéas pour mieux comprendre le contenu, l'élaboration et, bien sûr, la mise en œuvre de ce programme pluriannuel régional de gestion des risques de santé.

Le premier alinéa a pour objet de préciser que le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé comprend, outre les actions nationales définies par la convention entre le Gouvernement et l'UNCAM, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

Le deuxième alinéa tend à indiquer que les actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Bien entendu, une telle élaboration devra découler d'une longue concertation avec le représentant au niveau régional de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'UNCAM et avec les organismes complémentaires.

Le troisième alinéa prévoit que le programme pluriannuel régional de gestion du risque de santé est révisé chaque année.

Le quatrième alinéa tend à spécifier qu'une fois arrêté ce programme est intégré tout naturellement au projet régional de santé.

Enfin, aux termes du dernier alinéa, le projet régional de santé fait l'objet d'une contractualisation, c'est-à-dire d'une transmission pour mise en œuvre par le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM.

Il s'agit donc d'un processus clair, cohérent, qu'il ne faut pas modifier.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1336, présenté par M. Vasselle, est ainsi libellé :

I. - Rédiger comme suit le troisième alinéa de l'amendement n° 1010 rectifié :

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires. Elles sont arrêtées par le directeur de l'agence régionale de santé.

II. - Dans le dernier alinéa de l'amendement n° 1010 rectifié, remplacer les mots :

les directeurs des organismes et services

par les mots :

le représentant au niveau régional de chaque régime

La parole est à M. Alain Vasselle.

**M. Alain Vasselle.** Ce sous-amendement tend à affiner la rédaction du troisième alinéa de l'amendement n° 1010 rectifié.

En effet, au lieu de prévoir que les actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, il me paraît préférable d'écrire : « Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » et d'ajouter qu'il appartient bien au directeur de l'agence régionale de santé d'arrêter ces actions complémentaires.

La rédaction que je propose permettrait d'éviter une dyarchie, que le Gouvernement ne souhaite pas, entre les organismes d'assurance maladie et le futur directeur général de l'agence régionale de santé.

Le terme « conjointement » que je propose permet d'associer plus étroitement l'assurance maladie dans la phase d'élaboration des actions régionales complémentaires, alors que l'amendement n° 1010 rectifié prévoit que ces actions sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'ARS après une simple concertation avec l'assurance maladie, ce qui laisse penser que le directeur de l'agence pourrait se contenter de recueillir l'avis de l'assurance maladie et, en définitive, prendre les décisions comme bon lui semble.

Par ailleurs, le II du sous-amendement tend à apporter une précision destinée à éviter une situation que j'ai évoquée lors de mon intervention sur l'article 26, se traduisant par la signature de deux cent quarante contrats avec les différents régimes sociaux – le régime social des indépendants, le RSI, la mutualité sociale agricole, la MSA, et le réseau des caisses primaires.

Il s'agit, dans un souci de simplification et d'allègement des tâches administratives, de confier la signature des contrats au représentant régional de l'assurance maladie qui aura contribué à l'élaboration des actions régionales complémentaires spécifiques.

Ce sous-amendement ne tend donc pas à remettre en cause le fond de l'amendement n° 1010 rectifié, mais à introduire des améliorations dans le dispositif proposé.

**M. le président.** L'amendement n° 250 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc, Mme Desmarescaux et MM. Gilles et Gournac, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique, remplacer le mot :

reprend

par les mots :

, pour renforcer

et après les mots :

organisme national

remplacer le mot :

et

par le signe de ponctuation :

,

L'amendement n° 252 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc, Mme Desmarescaux et MM. Gilles et Gournac, est ainsi libellé :

Dans le troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique, avant les mots :

chaque organisme et service d'assurance maladie

insérer les mots :

le directeur de

L'amendement n° 251 rectifié, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc, Mme Desmarescaux et MM. Gilles et Gournac, est ainsi libellé :

Dans le troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique, remplacer les mots :

chaque organisme et service d'assurance maladie

par les mots :

le directeur d'un organisme ou service d'assurance maladie

La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter ces trois amendements.

**M. Alain Vasselle.** Monsieur le président, ces amendements n'ayant plus de raison d'être puisque la discussion va se concentrer sur l'amendement n° 1010 rectifié, je les retire.

**M. le président.** Les amendements n° 250 rectifié, 252 rectifié et 251 rectifié sont retirés.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** S'agissant des amendements identiques n° 955 et 1086, la commission émet un avis défavorable. En effet, elle ne souhaite pas que la gestion du risque échappe au champ de compétences des ARS, qui ne peuvent ignorer cette dimension.

Quant aux amendements n° 249 rectifié et 956, la commission sollicite leur retrait au profit de l'amendement n° 1010 rectifié, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 1010 rectifié, fruit d'une très longue réflexion et d'un travail intense, qui s'est poursuivi quelques heures encore ce matin au sein de la commission, a reçu un avis favorable de cette dernière, avec le soutien enthousiaste du rapporteur.

Le sous-amendement n° 1336 est un sous-amendement de précision, qui change cependant la philosophie de l'amendement pour revenir à des textes antérieurs. Il ne me semble donc pas compatible avec l'amendement n° 1010 rectifié et je sollicite son retrait, faute de quoi j'émets plutôt un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je me suis longuement expliquée sur l'ensemble du dispositif.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur les amendements identiques n° 955 et 1086 et demande le retrait des amendements n° 249 rectifié et 956.

Je tiens à féliciter M. About et la commission pour l'amendement n° 1010 rectifié, qui présente une synthèse admirable. (*Sourires.*)

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le mot n'est pas trop fort, car l'exercice n'était pas facile ! C'est la preuve qu'un travail approfondi peut répondre aux inquiétudes des uns et des autres. Il a permis notamment de tenir compte d'un certain nombre d'observations exprimées par Alain Vasselle, qui ont toute leur valeur.

Cet amendement, bien construit, est tout à fait bienvenu : il vise à préciser le contenu du programme pluriannuel régional de gestion du risque, les conditions de sa préparation, les modalités de la contractualisation entre l'ARS et les organismes et les services d'assurance maladie.

Il est important que les programmes régionaux de gestion du risque puissent comprendre les actions déterminées par le programme national de gestion du risque – point auquel je suis aussi attachée que vous, monsieur Vasselle – et des actions complémentaires.

Cela veut bien dire que l'échelon régional doit mettre en œuvre les actions décidées sur le plan national – je le redis solennellement – de manière à prendre en compte les problématiques spécifiques à chaque région. L'implication de l'ARS dans la politique de gestion du risque engagée au plan national est essentielle et constitue un gage d'efficacité.

Monsieur le sénateur, vous souhaitez également que le programme régional de gestion du risque soit préparé dans le cadre d'une coordination entre le directeur général de l'ARS et un représentant à l'échelon régional de chaque régime d'assurance maladie. Il me paraît en effet très important que l'élaboration de ce programme s'effectue en association avec l'ARS et les organismes et services d'assurance maladie.

Par ailleurs, vous précisez que ce programme régional de gestion du risque fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'ARS et chaque organisme et service de l'assurance maladie de son ressort. Là encore, je vous rejoins complètement sur cette approche, qui permettra un engagement véritable de chaque organisme et service à un contenu du contrat devant évidemment prendre en compte les particularités des situations différentes desdits organismes et services.

Ainsi, avec ce dispositif, nous obtiendrons une plus forte responsabilisation de chacun dans la bonne mise en œuvre des actions prévues par ce programme.

Je partage donc la logique de votre amendement, monsieur About, sur lequel j'émets un avis très favorable et dont je demande le vote par priorité.

**M. Henri de Raincourt.** C'est une bonne idée !

**M. le président.** La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Comme je l'ai rappelé tout à l'heure, le secteur médico-social a trop souffert des effets délétères du cloisonnement pour ne pas saisir cette occasion de mettre fin à la dyarchie au sein de notre service public de la santé.

Il est en effet nécessaire de développer des approches transversales et décloisonnées, conçues en fonction des besoins. Seule une organisation unique décloisonnée, rassemblant les forces et les acteurs, peut y contribuer.

C'est la raison pour laquelle je m'associe aux propos de Roselyne Bachelot-Narquin pour soutenir, à mon tour, l'amendement n° 1010 rectifié, amendement de synthèse, qui, par les précisions qu'il apporte, doit permettre d'avancer dans le bon sens, en répondant aux inquiétudes des uns et des autres et aux attentes exprimées, notamment par M. Vasselle.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur la demande de priorité formulée par le Gouvernement ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Il n'y a pas d'opposition ?...

La priorité est ordonnée.

Monsieur Vasselle, le sous-amendement n° 1336 est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle.** Si j'ai bien compris, je me retrouve seul contre tous ! (*Sourires.*)

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Le pharisien et le publicain ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. Alain Vasselle.** En effet, je serais assez surpris que le vote de la Haute Assemblée soit différent de celui qui a été exprimé en commission des affaires sociales, ...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cela me paraît logique !

**M. Alain Vasselle.** ... d'autant que la rédaction proposée par M. About est identique, à deux mots près au texte que nous avons convenu ensemble de proposer au Gouvernement.

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

**M. Alain Vasselle.** Simplement, entre hier soir et ce matin, M. About a trouvé une rédaction qui lui paraissait plus convenable que celle que nous avons évoquée ensemble.

Je souhaiterais simplement répondre à M. le rapporteur qui laisse entendre que mon sous-amendement n'est pas que de précision.

Certes, la seconde partie ne va pas au-delà de la simple précision.

S'agissant de la première partie, le fait de distinguer la phase d'élaboration, confiée conjointement au directeur général de l'ARS et au représentant régional des organismes et services d'assurance maladie, de la phase de la prise de décision, peut apparaître comme un changement au fond. Ce n'est pas mon avis.

En tout état de cause, je suis rassuré par les propos de Mme la ministre, qui a clairement expliqué dans quel esprit devait s'appliquer le dispositif. Je veillerai à ce qu'il en soit bien ainsi, en tant que membre de la commission des affaires sociales et de président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale.

Sous le bénéfice des engagements du Gouvernement à cet égard, j'accepte de retirer mon sous-amendement, monsieur le président.

**M. Henri de Raincourt.** Très bien !

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1336 est retiré.

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 1010 rectifié.

**M. Bernard Cazeau.** Nous nous rallions à cet amendement, qui pourrait être mieux écrit,...

**M. Henri de Raincourt.** Ce n'est déjà pas mal !

**M. Bernard Cazeau.** ... mais qui rejoint notre philosophie, ce qui est l'essentiel !

En conséquence, nous retirons l'amendement n° 1086.

**M. le président.** L'amendement n° 1086 est retiré.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

**M. Jacky Le Menn.** M. Vasselle estimait être seul contre tous, mais ce n'est pas vrai !

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Vous voyez, monsieur Vasselle, que l'on vous aime ! (*Sourires sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP.*)

**M. Jacky Le Menn.** Il aurait pu maintenir son sous-amendement, qui avait pour objet non pas d'affaiblir l'amendement n° 1010 rectifié, mais de le préciser. Soit dit en passant, nous avons ahané suffisamment longtemps ce matin sur cette dernière disposition pour qu'elle nous convienne *a minima*, ce qui nous a conduits à retirer l'amendement n° 1086.

En réalité, non seulement le sous-amendement n° 1336 ne contrevenait pas à l'esprit de l'amendement n° 1010 rectifié, mais, en prévoyant que les actions seraient « élaborées conjointement » et qu'interviendrait « le représentant de chaque régime au niveau régional », il apportait une petite touche de précision qui aurait emporté l'adhésion des responsables des caisses, me semble-t-il, et peut-être désamorcé les réticences perçues ici ou là.

Cela dit, ce sous-amendement ayant été retiré, nous nous rabattons sur l'amendement n° 1010 rectifié, qui, tout compte fait, constitue un bon compromis.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Mon propos s'inscrit dans la continuité de celui de Jacky Le Menn.

Monsieur Vasselle, je vous ferai observer que nous aurions pu reprendre votre sous-amendement, même si nous ne l'avons pas fait. En effet, la rédaction de ce dernier confortait pleinement, selon nous, le texte proposé par M. le président de la commission, sur lequel nous nous étions mis d'accord ce matin, en particulier son dernier alinéa, ainsi rédigé : « Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort [...] ».

Pour notre part, nous aurions préféré une autre rédaction, selon laquelle la contractualisation aurait été conclue « entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant, au niveau régional, de chaque régime ». En effet, la notion de « représentant » est beaucoup plus large. Les différents régimes auraient pu désigner les personnes de leur choix pour exercer cette activité. Ainsi, cela n'aurait pas été obligatoirement le directeur, même si cette solution n'était pas exclue. Une telle rédaction aurait à mon avis répondu davantage aux souhaits des responsables des différentes caisses, qui n'ont pas manqué de saisir les divers membres de cette assemblée.

Nous regrettons donc que le sous-amendement n° 1336 ait été retiré, mais nous ne le reprendrons pas, parce que cette démarche risquerait de susciter quelques perturbations (*Sourires.*), et nous soutiendrons l'amendement n° 1010 rectifié, comme l'a indiqué Jacky Le Menn.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Jeannerot, pour explication de vote.

**M. Claude Jeannerot.** Nous voterons bien sûr cet amendement, d'autant que, je le rappelle, nous avons tous très largement contribué à sa rédaction. Il en a été notamment ainsi de la philosophie essentielle de cette disposition, qui permet d'éviter la mise en place d'une dyarchie en prévoyant que le directeur général de l'agence engagera une concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance-maladie.

Néanmoins, la rédaction du dernier alinéa de cet amendement me paraît présenter une incohérence, même si je la voterai en l'état.

En effet, à partir du moment où le directeur général de l'agence a arrêté le plan d'action régional, ce document ne peut faire l'objet d'une contractualisation *stricto sensu*, me semble-t-il ; seule une notification est envisageable, car l'on ne peut contractualiser ce qui a été décidé par une autorité supérieure.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1010 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, les amendements n° 955, 249 rectifié et 956 n'ont plus d'objet.

Mes chers collègues, nous avons achevé l'examen des huit amendements appelés par priorité, portant sur le texte proposé pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique.

Nous en revenons aux amendements déposés sur le texte proposé pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

L'amendement n° 1038, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Patient et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Supprimer le quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Monsieur le président, cet amendement vise à supprimer non pas le quatrième, mais le cinquième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

**M. le président.** Il s'agit donc de l'amendement n° 1038 rectifié, qui se lit ainsi :

Supprimer le cinquième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

Veillez poursuivre, monsieur Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Tout d'abord, madame la ministre, pour répondre à votre propos liminaire, je ne conteste nullement que les travaux de l'agence régionale de santé s'inscrivent dans le cadre de l'ONDAM. « Pourquoi cet amendement ? », me répondrez-vous alors. Tout simplement parce qu'il ne me semble pas nécessaire d'insister de nouveau sur ce point dans le présent projet de loi !

Parmi les missions générales assignées à l'agence régionale de santé, le rapporteur de ce texte devant l'Assemblée nationale a ajouté, à travers un amendement, la mission de « contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

Dans le contexte de crise économique et sociale que nous connaissons, il est important de réaffirmer, à chaque fois que c'est nécessaire, la nécessité de la lutte contre l'exclusion.

Si cet amendement tend à supprimer la référence à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, c'est non pas pour que celui-ci ne soit pas respecté, mais pour que l'on cesse d'insister surtout sur l'objectif comptable de la maîtrise des dépenses !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

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

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne me contenterai pas d'émettre un avis défavorable, comme je pourrais le faire, car, avec cet amendement, nous touchons à l'essentiel.

Aux termes du projet de loi, tel qu'il résulte des travaux de votre commission, mesdames, messieurs les sénateurs, les ARS exercent leur mission dans le respect des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale et des principes de l'assurance maladie.

Monsieur le sénateur, pourquoi proposer de rayer d'un trait de plume la référence à l'assurance maladie, sans toucher au reste du texte ? Je ne perçois pas la logique de ce choix, d'autant que l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale auquel il est fait référence ici précise notamment que « l'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire » et que « les régimes d'assurance maladie [...] concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État ».

Au cours de notre débat, il n'est pas inutile de rappeler ces principes, qui semblent parfois oubliés par certains orateurs. Et cet alinéa n'est nullement superflu !

Je le répète, comment ne pas faire référence à ces principes ? Nous parlons sans cesse du pacte de 1945, pour nous en prévaloir et le défendre, mais nous n'évoquons jamais ce

qui en fait véritablement la substance. L'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale s'inscrit parfaitement dans notre projet : une mobilisation en faveur de la santé de tous nos concitoyens, par le biais d'un rapprochement entre les moyens de l'État et ceux de l'assurance maladie.

C'est dans ce cadre que s'inscrivent les ARS, qui rénovent nos organisations et nos modes d'action afin d'assurer la mise en œuvre effective des principes et des droits qui fondent notre système de santé.

C'est pour cette raison, presque ontologique, que je m'oppose à cet amendement ! Je demande donc à M. Daudigny de bien vouloir le retirer, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 1038 rectifié est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Non, après avoir écouté Mme la ministre, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1038 rectifié est retiré.

L'amendement n° 907, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Les sénatrices et sénateurs du groupe CRC-SPG refusent que les agences régionales de santé soient chargées, en plus de leur mission de gestion et de pilotage de l'offre de soins, de la gestion du risque maladie, même si celui-ci mériterait d'être mieux défini.

Si nous sommes opposés à cette gestion du risque par les agences régionales de santé, c'est parce que nous considérons, comme le suggérait d'ailleurs le rapport Bur, que l'association des deux missions dans une seule structure pourrait entraîner un certain nombre d'inconvénients, notamment au regard de la tentation d'« étatisation de l'assurance maladie ».

Madame la ministre, vous avez vous-même reconnu l'existence de ce risque devant la commission présidée par M. Bur, mais vous ne semblez plus vouloir l'assumer aujourd'hui. Une telle étatisation du système de santé, reposant sur la gestion de l'offre, d'une part, et sur la gestion du risque, d'autre part, c'est-à-dire à la fois sur la création de l'offre de soins et sur son financement, pourrait faire naître d'évidents conflits d'intérêts.

En effet, la principale mission du directeur de l'agence régionale de santé est de réduire les dépenses publiques. Il est donc à craindre que ce responsable, ne pouvant influencer sur le financement des soins et devant justifier à son ministère de tutelle de l'efficacité des politiques qu'il mène en matière de réduction de coûts, ne soit tenté de diminuer l'offre de soins elle-même. Je vous renvoie d'ailleurs à notre débat antérieur sur les fusions autoritaires d'établissements qu'il pourrait décider.

Madame la ministre, ce projet de loi est un pas de plus vers ce qui s'apparente, texte après texte, à un démantèlement de notre système de protection sociale.

En effet, à travers cet article 26, vous entendez peser sur la dépense de santé tout en réduisant l'offre de soins. En procédant à une fausse régionalisation, vous voulez accaparer des pouvoirs qui ne sont aujourd'hui pas les vôtres.

Disons le clairement, en confiant la gestion du risque aux agences régionales de santé, au sein desquelles le conseil de surveillance ne donne que l'illusion de responsabilités partagées, vous entendez revenir sur la gestion paritaire de l'assurance maladie, et plus particulièrement sur la gestion du risque. En effet, le conseil de la CNAM, où siègent les organisations syndicales et patronales ainsi que les représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, ne disposera plus d'aucun pouvoir.

Ce conseil, qui est un organe politique, n'aura plus aucune raison d'être, et vous pourrez ainsi librement, par le biais des directeurs des agences régionales de santé que vous avez nommés, disposer d'un pouvoir que nous avons décidé de confier en partie aux partenaires sociaux.

Il s'agit donc bien d'une reprise en main par le pouvoir, aux seules fins de réaliser des économies. C'est pourquoi, mes chers collègues, nous vous proposons d'adopter cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission ne semble pas compter les alinéas de la même façon que les groupes ! Madame David, l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique prévoit que les ARS devront contribuer au respect de l'ONDAM... Cette disposition est donc dépourvue de rapport direct avec la gestion du risque. La commission émet par conséquent un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'émet un avis défavorable, pour les raisons de forme qu'a soulignées M. le rapporteur, bien sûr, mais aussi pour des motifs de fond, après avoir entendu les explications de Mme Annie David.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 907.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1039, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique par les mots :

ainsi que de celles des organismes nationaux d'assurance maladie et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

La parole est à M. Claude Jeannerot.

**M. Claude Jeannerot.** Cet amendement vise tout simplement à assurer une meilleure efficacité à la nouvelle architecture incarnée par l'ARS.

Il nous semble que le succès ne sera au rendez-vous que si tous les acteurs deviennent complémentaires et travaillent en parfaite synergie. Dans cette perspective, il est nécessaire de respecter intégralement leurs compétences respectives.

Tel est l'objet de cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** *A priori*, il n'y a aucune raison pour que les ARS empiètent sur la compétence des organismes d'assurance maladie et de l'UNCAM, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La commission émet donc un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme M. le rapporteur, et pour les mêmes raisons, j'émet un avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1039.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1037, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Patient et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

L'agence régionale de santé définit avec les collectivités territoriales et les établissements et agences concernés les modalités précises d'articulation de leurs prérogatives respectives.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Selon la rédaction proposée pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé, puisque tel est désormais le nom de cet organisme, exerce ses compétences « sans préjudice [...] de celles des collectivités territoriales et des établissements » que sont l'AFS, l'Agence française du sang, l'AFSSA, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, l'AFSSET, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, le Comité national de santé publique et l'Agence de la biomédecine ».

Cette précision est d'importance. Elle illustre dans les faits l'application qui devrait être faite du principe de subsidiarité, au nom duquel, comme le précisait Mme la ministre à l'Assemblée nationale, les compétences des collectivités territoriales seront protégées. Mais il en va tout autrement de la question de l'articulation entre les politiques existantes.

Certes, les deux commissions de coordination des politiques prévues à l'article L. 1432-1 participent de cette articulation. Pour autant, il nous paraît important de préciser dans la loi qu'il est du ressort et de la responsabilité finale des ARS de veiller à l'effectivité de ces liens.

Cette rédaction n'est donc pas superflue, comme on pourrait le penser de prime abord. Bien au contraire, elle précise et clarifie le rôle et donc la responsabilité des ARS

au regard de l'existence de ces articulations. À défaut, il leur appartiendra de prendre les dispositions propres à en garantir la mise en œuvre.

Compte tenu de la lettre et de l'esprit de la loi de décentralisation de mars 1982 et plus spécifiquement des dispositions contenues dans la loi du 13 août 2004 concernant les compétences des collectivités territoriales et de l'État pour le secteur médico-social, il est important que la loi puisse poser le principe de la recherche permanente de la meilleure articulation de ces politiques pour lesquelles les interactions et les recoupements sont nombreux.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le titre consacré aux ARS contient un certain nombre de dispositions tendant à articuler leurs compétences avec celles des collectivités territoriales et des autres organismes intervenant dans la politique de santé.

Cette disposition paraît donc inutile. De plus, elle pourrait laisser entendre que la répartition des compétences des uns et des autres peut être opérée entre eux, ce qui, bien sûr, n'est pas le cas, cette répartition étant définie par les textes.

La commission émet donc un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avis défavorable pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1037.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1324, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après le mot :

chargées,

insérer les mots :

en déterminant des objectifs et

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je veux préciser et mettre en cohérence les dispositions relatives aux missions des ARS.

La rédaction de l'article L. 1431-2 sur le contenu détaillé des missions des ARS procède à des simplifications très utiles du texte initial. Le texte était particulièrement dense, et un travail de simplification est sans doute bienvenu.

Certains points méritent tout de même une précision pour conserver la cohérence d'ensemble du texte. Ils feront l'objet de différents amendements qui vous seront proposés concernant les missions des ARS.

M. Alain Vasselle s'en réjouira sans doute, les agences devront d'abord et avant tout mettre en œuvre des politiques nationales de santé. Il n'y a aucune ambiguïté à cet égard.

Pour autant, il me semble utile de laisser la possibilité au niveau régional de renforcer et de compléter ces objectifs en fonction des problématiques des différentes régions françaises. L'ARS doit pouvoir compléter ces exigences nationales.

Les ARS peuvent – et c'est là tout leur intérêt – renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé ajustées aux besoins de ces territoires. Elles doivent par conséquent pouvoir les décliner de la manière la plus pertinente possible.

L'objet de cet amendement est donc de permettre aux ARS de définir, dans le respect plein et entier des politiques nationales, des objectifs régionaux de santé, en toute cohérence avec ce que prévoit déjà le code de la santé publique depuis la loi d'août 2004.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le texte proposé pour l'article L. 1431-2 donne une définition générale des compétences et moyens des ARS.

La définition des objectifs nous paraît faire partie du champ de l'article L. 1431-1. Nous avons en effet prévu dans le texte proposé pour cet article que l'ARS définisse et mette en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs de la politique nationale de santé tels que définis par les textes fondamentaux qui en traitent.

Il n'y a donc pas lieu, de l'avis de la commission, de réintroduire la détermination des objectifs dans l'article L. 1431-2.

La commission a émis par conséquent un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** Tout à l'heure, Mme la ministre ne voulait pas de coordination des politiques avec les collectivités territoriales, parce qu'elle était déjà inscrite dans le texte ; dans cet amendement, elle veut maintenant imposer des objectifs !

Cela devient obsessionnel : le directeur de l'ARS doit être absolument partout et tout diriger ! Vous apportez ainsi de l'eau au moulin de ceux qui le disaient déjà depuis plusieurs jours, et même plusieurs semaines !

**M. Guy Fischer.** Eh oui !

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Après avoir écouté tout le monde, j'aimerais à mon tour le signaler : je suis, moi aussi, favorable à la création des agences régionales de santé ! Et comme d'autres, j'aurais aimé que M. Alain Vasselle maintienne son sous-amendement n° 1336.

En matière de précision, madame la ministre, je dirai que vous en faites trop ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) En effet, le texte précise déjà que « les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, [...] de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique » – c'est donc la politique de santé nationale. Il s'agit là, par conséquent, de la mise en œuvre.

J'en viens à la détermination des objectifs. En quoi ces objectifs seraient-ils contraires à la politique nationale ? Ou alors, c'est qu'ils seraient adaptés à la région, et cela figure donc déjà au travers des mots : « spécificités de chaque région ». Les quelques mots que vous souhaitez ajouter, madame la ministre, n'apportent rien !

À moins – et c'est le sens de mon intervention – qu'il ne s'agisse d'objectifs de résultat (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*), comme on en voit dans l'administration ! Par exemple, dans la police, il faut un certain nombre d'arrestations.

**M. Alain Fouché.** C'est faux !

**M. Jean Desessard.** Une idée se cacherait ainsi derrière cette mesure : des objectifs de résultat à réaliser ! (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

**M. Alain Fouché.** C'est faux ! C'est une idée des Verts !

**M. Jean Desessard.** À ce moment-là tout s'éclaire ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

**M. Alain Fouché.** Une invention !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1324.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 908, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

et des besoins de la population

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** L'article 26, qui ouvre le titre III de ce projet de loi, instaure les agences régionales de santé et trace les missions et les compétences de celles-ci.

Nous pourrions alors nous attendre à une définition des missions s'appuyant sur les besoins de la population ; or il n'en est rien.

Les seuls objectifs semblent être la mise en œuvre au niveau régional du respect des textes et des politiques publiques définies *a minima* nationalement, dans le cadre d'une restriction budgétaire généralisée.

Dans cet article, lorsque l'on parle de territoire, il s'agit d'un périmètre structurel, désincarné, et non d'un lieu de vie, d'une population particulière avec ses propres caractéristiques et ses propres besoins. Nous le regrettons.

Le seul traitement comptable et technocratique, que l'on voit poindre derrière cette réforme, à partir d'outils de gestion fondés sur des ratios nationaux, ne permet pas de prendre en compte la réalité de terrain, ses contraintes spécifiques ni ses potentialités.

Nous le savons tous, la maladie ne se répand pas de façon uniforme sur l'ensemble du territoire national. Chaque territoire dispose ainsi d'un profil spécifique, les gens qui y vivent étant porteurs d'histoires particulières et de besoins qui leur sont propres, liés entre autres choses à leur âge, à leur environnement, à leur activité, à leur milieu social et à leur bassin de vie.

C'est pourquoi nous voulons préciser dans le texte que les ARS sont chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie à partir « des besoins de la population ».

C'est le sens de cet amendement qui vise à compléter le texte proposé pour l'article L. 1431-2.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les spécificités régionales auxquelles se réfère cet article sont précisément celles qui peuvent avoir une influence sur les besoins de la population. Le rôle des ARS sera d'aplanir les obstacles qui s'opposent à la satisfaction de ces besoins, notamment en facilitant l'accès aux soins quand il sera insuffisant, en mettant l'accent sur la prévention des risques dominants dans la région et en prenant en compte tel ou tel problème particulier.

En conséquence, la commission a émis un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avis défavorable pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 908.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1026 rectifié, présenté par M. Desessard, Mme Voinet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

de la santé scolaire

insérer les mots :

, de la santé environnementale

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** J'ai déjà évoqué la nécessité d'une approche globale de la santé au sein des missions de l'ARS, réclamée d'ailleurs par la majorité d'entre nous.

Les missions de la santé scolaire et de la santé au travail ont déjà été intégrées au texte par la commission.

Cependant, aujourd'hui, au XXI<sup>e</sup> siècle, la politique de prévention doit avancer sur ses deux jambes : d'une part, le dépistage dans le cadre des visites médicales à l'école et au travail, de l'autre, la prise en compte des facteurs environnementaux pouvant agir sur la santé.

La santé environnementale est complémentaire de la santé scolaire et de la santé au travail. Nous sommes ainsi quotidiennement exposés à plus de 30 000 substances chimiques présentes dans notre environnement – et je n'ai pas fini de les compter !

Les problèmes de reproduction, l'obésité, les cancers du sein et de la prostate, pour ne citer que les plus courants, le diabète, les dysfonctionnements thyroïdiens et les troubles du comportement : toutes ces maladies sont en pleine expansion et sont en lien direct avec la dégradation de notre environnement.

Il est indispensable que les ARS, dans leurs missions globales, se saisissent également de cette question et puissent s'appuyer sur les services compétents, dans un souci de coordination avec les autres acteurs de la prévention.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le terme de « santé environnementale » est très large. Il ne peut donc être utilisé pour préciser les compétences de l'ARS.

Les ARS auront une compétence en matière de veille sanitaire et de signalement des événements sanitaires, lesquels pourront inclure ceux qui trouvent leur origine dans une atteinte à l'environnement.

Par ailleurs, l'article relatif au schéma régional de prévention fait déjà référence à la santé environnementale. Mais on ne peut pas charger les ARS d'assurer la protection de l'environnement et la lutte contre la pollution.

En conséquence, l'avis de la commission est défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

Sur le fond, je partage totalement les préoccupations exprimées par M. Jean Desessard.

La santé environnementale entre pleinement dans le champ de compétence de l'agence régionale de santé. J'ai d'ailleurs déjà souligné le renvoi, pour les missions de l'ARS, vers l'article L. 1411-1 du code de la santé qui détermine le champ de la santé publique.

Ce renvoi satisfait votre préoccupation, monsieur Desessard. Il serait même contre-productif de faire apparaître cette précision, comme si la santé environnementale ne relevait pas du domaine propre de la compétence des ARS.

Il n'est pas utile de le rajouter alors que c'est déjà, de plein exercice et de plein droit, compris dans ses missions.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Votre objectif est donc satisfait. La rédaction que vous proposez pourrait, si elle était retenue, contrevenir au souci que vous exprimez et que je partage.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Parlons philosophie !

**Mme Isabelle Debré.** Ah non ! (*Sourires.*)

**M. Jean Desessard.** Dans ce cas, excusez-moi, mais je parlerai philosophie tout seul ! (*Nouveaux sourires.*)

Les écologistes remettent en cause la notion de croissance, notamment la façon dont cette dernière est calculée. Ainsi, aujourd'hui, un accident de la route est considéré comme un « plus », puisqu'il va contribuer à créer de la croissance (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)...

**M. Alain Fouché.** Qui dit cela ?

**M. Jean Desessard.** ... les véhicules accidentés aussi bien que les passagers devant être réparés, pour autant que je puisse employer ce terme pour des êtres humains.

J'insiste, nous ne saurions adopter cette attitude qui consiste à considérer positivement un accident de la route, les réparations qu'il induit étant bénéfiques pour la croissance de la France, voire pour tous les autres pays. (*Nouvelles protestations sur les mêmes travées.*)

Il faut reconsidérer la façon dont sont calculées la croissance et l'évolution du niveau de vie.

Cela, c'était pour la philosophie !

J'en viens aux applications directes de cette philosophie.

Selon nous, les produits – insecticides ou pesticides, par exemple – qui seront la cause, dans les cinq ans ou dix ans à venir, du développement de cancers chez les agriculteurs ou ceux de nos concitoyens qui vivent dans le monde rural ne sont pas un « plus » pour la croissance et pour le niveau de vie, car il faudra un jour réparer les désastres et les dégâts qu'ils auront causés à la santé.

Selon nous, mieux vaut soigner en amont.

**M. Alain Fouché.** Tout le monde est d'accord là-dessus !

**M. Jean Desessard.** Soigner en amont, cela suppose de faire attention aux différents produits utilisés, dans un environnement non seulement rural mais également urbain.

Telle est notre conception d'une réelle politique de santé environnementale.

**M. Alain Fouché.** Ce n'est pas un *scoop* !

**M. Jean Desessard.** Elle consiste à assurer une veille constante sur l'ensemble des produits qui pourraient, à terme, causer des dégâts sanitaires.

**M. Alain Fouché.** Ce n'est pas nouveau !

**M. Jean Desessard.** C'est pourquoi je souhaite voir adopter cet amendement.

**M. Alain Fouché.** Il a inventé le fil à couper le beurre !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1026 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. Jean Desessard.** Dommage !

**M. Alain Fouché.** C'était un amendement tellement novateur...

**M. le président.** L'amendement n° 1020, présenté par MM. Le Menn, Cazeau et Desessard, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le texte a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

Elles organisent

insérer les mots :

, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de santé

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Depuis les années quatre-vingt, il existe un observatoire régional de santé, ou ORS, dans les vingt-deux régions de France métropolitaine et dans les quatre départements d'outre-mer, à savoir la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et la Réunion.

L'objectif des ORS est d'améliorer l'information sur l'état de santé et les besoins des populations régionales, dans le cadre d'une mission d'aide à la décision. Ces observatoires contribuent ainsi à mettre à disposition des informations sur la santé, en recherchant les données disponibles, en les validant, en les analysant et en les diffusant, afin de permettre leur prise en compte dans l'élaboration des choix des décideurs : élus, administrations, organismes de protection sociale, établissements et professionnels de santé.

Cet amendement vise à rétablir le rôle d'appui des observatoires régionaux de santé pour la mise en œuvre sur le plan régional, par l'ARS, de la politique de santé publique, cette référence ayant été précédemment supprimée.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Point n'est besoin d'inscrire cette mention dans la loi pour permettre aux ARS de travailler avec les ORS : elles le font tout naturellement. Il faut éviter de faire figurer dans la loi des dispositions qui n'ont pas de portée normative ou qui ne tendent qu'à énoncer des évidences.

Par ailleurs, préciser que les ARS doivent s'appuyer sur les ORS laisse à penser qu'elles ne peuvent pas chercher d'autres concours.

D'autres amendements seront présentés, dans lesquels sont évoqués d'autres organismes, notamment les associations et les comités d'éducation pour la santé. Il nous paraît vain de chercher à énumérer toutes les structures existantes pouvant coopérer avec les ARS.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet également un avis défavorable. Il me paraît tellement évident que les ARS s'appuieront sur les ORS que je m'en serais volontiers remise à la sagesse de la Haute Assemblée ; mais je ne veux pas être désagréable avec M. le rapporteur... (*Sourires.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1020.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 909, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Compléter le troisième alinéa (a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

et environnementaux

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Mon propos rejoindra quelque peu l'argumentation développée par M. Desessard sur l'amendement n° 1026 rectifié. En effet, l'amendement n° 909 vise à intégrer dans le champ des compétences des agences régionales de santé la prise en compte des phénomènes environnementaux, ne serait-ce qu'en raison des conséquences sur la santé de nos concitoyens que de tels phénomènes peuvent avoir.

En plus des arguments déjà développés par M. Desessard, je vous renverrai, mes chers collègues, à un rapport de l'OMS sur les conséquences des facteurs environnementaux sur la santé, publié le 13 juin 2007.

L'étude réalisée révèle de profondes inégalités, mais montre aussi que, dans tous les pays, la réduction des risques liés à l'environnement – pollution, dangers sur le lieu de travail, rayonnement ultraviolet, bruit, risques agricoles, changements climatiques et modifications de l'écosystème – permettrait d'améliorer la santé.

L'analyse montre toutefois qu'aucun pays n'est à l'abri des conséquences que les conditions environnementales peuvent avoir sur la santé. Même dans les pays où l'environnement est plus sain, près d'un sixième des maladies pourraient être évitées, et certaines interventions sur l'environnement permettraient notamment de lutter efficacement contre les maladies cardio-vasculaires.

Susanne Weber-Mosdorf, sous-directeur général de l'OMS chargé du développement durable et des milieux favorables à la santé, a déclaré ceci : « Ces estimations par pays constituent une première étape dans la perspective d'aider les décideurs nationaux des secteurs de la santé et de l'environnement à fixer des priorités en matière de prévention ». Elle a ajouté : « Il est important de mesurer la charge de morbidité attribuable à l'insalubrité de l'environnement. Cette information est essentielle si l'on veut aider les pays à choisir les interventions appropriées ».

Les réponses qui ont été faites tout à l'heure à M. Jean Desessard montrent que nous sommes tous, ici, animés par la volonté de prendre en compte l'environnement lorsqu'il s'agit de protéger notre santé.

C'est pourquoi, par cet amendement, nous proposons que les agences régionales de santé, qui sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique, organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires « et environnementaux ». Nous tenons à préciser « et environnementaux », de façon qu'une explosion dans une usine de produits chimiques toxiques, par exemple, soit prise en compte par les ARS.

**M. le président.** L'amendement n° 1019, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

ou environnementaux pouvant porter atteinte à la santé des populations

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** La rédaction que nous proposons ici est un peu plus précise que celle de l'amendement n° 909. Je suis cependant prêt, si l'assistance a été convaincue par l'excellent plaidoyer de Mme Annie David, à me rallier à l'amendement qu'elle a fort bien défendu en évoquant des arguments, des exemples et des données chiffrées convaincants.

Je compléterai toutefois d'un mot son propos.

Tout dépend si l'on veut que l'ARS ait une vision globale. Si l'ARS a une vision globale – c'est, je crois, ce que la plupart d'entre nous souhaitent –, elle doit obligatoirement s'intéresser aux conséquences qu'ont aujourd'hui sur l'environnement un certain nombre de produits industriels.

Notre environnement n'est pas neutre pour notre santé. Les produits industriels ont une incidence – elle varie selon les produits – non seulement sur l'environnement, mais aussi sur la santé humaine. Nous savons – les chiffres ont été donnés – que, à l'avenir, un quart ou un tiers de nos maladies seront causées par les produits que nous utiliserons.

Si nous voulons jouer la carte de la prévention, il convient de confier aux ARS ce rôle de détection en amont des produits susceptibles de provoquer des maladies. C'est pourquoi nous souhaitons voir figurer dans la loi que les ARS doivent s'intéresser aux questions de santé environnementale.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il est défavorable aux deux amendements.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai déjà évoqué l'article L. 1411-1 du code de la santé publique auquel renvoie le texte proposé pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique, qui définit les missions des ARS. Il y est précisé que « la politique de santé publique concerne [...] l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ».

Monsieur Desessard, votre demande est donc complètement satisfaite. Je vous invite donc, vous-même et Mme David, à retirer vos amendements.

**M. le président.** Madame David, l'amendement n° 909 est-il maintenu ?

**Mme Annie David.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 909 est retiré.

Monsieur Desessard, l'amendement n° 1019 est-il maintenu ?

**M. Jean Desessard.** Je demanderais bien une suspension de séance pour réfléchir... (*Sourires.*) Je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1019 est retiré.

L'amendement n° 1041, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

, y compris dans le champ des risques professionnels

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Les ARS auront pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé en tenant compte des spécificités de chaque région afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé.

La mise en place de ces agences avec les compétences qui leur sont attribuées doit traduire un changement profond de vision sur la nature des déterminants de la santé.

L'importance des conséquences des facteurs professionnels sur la santé de la population n'est plus aujourd'hui à démontrer.

Or, si la rédaction actuelle du projet de loi traduit la volonté de faire un pas vers le nécessaire déclassement, y compris sur le plan régional, des logiques de santé publique et de santé au travail, cela ne va néanmoins pas encore assez loin.

En effet, plusieurs rapports et études tendent à attirer l'attention des pouvoirs publics sur le déficit d'un dispositif de veille sanitaire qui n'intégrerait pas pleinement la santé au travail, notamment la surveillance épidémiologique des risques professionnels : le drame de l'amiante, le nombre dangereusement croissant de patients atteints de troubles musculosquelettiques ou de cancers professionnels, les risques psychosociaux, mais aussi l'émergence de nouveaux risques professionnels sont autant d'arguments pouvant être invoqués pour que l'État recouvre son rôle régalién dans la protection des populations au travail.

En tout état de cause, l'organisation de la veille sanitaire en région doit impérativement intégrer les risques professionnels, dans la mesure où il s'agit, ici, d'une fonction régalién de l'État dont le spectre est forcément le plus étendu possible.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les ARS n'ont pas de compétence directe en matière de santé au travail. Il ne semble pas possible de leur confier le soin d'assurer l'ensemble de la politique de prévention, y compris dans un domaine à la fois très large et extrêmement spécialisé comme celui du risque professionnel.

En revanche, je rappelle qu'il est prévu en plusieurs endroits du texte une coordination entre les ARS et les services responsables de la santé au travail, notamment au sein d'une des deux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet évidemment un avis défavorable. Son argumentation sera la même que celle que j'ai avancée en réponse à Mme David et à M. Desessard : le souci exprimé par les auteurs des amendements est complètement satisfait par l'article de référence aux termes duquel sont fixées les missions de l'ARS.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Bien sûr !

**M. le président.** La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

**M. Jacky Le Menn.** Alors que Mme la ministre nous explique que l'amendement est satisfait, M. le rapporteur soutient que la disposition est impossible à mettre en œuvre en raison de son champ d'application beaucoup trop large : voilà qui est contradictoire, voire incompréhensible ! La commission et le Gouvernement pourraient-ils se coordonner ?

**M. Jean Desessard.** Très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous en avons longuement discuté en commission !

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

**M. Jean-Pierre Godefroy.** Madame la ministre, cet amendement, qui est peut-être redondant, mérite tout de même d'être adopté tant l'ARS aura, à l'avenir, un rôle déterminant à jouer en matière de risques professionnels. Du reste, si une telle structure avait existé par le passé, nous aurions peut-être pu anticiper le drame de l'amiante dans ma région de Basse-

Normandie. Au regard des dégâts que l'amiante a pu y faire, notamment à Condé-sur-Noireau, dans le secteur de la construction navale ou chez Moulinex, force est de constater que l'aspect « santé au travail » a toute son importance dans le cadre des missions que vous entendez confier à l'ARS.

C'est la raison pour laquelle il ne me paraît pas incongru de vouloir préciser dans le texte l'importance de la santé au travail et les responsabilités qui en découlent.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1041.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1042, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le b) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

ou environnementale

La parole est à M. Claude Jeannerot.

**M. Claude Jeannerot.** Monsieur le président, en cohérence avec les positions prises précédemment et après avoir entendu les explications qui ont été fournies, je retire cet amendement, ainsi que l'amendement n° 1043.

**M. le président.** L'amendement n° 1042 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1043, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le c) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique :

« c) Elles exercent les missions de prévention et de protection de la santé contre les risques liés à l'environnement telles que définies à l'article L. 1311-1 du présent code en tenant compte, notamment, des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent. Ces missions sont exercées par l'ensemble des corps techniques spécialisés en santé environnementale tels que mentionnés à l'article L. 1421-1 du présent code et les agents mentionnés à l'article L. 1435-7. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1, elle établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4 du présent code.

Cet amendement a été précédemment retiré.

L'amendement n° 1326, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Dans la première phrase du cinquième alinéa (c) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

relevant des compétences de l'État

par les mots :

, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4

II. - Rédiger comme suit la seconde phrase du même alinéa :

Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il s'agit d'un amendement important, qui vise à mettre en cohérence le texte proposé pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique avec les missions confiées aux ARS en matière de veille et de sécurité sanitaires.

J'indiquais à M. le rapporteur, voilà quelques instants, que le travail de la commission avait permis d'aboutir à des simplifications utiles par rapport au texte initial, mais que certains points méritaient d'être précisés.

Ainsi, le c) du texte proposé pour l'article L. 1431-2, portant sur les missions des ARS dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires, ne fait plus référence à l'article du code de la santé publique précisant le contenu exact des tâches qui leur incomberont désormais. Dans un domaine aussi complexe que celui de la sécurité sanitaire environnementale, il importe d'être précis, notamment sur l'articulation des responsabilités entre les ARS et les autres acteurs publics, particulièrement les préfets.

En premier lieu, il convient de rétablir la référence à l'article L. 1421-4 du code de la santé publique, qui régit le contrôle des règles d'hygiène.

En second lieu, le texte adopté par la commission indique que, dans ce domaine, les ARS « s'assurent de la réalisation [du] programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène » qu'elles ont établi.

En réalité, les agents des DDASS, qui seront d'ailleurs demain ceux des ARS, ne se contentent pas de s'assurer de la réalisation des contrôles ; ils en font directement une partie eux-mêmes. Dès lors qu'il n'est pas possible d'externaliser l'ensemble des contrôles et que les ARS continueront à en effectuer une partie elles-mêmes, il faut préciser que celles-ci réalisent ou font réaliser les contrôles et inspections nécessaires.

Tel est l'objet de cet amendement, qui est d'ailleurs fortement soutenu par les personnels chargés d'effectuer ces missions.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1326.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 910, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après le cinquième alinéa (c) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Elles exercent les missions de prévention et de protection de la santé contre les risques liés à l'environnement telles que définies dans l'article L. 1311-1 en tenant compte, notamment, des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent. Ces missions sont exercées par l'ensemble des corps techniques spécialisés en santé environnementale tels que mentionnés à l'article L. 1421-1 et les agents mentionnés à l'article L. 1435-7. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1, elle établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Cet amendement s'inscrivant dans la continuité de l'amendement n° 909 qui a déjà été défendu, je ne m'entendrai pas sur le sujet.

Le fait d'intégrer dans les missions confiées aux agences régionales de santé la prévention et la protection de la santé contre les risques liés à l'environnement nous paraît une disposition de bon sens, dans la mesure où le projet de loi organise un certain nombre de transferts de personnels à leur profit. Tel est le cas des personnels et des moyens dont disposent les DDASS en matière environnementale, transfert prévu dans la circulaire du Premier ministre en date du 31 décembre 2008.

Or, si le projet de loi prévoit bien ce transfert, il ne précise rien quant aux compétences.

Il ne serait pas cohérent de transférer moyens humains et matériels sans permettre aux ARS d'exercer pleinement leurs responsabilités en la matière. C'est pourquoi nous vous invitons, mes chers collègues, à adopter cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** La circulaire à laquelle fait référence Mme Pasquet prévoit une coordination des directions départementales chargées de la prévention des risques liés aux activités humaines avec les antennes départementales de l'ARS et l'unité territoriale de la DREAL, la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement. La prévention des risques naturels sera confiée à la direction départementale des territoires.

De plus, nous n'avons pas estimé souhaitable de transformer une nouvelle fois l'article L. 1431-2 du code de la santé publique en catalogue détaillé reprenant toutes les dispositions figurant à d'autres articles du texte. Je l'ai dit, l'article 26 doit se borner à définir les compétences générales de l'ARS.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Madame Pasquet, je me suis déjà longuement exprimée sur la politique environnementale : à ce titre, la santé environnementale entre évidemment complètement dans les compé-

tences et les missions confiées aux ARS. Mais puisque vous avez évoqué un certain nombre de points techniques, je me dois d'y répondre.

Tout d'abord, il est indispensable que le préfet conserve le pouvoir de décision dans des situations impliquant d'autres services que ceux de l'ARS. Je pense en particulier à l'éventualité d'une crise sanitaire environnementale grave, exemple type pour lequel la mise en œuvre de mesures de police ou d'ordre public s'impose.

Le préfet disposera alors des services des agences pour l'exercice de ses compétences, l'ARS bénéficiant des ressources d'expertise et de contrôle sur les questions de santé environnementale. C'est cette répartition des rôles qui est le mieux à même de garantir la protection de la santé de nos concitoyens.

Le projet de loi organise l'articulation entre les missions respectives de l'ARS et du préfet en matière de prévention et de protection contre les risques sanitaires au travers du nouvel article L. 1435-1 du code de la santé publique, que nous examinerons ultérieurement. L'ARS seule ne peut donc se voir confier les missions correspondantes, comme vous le proposez dans votre amendement.

Il importe par conséquent de bien articuler les relations entre, d'une part, le préfet du département, qui est l'interlocuteur vers lequel se tournent à la fois les collectivités, les associations et les usagers en cas de crise sanitaire environnementale, et, d'autre part, l'ARS, qui a une capacité d'expertise.

**M. François Autain.** Pour l'instant, tout cela n'est pas clairement établi !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ensuite, vous souhaitez également préciser, d'ailleurs tout à fait légitimement, que de telles missions sont exercées par des personnels ayant qualité pour ce faire, à savoir les corps techniques du ministère de la santé. Or votre préoccupation est déjà totalement satisfaite dans la mesure où le projet de loi ne modifie pas l'article L. 1421-1 du code de la santé publique et conserve donc aux corps techniques du ministère de la santé l'ensemble de leurs prérogatives.

Telles sont les raisons pour lesquelles je suis défavorable à votre amendement.

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 910.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1152 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

Après le cinquième alinéa (c) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Elles conseillent les collectivités territoriales qui souhaitent s'équiper de défibrillateurs cardiaques et établissent une cartographie indicative des défibrillateurs présents sur le territoire régional ;

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** L'équipement des collectivités territoriales en défibrillateurs est un problème réel, ô combien d'actualité. Le texte qui nous est parvenu de l'Assemblée nationale confiait à l'ARS un rôle important en la matière, mais la commission a supprimé l'alinéa en question, mue sans

doute par le souci d'alléger sensiblement la rédaction du projet de loi. Or je partage l'avis de Mme la ministre : certains points méritent d'être précisés.

En l'espèce, il me semble important que l'ARS puisse répondre aux interrogations des élus, notamment des maires des petites communes. Ceux-ci sont harcelés par des marchands de défibrillateurs, qui leur conseillent systématiquement, la plupart du temps pour des raisons purement commerciales, d'installer à peu près partout ces appareils.

Si l'ARS était en mesure de fournir à nos collectivités territoriales, notamment aux plus petites, une cartographie indicative des défibrillateurs présents sur le territoire régional, cela leur éviterait sûrement bien des dépenses inutiles.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur Barbier, nous avons longuement discuté en commission du rôle que pourraient se voir confier les ARS en la matière. Vous proposez que ces dernières puissent conseiller les collectivités territoriales pour l'achat de défibrillateurs. Poussons la logique jusqu'au bout : pourquoi ne demanderaient-elles pas aux offices d'HLM d'apposer à l'entrée de l'ascenseur des affiches incitant les gens à prendre plutôt l'escalier ? Pourquoi ne demanderaient-elles pas aux maires d'interdire aux personnes cardiaques de monter les escaliers ?

**M. Gilbert Barbier.** Ce n'est tout de même pas pareil !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous ne savons pas très bien jusqu'où de telles dispositions peuvent nous conduire. Je suis très défavorable à une sorte d'inventaire à la Prévert de tout ce que l'ARS pourrait conseiller ou faire. En tout cas, une telle disposition ne devrait pas figurer dans la loi.

Mon cher collègue, je vous invite donc à retirer cet amendement ; à défaut, j'émettrai, au nom de la commission, un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Barbier, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir évoqué la question des défibrillateurs, qui est vraiment une priorité de santé publique. D'ailleurs, comme vous le savez, j'ai consacré des déplacements ministériels à seule fin de les promouvoir. J'ai notamment beaucoup insisté, lors de compétitions sportives, en particulier la dernière Coupe du monde de rugby, pour que l'ensemble des installations sportives soient équipées en la matière. Cette politique active de promotion des défibrillateurs cardiaques a déjà permis de sauver des vies humaines.

Je sais que les collectivités territoriales, les associations, les professionnels de santé, notamment les pharmaciens qui installent parfois des défibrillateurs à proximité de leurs officines, sont souvent à l'affût d'informations, notamment d'une cartographie exhaustive des défibrillateurs installés sur le territoire.

Monsieur le sénateur, c'est au niveau local, par une meilleure coordination des acteurs qui sont au plus près des besoins de la population, à savoir les responsables des collectivités territoriales et les services de secours – SAMU et SDIS –, que vous pourrez obtenir la meilleure réponse à vos interrogations. À cet égard, l'échelon régional me semble quelque peu éloigné des territoires concernés.

Au bénéfice de ces observations et de la réalisation d'une étude plus approfondie sur le niveau le plus approprié pour satisfaire une préoccupation que je partage, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Gouteyron, pour explication de vote.

**M. Adrien Gouteyron.** Je suis heureux que mon collègue Gilbert Barbier ait évoqué ce sujet. Je peux moi-même en témoigner, les maires reçoivent de nombreuses demandes émanant d'associations ou de commerciaux.

**M. Gilbert Barbier.** Surtout de commerciaux !

**M. Adrien Gouteyron.** Or ils ne sont pas très bien armés pour leur répondre, faute de disposer de l'information nécessaire.

Madame la ministre, j'ai bien entendu vos explications, et je pense que M. Barbier va retirer son amendement. Mais il me semblerait utile, au terme de l'étude que vous semblez vouloir mener, d'envoyer un document aux élus locaux pour leur donner d'utiles conseils, eux qui sont bien démunis dans cette affaire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Préconisation retenue !

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Mon intervention va dans le même sens que celle de M. Gouteyron.

Nous pourrions sous-amender l'amendement de M. Barbier, qui, en prévoyant que les ARS « conseillent les collectivités territoriales qui souhaitent s'équiper de défibrillateurs cardiaques », est effectivement trop précis. Nous aurions ainsi pu indiquer que les ARS « peuvent jouer un rôle de conseil auprès des collectivités territoriales qui s'équipent en vue de faire face à d'éventuels problèmes de santé ».

La rédaction proposée pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique prévoit que les ARS « contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ». Pourquoi inscrire dans la loi quelque chose d'aussi évident ?

De même, puisque les collectivités territoriales interviennent dans le domaine de la santé, il est nécessaire de mettre en place un organisme qui joue un rôle de conseil. Nous l'avons déjà fait lors de notre débat sur les agences gestionnaires de l'eau : nous avons créé une agence nationale de l'eau, qui a un rôle de conseil.

**M. François Autain.** Il faut créer une agence !

**M. Jean Desessard.** Il n'était donc pas idiot de retenir l'idée selon laquelle les ARS jouent un rôle de conseil auprès des collectivités territoriales.

Mme la ministre nous a indiqué qu'elle avait effectué de nombreux déplacements ; cela m'a rappelé qu'elle ne m'avait pas encore répondu sur le centre de Twenké.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cela va venir !

**M. Jean Desessard.** Je n'ai pas encore reçu les études sur la prise en compte du montant des honoraires des médecins libéraux dans le coût de fonctionnement des cliniques privées. J'espère la recevoir bientôt.

**M. Roger Karoutchi, secrétaire d'État chargé des relations avec le Parlement.** La semaine prochaine !

**M. Jean Desessard.** Heureusement, nous avons la chance de passer une nouvelle semaine ensemble! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Peut-être pourrai-je alors vous faire part des conclusions que cette étude m'inspire. Mais ne l'ayant pas reçue, je n'ai pas pu l'étudier!

Pour ma part, je défendrai la semaine prochaine un amendement proche de celui de M. Barbier, mais un peu plus général.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne me lasse pas de passer mes jours et mes nuits avec M. Desessard! (*Rires.*) Néanmoins, je dirai, pour répondre aux observations tant de M. Desessard que de MM. Barbier et Gouteyron, que l'amendement n° 1152 rectifié traite en fait de deux sujets : la notion de cartographie, d'une part, et la notion de bon usage, d'autre part.

**M. Adrien Gouteyron.** Le mode d'emploi!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Tout à fait!

La notion de cartographie doit être abordée au plus près du terrain avec les SAMU et les SDIS.

Sur la question du bon usage, je prends l'engagement devant vous, mesdames, messieurs les sénateurs, de demander à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES, d'établir avec les collectivités territoriales un document accessible et simple, qui contiendra toutes les informations nécessaires en la matière.

**M. François Autain.** Très bien!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet engagement étant pris, j'espère, cher Gilbert Barbier, que vous voudrez bien accéder à ma demande et retirer votre amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** S'il est judicieux de commander à l'INPES une notice d'explication sur le bon usage du défibrillateur, il me paraît encore plus urgent d'adresser une circulaire ministérielle aux préfets pour qu'eux-mêmes puissent indiquer aux élus la meilleure façon de faire. Aujourd'hui, en effet, c'est l'anarchie la plus complète!

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

**M. Alain Vasselle.** Je préside une communauté de communes. Au sein de cette structure intercommunale, un professionnel de santé, en l'occurrence un kinésithérapeute, a réussi à convaincre tous les maires d'acheter un défibrillateur afin d'en équiper la salle polyvalente de leur commune!

**M. François Autain.** Il touche une commission sur chaque défibrillateur!

**M. Alain Vasselle.** Lorsque j'ai fait part de cette décision à mon conseil municipal, on m'a demandé s'il n'y avait pas de danger à ce que tout un chacun utilise cet appareil. J'étais bien incapable de répondre, n'étant pas un professionnel de santé. Si nous ne disposons pas rapidement d'une circulaire permettant d'alerter les maires sur ce sujet, nous allons perdre du temps.

Certes, j'ai bien conscience que la mesure proposée par M. Barbier n'a pas vocation à figurer dans la loi. Mais il est tout de même urgent que vous agissiez sur le plan réglementaire, madame la ministre.

**M. le président.** La parole est à M. André Trillard, pour explication de vote.

**M. André Trillard.** Je tiens simplement à signaler que ce qu'a suggéré Mme la ministre se fait d'ores et déjà : dans l'arrondissement de Saint-Nazaire, toutes les communes établissent actuellement la cartographie des défibrillateurs, en liaison avec le SAMU, le SDIS, les mairies et les grandes entreprises du territoire. Grâce aux professionnels du SAMU et du SDIS, nous réussissons à avancer!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Tant mieux!

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 1152 rectifié est-il maintenu?

**M. Gilbert Barbier.** Non, monsieur le président, je le retire.

**M. le président.** L'amendement n° 1152 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1034 rectifié, présenté par M. Desessard, Mme Voinet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le dernier alinéa (d) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

éduquer la population à la santé

insérer les mots :

, en s'appuyant en tant que de besoin sur les comités régionaux d'éducation pour la santé,

La parole est à M. Jean Desessard.

**M. Jean Desessard.** Il existe un réel besoin d'organiser et de développer la politique d'éducation pour la santé dans une perspective d'efficacité, de respect des libertés et de développement de la citoyenneté. Il faut, pour cela, que les ARS puissent s'appuyer sur la compétence d'un réseau d'experts en pédagogie de la santé.

Ce réseau existe d'ores et déjà, à travers les comités régionaux d'éducation pour la santé, soutenus par des comités départementaux et organisés au sein de la fédération nationale d'éducation pour la santé. Ces comités régionaux sont reconnus comme pôles de compétence régionaux par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il en va des comités régionaux d'éducation pour la santé comme des observatoires régionaux de la santé évoqués précédemment. Il n'y a aucun besoin d'un texte législatif pour permettre aux ARS de travailler avec les structures existantes. L'avis de la commission est donc défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est également défavorable, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** J'aurais préféré que M. le rapporteur sollicite un retrait, ce qui m'aurait permis de le lui accorder. Mais comme il ne me l'a pas demandé, je ne lui ferai pas ce plaisir! Je maintiens donc mon amendement. (*Sourires.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1034 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1036, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Patient et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le d) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un membre de phrase ainsi rédigé :

les actions relatives à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie sont arrêtées sur la base de l'expertise du conseil général concerné ;

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement vise à préciser que, s'agissant de la définition des actions de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie dont elles seront chargées, les agences régionales de santé se fondent sur l'expertise développée par les conseils généraux.

En effet, dans la mesure où les ARS auront pour mission de financer ces actions, il est nécessaire que celles-ci soient arrêtées en corrélation avec les diagnostics établis par les conseils généraux. Ces derniers ont en effet acquis une connaissance approfondie des domaines du handicap et de la perte d'autonomie, du fait des compétences qui leur sont imparties. Parmi celles-ci figurent les compétences obligatoires que sont, d'une part, pour les adultes handicapés, l'aide au maintien à domicile, l'aide à l'hébergement en établissement ou en famille d'accueil et l'agrément de ces modes d'hébergement, et, d'autre part, pour les personnes âgées, la prise en charge de la dépendance par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'aide au maintien à domicile, l'aide à l'hébergement par l'agrément des familles d'accueil et l'aide à la rénovation des établissements.

S'ajoute à ce corpus l'ensemble des politiques de solidarité développées spécifiquement dans chaque département, tels la mise en œuvre de schémas départementaux gérontologiques visant à améliorer la coordination et le développement des services aux personnes âgées, les expertises et état des lieux dressés sur la maladie d'Alzheimer, etc.

Il paraît donc tout à fait indispensable que les agences régionales fondent leurs actions et les financements qui les accompagneront sur cette expertise, afin que leur mise en œuvre soit la plus utile possible.

Il me sera vraisemblablement répondu que cet amendement est en partie satisfait, en particulier par le quatrième alinéa de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique ; mais nous avons une préférence pour notre rédaction par rapport à celle de la commission.

La notion d'autonomie a disparu de la dénomination des ARS. Il est bon que la loi rappelle le rôle joué par les conseils généraux.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous avons dit en commission que cet amendement devait être retiré, car il était satisfait. M. Daudigny préfère cependant son texte à celui de la commission. Dans ces conditions, l'avis ne peut être que défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1036.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1044, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après le 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De définir et de mettre en œuvre avec les collectivités territoriales concernées, les représentants de l'État dans la région, les organismes de protection sociale, les organisations représentatives des gestionnaires et des usagers, la politique d'action sociale et médico-sociale visée à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles.

La parole est à M. Claude Jeannerot.

**M. Claude Jeannerot.** Cet amendement, qui s'inscrit dans la droite ligne du précédent, présente toutefois un angle quelque peu différent. Il a donc toutes les chances d'être adopté !

Les ARS ont un champ d'action très large, qui englobe notamment le secteur médico-social.

Puisque les agences régionales de santé auront pour objectif de mettre en œuvre au niveau régional la politique d'action sociale et médico-sociale, elles le feront nécessairement en coordination avec tous les partenaires qui définissent et participent à l'offre sanitaire et médico-sociale : les collectivités territoriales concernées, les représentants de l'État dans la région, les organismes de protection sociale, les organisations représentatives des gestionnaires et des usagers. Il nous semble important de préciser tous ces éléments dans la loi.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Là encore, nous avons conclu lors de la réunion de la commission que cet amendement était satisfait et qu'il devait être retiré. Ses auteurs l'ayant maintenu, je tiens à leur rappeler que, outre l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles, visé à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique, plusieurs dispositions font référence à la coordination nécessaire entre les ARS et les autres responsables de la politique médico-sociale et de la mise en cohérence des actions.

Je réitère donc ma demande de retrait. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur le sénateur, votre amendement vise à charger les ARS de définir la politique d'action sociale et médico-sociale avec les collectivités, les représentants de l'État, les organismes de sécurité sociale, ainsi que les représentants des gestionnaires et des usagers.

Or, si le projet de loi prévoit d'attribuer à l'ARS une compétence jusqu'alors dévolue au préfet en matière médico-sociale, il n'est pas envisagé de lui confier, en outre, des responsabilités en matière de politique sociale, comme vous le proposez.

En revanche, s'agissant de la coordination et de l'articulation des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, je partage votre préoccupation. C'est précisément la raison pour laquelle le projet de loi met en place des outils permettant de faciliter la cohérence et la complémentarité de ces politiques, dans le respect des compétences respectives des diverses autorités : c'est notamment le rôle de la commission de coordination chargée des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement, qui tend en fait à confier aux ARS une mission d'action sociale dépassant largement leur champ de compétence. C'est à la commission de coordination d'assumer cette fonction d'articulation et de partenariat dans le cadre de la définition d'une programmation, en respectant les compétences de chacun.

**M. le président.** Monsieur Jeannerot, l'amendement n° 1044 est-il maintenu ?

**M. Claude Jeannerot.** Les arguments de Mme la secrétaire d'État sont pertinents. Nous nous rangeons à son avis et retirons cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 1044 est retiré.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 911, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

« 2° De veiller à la satisfaction des besoins en soins et à la prise en charge des besoins médico-sociaux en régulant, orientant et organisant en conséquence l'offre de services de santé et d'en garantir l'efficacité.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Le projet de loi prévoit que les agences régionales de santé sont chargées de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, afin de répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et de garantir l'efficacité du système.

Cette rédaction tend à soumettre les besoins en santé à l'offre de soins gérée par l'ARS, ce que nous ne cessons de dénoncer. Nous considérons que l'ARS doit veiller, d'abord et avant tout, à satisfaire l'offre de soins. Avec cet amendement, nous souhaitons donc inverser cette logique en plaçant au cœur des missions des ARS non pas l'offre de soins, mais la recherche de la satisfaction des besoins de la population.

**M. François Autain.** Très bien !

**M. le président.** L'amendement n° 1154 rectifié *bis*, présenté par M. Collin, Mme Escoffier, MM. Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, Placade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

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

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de soins et de services médico-sociaux, de manière à satisfaire les besoins de santé de la population, à garantir l'efficacité du système de santé et l'accessibilité d'une offre aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1153 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Placade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

Au début du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

De réguler, d'orienter et d'organiser

par les mots :

D'analyser et d'orienter, en concertation avec les professionnels de santé,

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Notre souhait est de faire de l'ARS non un instrument de l'étatisation du système de santé, mais un outil d'analyse et d'orientation de l'offre de soins. Dans cette perspective, il paraît difficile qu'il n'y ait pas de concertation avec les professionnels de santé. Il est indispensable qu'ils puissent au moins donner leur avis au même titre que tous les organismes consultés pour établir la politique de santé. C'est d'ailleurs un retour au texte voté par l'Assemblée nationale.

**M. le président.** L'amendement n° 1045, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

services médico-sociaux

insérer les mots :

, à lutter contre les inégalités en la matière

La parole est à M. Claude Jeannerot.

**M. Claude Jeannerot.** Il s'agit d'inscrire dans le texte que l'ARS doit lutter contre toutes les formes d'inégalités d'accès aux soins. Nous saisissons cette occasion pour rappeler que l'ARS doit être le garant de l'accès aux soins sur le territoire en s'assurant de l'accessibilité géographique, mais également financière, de l'offre de soins.

Elle doit avoir pour objectif permanent de lutter contre toutes les inégalités en la matière, quelle que soit la nature de ces inégalités.

De même, l'ARS doit s'assurer de l'accessibilité de l'offre médico-sociale.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je me dois de rappeler que l'amendement n° 911 porte sur un article dont l'objet est de définir les compétences des ARS, lesquelles consistent à réguler, orienter et organiser l'offre de soins en vue de la satisfaction des besoins.

La rédaction proposée inverse la logique du texte, ce qui ne paraît pas souhaitable, car elle le rend beaucoup moins clair et beaucoup moins lisible. J'émetts donc, au nom de la commission, un avis défavorable.

**M. Jean Desessard.** Elle me semble tout à fait lisible ! Il y a une lecture de droite et une lecture de gauche !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous n'avons pas tous la même lecture, en effet !

Je dirai à l'auteur de l'amendement n° 1153 rectifié que la mission des ARS et des ARH dépasse largement l'analyse de l'offre de soins. Les ARS sont non des observatoires, mais des agences.

Je vous suggère, monsieur Barbier, de bien vouloir retirer votre amendement. Sinon, je serais contraint d'émettre, au nom de la commission, un avis défavorable.

J'en arrive à l'amendement n° 1045 de notre collègue Jacky Le Menn. Dans la mesure où l'objectif de lutte contre les inégalités d'accès à la santé figure dans tous les textes auxquels se réfère l'article 1431-1 pour définir les missions de l'ARS, l'avis de la commission est défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'émetts, au nom du Gouvernement, un avis défavorable sur les amendements n° 911, 1153 rectifié et 1045.

Je m'arrêterai plus longuement sur l'amendement n° 1153 rectifié.

Monsieur Barbier, je suis évidemment défavorable à la suppression du mot « réguler », car la régulation se situe bel et bien au cœur des missions de l'ARS.

En revanche, la mention « en concertation avec les professionnels de santé » me paraît intéressante. Je vous suggère donc de conserver les trois verbes inscrits dans le texte actuel et d'ajouter le mot « notamment ».

**M. François Autain.** Non !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** On peut imaginer que la concertation n'a pas lieu uniquement avec les professionnels de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** La suggestion de Mme la ministre me convient parfaitement. Je suis tout à fait d'accord pour dire que l'ARS doit réguler, orienter et organiser, notamment avec les professionnels de santé. L'objectif est d'associer, d'une manière ou d'une autre, les professionnels de santé aux tâches dévolues aux ARS.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 1153 rectifié *bis*, présenté par MM. Barbier, Collin et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

Au premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

et d'organiser

insérer les mots :

, notamment en concertation avec les professionnels de santé,

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Sagesse !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 911.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Longuet, pour explication de vote sur l'amendement n° 1153 rectifié *bis*.

**M. Gérard Longuet.** Madame la ministre, l'insertion du « notamment » me gêne. Je suis perplexe : quand je lis « notamment les professionnels de santé », j'en déduis que d'autres professions sont concernées. Faute de savoir lesquelles, je préférerais la suppression du mot « notamment » et le retour au texte initial, l'ARS régulant, orientant et organisant en concertation avec les professionnels de santé.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Autant dire qu'il n'y a plus d'amendement !

**M. Gérard Longuet.** Si, la rédaction initiale est modifiée par la mention : « en concertation avec les professionnels de santé ». Quoi qu'il en soit en soit, j'ai besoin d'une explication pour me prononcer.

**M. François Autain.** Bienvenue au club ! Nous sommes, nous aussi, contre le mot « notamment ».

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il me paraît très important de mentionner le rôle particulier des professionnels de santé. Mais, à partir du moment où l'ARS est un lieu de concertation, je n'imagine pas qu'elle n'associe pas les acteurs privilégiés que sont les associations d'usagers ou les associations de citoyens impliqués dans les questions de santé.

C'est la raison pour laquelle je suggérais l'insertion du mot « notamment », monsieur Longuet : il s'agit d'insister sur le rôle tout à fait primordial que jouent, parmi d'autres, les professionnels de santé au sein de l'ARS.

**M. Gérard Longuet.** J'ai eu l'explication que je souhaitais et vous en remercie !

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Une fois n'est pas coutume, je rejoins Mme la ministre sur l'opportunité du « notamment ». Et n'allez pas croire que ce soit la réponse du berger à la bergère ! *(Sourires.)*

Les agences régionales de santé ont pour vocation d'anticiper et de prévoir des plans de santé à long terme. Pour couvrir un champ aussi large, elles ne pourront pas se contenter de l'expertise des professionnels de santé. S'il s'agit d'évaluer la toxicité d'un produit, elles feront appel à des spécialistes. S'il s'agit d'anticiper des problèmes démographiques, elles solliciteront des géographes, des sociologues et autres experts. La concertation devra être la plus large possible pour permettre à l'ARS de remplir la vaste mission qui lui sera dévolue.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** La proposition de Mme la ministre est judicieuse et se situe tout à fait dans l'esprit de ce que nous souhaitons.

La rédaction retenue intègre le fait que, dans certains domaines, les professionnels de santé ne seront pas les seuls interlocuteurs de l'ARS.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1153 rectifié *bis*.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Et il y aura un « notamment » de plus dans la loi!

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1045.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 79 est présenté par M. Beaumont.

L'amendement n° 1155 rectifié est présenté par MM. Barbier, Collin et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

« (...) Elles garantissent l'accès de tous aux soins ;

La parole est à M. René Beaumont, pour défendre l'amendement n° 79.

**M. René Beaumont.** Il s'agit d'un amendement de précision, mais d'une précision ô combien importante à mes yeux.

En effet, l'article L. 1431-2 du code de la santé publique précise de façon très exhaustive l'ensemble des missions dont seront chargées les nouvelles agences régionales de santé.

Elles ont pour mission – on le sait, cela a été dit et redit – de réguler l'offre des services sanitaires et médico-sociaux afin de répondre aux besoins en soins et de garantir l'efficacité du système de santé.

Il est à souligner toutefois que cet article ne précise nullement le pendant de l'adaptation de l'offre de soins aux besoins, à savoir l'accès de tous aux soins.

L'élu rural que je suis sait que cet accès n'est pas tout à fait identique sur l'ensemble du territoire.

Et l'élu déjà un peu ancien que je suis est tout à fait conscient du fait que cet accès n'est pas aisé dans certains cas pour des raisons financières.

Il est donc important de préciser que les ARS garantissent l'accès de tous aux soins, la garantie devant se traduire en termes tant financiers que géographiques.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 1155 rectifié.

**M. Gilbert Barbier.** Mon argumentation est la même que celle de mon collègue Beaumont.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Malgré toute l'estime qu'elle porte à leurs auteurs, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements, car ils assignent aux ARS une obligation de résultats qu'elles auront bien du mal à satisfaire !

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je partage le point de vue de M. le rapporteur et demanderai aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer pour des raisons, non de fond, mais juridique.

La réduction des inégalités d'accès aux soins constitue, en effet, l'une des missions prioritaires confiée aux ARS, qui disposent de plusieurs outils pour la mener à bien : je pense notamment au projet régional de santé et aux schémas qui le composent dans le champ de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social.

L'accès aux soins est au cœur de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins, le SROS. La loi précise explicitement qu'il a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population.

Tel qu'il est rédigé, l'amendement impliquerait non une obligation de moyens, mais une obligation de résultats qui exposerait les ARS à d'insurmontables contentieux juridiques.

C'est la raison pour laquelle je demande aux auteurs des amendements de bien vouloir les retirer tout en souscrivant à la philosophie qui les a motivés!

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** J'imagine que les auteurs des amendements avaient la faiblesse de penser que le directeur général de l'ARS, doté par ce texte, pierre angulaire de la future politique de santé en France, d'un tel arsenal de mesures, allait pouvoir régler tous les problèmes, notamment l'accès aux soins. Si grandes sont les attentes à l'égard du directeur général de l'ARS que je comprends nos collègues. Mais peut-être est-il plus raisonnable de suivre Mme la ministre. *(Sourires.)*

**M. le président.** Monsieur Beaumont, maintenez-vous votre amendement n° 79 ?

**M. René Beaumont.** Je vais retirer cet amendement. Nous avons sans doute péché par excès d'optimisme M. Barbier et moi-même en présentant cet amendement.

Je dirai toutefois très amicalement et très cordialement à M. le rapporteur que nous n'entendions pas assigner une obligation de résultats à l'ARS. Il s'agissait de lui fixer des objectifs. Mme la ministre m'ayant assuré les avoir intégrés, je suis à demi rassuré.

**M. le président.** L'amendement n° 79 est retiré.

Monsieur Barbier, maintenez-vous votre amendement n° 1155 rectifié ?

**M. Gilbert Barbier.** Je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1155 rectifié est retiré.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

4

#### DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI

**M. le président.** J'ai reçu de M. le Premier ministre un projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République bolivarienne du Venezuela sur l'emploi des personnes à charge des membres des missions officielles.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 429, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

5

#### TRANSMISSION D'UN PROJET DE LOI

**M. le président.** J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 424, distribué et renvoyé à la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

6

#### DÉPÔT DE PROPOSITIONS DE LOI

**M. le président.** J'ai reçu de M. Robert del Picchia une proposition de loi tendant à autoriser la propagande par voie électronique pour les élections des conseillers à l'Assemblée des Français de l'étranger.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 421, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu de MM. Yvon Collin, Jean-Michel Baylet, Jean-Pierre Chevènement, Nicolas Alfonsi, Michel Charasse, Mme Anne-Marie Escoffier, M. François Fortassin, Mme Françoise Laborde, MM. Jacques Mézard, Jean Milhau, Jean-Pierre Plancade, Robert Tropeano, Raymond Vall et François Vendasi une proposition de loi rétablissant une circonscription unique pour l'élection des représentants français au Parlement européen.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 422, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu de M. Xavier Pintat une proposition de loi relative à la sécurisation des réseaux de distribution d'électricité contre les intempéries liées aux changements climatiques.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 423, distribuée et renvoyée à la commission des affaires économiques, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

J'ai reçu de M. Jean-Claude Carle une proposition de loi visant à ce qu'un avis de suspension de permis de conduire soit adressé systématiquement à toute entreprise ou autorité administrative employant des conducteurs de véhicules à moteur.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 434, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

7

#### DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**M. le président.** J'ai reçu de Mme Annie David, M. Michel Billout, Mme Éliane Assassi, M. François Autain, Mme Marie-France Beaufls, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. Jean-Claude Danglot, Mme Michelle Demessine, Mme Évelyne Didier, M. Guy Fischer, M. Thierry Foucaud, Mmes Brigitte Gonthier-Maurin, Gélita Hoarau, MM. Robert Hue, Gérard Le Cam, Mme Josiane Mathon-Poinat, M. Jean-Luc Mélenchon, Mme Isabelle Pasquet, MM. Jack Ralite, Ivan Renar, Mmes Mireille Schurch, Odette Terrade, MM. Bernard Vera et M. Jean-François Voguet une proposition de résolution européenne, présentée en application de l'article 73 *bis* du règlement, sur la communication de la Commission « Une feuille de route pour l'égalité entre les femmes et les hommes – 2006-2010 ».

La proposition de résolution sera imprimée sous le n° 433, distribuée et renvoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

8

#### TEXTES SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

**M. le président.** J'ai reçu de M. le Premier ministre les textes suivants, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

- Décision du conseil portant nomination d'un membre estonien du Comité économique et social européen ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4473 ;

- Décision du conseil portant nomination d'un membre belge du Comité économique et social européen ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4474 ;

- Comité des régions - Nomination de quatre membres et de deux suppléants (FI) ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4475 ;

- Comité des régions - Nomination d'un membre (IT) ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4476 ;

- Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 1905/2006 portant établissement d'un instrument de financement de la coopération au développement et modifiant le règlement (CE) n° 1889/2006 instituant un instrument financier pour la promotion de la démocratie et des droits de l'homme dans le monde ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4477 ;

- Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 1934/2006 portant établissement d'un instrument financier de coopération avec les pays industrialisés et les autres pays et territoires à revenu élevé; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4478;

- Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil sur les redevances de sûreté aérienne; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4479;

- Proposition de règlement du Conseil étendant le droit antidumping définitif institué par le règlement (CE) n° 1174/2005 sur les importations de transpalettes à main et de leurs parties essentielles originaires de la République populaire de Chine aux mêmes produits expédiés de Thaïlande, qu'ils aient ou non été déclarés originaires de ce pays; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4480.

9

### DÉPÔT DE RAPPORTS

**M. le président.** J'ai reçu de M. André Vantomme un rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation des amendements aux articles 25 et 26 de la convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux (n° 352, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n°419 et distribué.

J'ai reçu de M. Patrice Gélard un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, tendant à modifier l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et à compléter le code de justice administrative (n° 373, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n°425 et distribué.

J'ai reçu de M. Patrice Gélard un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de résolution présentée par M. Gérard Larcher, président du Sénat, tendant à modifier le règlement du Sénat pour mettre en œuvre la révision constitutionnelle, conforter le pluralisme sénatorial et rénover les méthodes de travail du Sénat (n° 377, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n°427 et distribué.

J'ai reçu de M. Jacques Mézard un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi de MM. Daniel Raoul, Jean-Pierre Bel, Edmond Hervé, Marc Daunis, Robert Navarro, Mme Nicole Bonnefoy, MM. Michel Teston, Yannick Bodin, Mme Samia Ghali, MM. Serge Lagache, Thierry Repentin, Jean-Pierre Sueur, Charles Gautier, François Rebsamen, Mmes Bariza Khiari, Christiane Demontès, Odette Herviaux, Jacqueline Chevè, MM. Pierre-Yves Collombat, Yves Daudigny, François Marc, Didier Guillaume, Martial Bourquin, Mmes Nicole Bricq, Maryvonne Blondin, Gisèle Printz, MM. Jean-Luc Fichet, Yannick Botrel, Jean-Marc Todeschini, Mme Annie

Jarraud-Vergnolle, MM. Bernard Frimat, Roland Courteau, Richard Tuheiaiva, Michel Boutant, Mme Bernadette Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés pour le développement des sociétés publiques locales (n° 253, 2008-2009).

Le rapport sera imprimé sous le n°430 et distribué.

10

### DÉPÔT DE TEXTES DE COMMISSIONS

**M. le président.** J'ai reçu le texte de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation des amendements aux articles 25 et 26 de la convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux (n° 352, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 420 et distribué.

J'ai reçu le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, tendant à modifier l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et à compléter le code de justice administrative.

Le texte sera imprimé sous le n° 426 et distribué.

J'ai reçu le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de résolution de M. Gérard Larcher, président du Sénat, tendant à modifier le règlement du Sénat pour mettre en œuvre la révision constitutionnelle, conforter le pluralisme sénatorial et rénover les méthodes de travail du Sénat (n° 377, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 428 et distribué.

J'ai reçu le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi de MM. Daniel Raoul, Jean-Pierre Bel, Edmond Hervé, Marc Daunis, Robert Navarro, Mme Nicole Bonnefoy, MM. Michel Teston, Yannick Bodin, Mme Samia Ghali, MM. Serge Lagache, Thierry Repentin, Jean-Pierre Sueur, Charles Gautier, François Rebsamen, Mmes Bariza Khiari, Christiane Demontès, Odette Herviaux, Jacqueline Chevè, MM. Pierre-Yves Collombat, Yves Daudigny, François Marc, Didier Guillaume, Martial Bourquin, Mmes Nicole Bricq, Maryvonne Blondin, Gisèle Printz, MM. Jean-Luc Fichet, Yannick Botrel, Jean-Marc Todeschini, Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. Bernard Frimat, Roland Courteau, Richard Tuheiaiva, Michel Boutant, Mme Bernadette Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés pour le développement des sociétés publiques locales (n° 253, 2008-2009).

Le texte sera imprimé sous le n° 431 et distribué.

11

**RENOI POUR AVIS**

**M. le président.** J'informe le Sénat que le projet de loi portant engagement national pour l'environnement (n° 155, 2008-2009), dont la commission des affaires économiques est saisie au fond, est renvoyé pour avis, à leur demande, à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale et à la commission des affaires culturelles.

12

**DÉPÔT D'UN RAPPORT D'INFORMATION**

**M. le président.** J'ai reçu de M. Simon Sutour un rapport d'information fait au nom de la commission spéciale chargée de vérifier et d'apurer les comptes, présidée par M. Adrien Gouteyron, sur les comptes du Sénat de l'exercice 2008.

Le rapport d'information sera imprimé sous le n° 432 et distribué.

13

**ORDRE DU JOUR**

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au lundi 25 mai 2009, à quinze heures et le soir :

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

*(La séance est levée à dix-huit heures quinze.)*

*La Directrice  
du service du compte rendu intégral,  
MONIQUE MUYARD*

**NOMINATION DE RAPPORTEURS**

*Commission des finances, du contrôle budgétaire et des  
comptes économiques de la Nation*

M. Adrien Gouteyron a été nommé rapporteur du projet de loi n° 357 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Géorgie en vue d'éviter les doubles impositions et de prévenir l'évasion fiscale en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune.











## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>03</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>171,30</b>
<b>33</b>	Questions ..... 1 an	<b>118,90</b>
<b>83</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>29,40</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT</b>	
<b>05</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>153,30</b>
<b>35</b>	Questions ..... 1 an	<b>86,10</b>
<b>85</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>26,00</b>
<b>95</b>	Table questions ..... 1 an	<b>18,10</b>
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>07</b>	Série ordinaire ..... 1 an	<b>894,50</b>
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT</b>	
<b>09</b>	Un an .....	<b>865,90</b>

**En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande**

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(\*) Arrêté du 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

---

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15  
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

---

**Prix du numéro : 2,50 €**