

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mardi 26 mai 2009

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



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



7771050 906002

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN

### Secrétaires :

Mme Sylvie Desmarescaux, M. Alain Dufaut.

1. **Procès-verbal** (p. 5012)

2. **Organisme extraparlémenaire** (p. 5012)

3. **Questions orales** (p. 5012)

ATTEINTES À L'ENVIRONNEMENT ENGENDRÉES PAR L'INSTALLATION D'UNE PORCHERIE INDUSTRIELLE SUR LA COMMUNE DE CHAUVIGNY DANS LA VIENNE (p. 5012)

Question de M. Alain Fouché. – Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie ; M. Alain Fouché.

RACCORDEMENT D'UNE CARAVANE, SITUÉE SUR UN TERRAIN AGRICOLE, AUX RÉSEAUX D'EAU POTABLE ET D'ÉLECTRICITÉ (p. 5013)

Question de M. Jacques Mézard. – Mmes Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie ; Anne-Marie Escoffier, en remplacement de M. Jacques Mézard.

ACCÈS À LA TÉLÉVISION NUMÉRIQUE TERRESTRE (TNT) DANS LA CREUSE (p. 5014)

Question de M. Jean-Jacques Lozach. – Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie ; M. Jean-Jacques Lozach.

ZONES FRANCHES URBAINES ET GÉOGRAPHIE MÉDICALE (p. 5015)

Question de M. Jean-Pierre Chauveau. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; M. Alain Fouché, en remplacement de M. Jean-Pierre Chauveau.

PROJET DE CRÉATION D'UNE MAISON MÉDICALE DE GARDE (p. 5016)

Question de M. Alain Fauconnier. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; M. Alain Fauconnier.

CRÉATION D'UNITÉS D'ÉVEIL EN ALSACE (p. 5017)

Question de Mme Patricia Schillinger. – Mmes Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; Patricia Schillinger.

SITUATION D'AIRBUS ET ÉVOLUTION DU DOSSIER A400M (p. 5018)

Question de M. Bertrand Auban. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports ; M. Bertrand Auban.

SITUATION DES CONTRÔLEURS DES IMPÔTS PROMUS INSPECTEURS DES IMPÔTS AVANT LE 1ER JANVIER 2007 (p. 5020)

Question de Mme Jacqueline Alquier. – M. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique ; Mme Jacqueline Alquier.

DIFFICULTÉS DE FINANCEMENT DES PME (p. 5021)

Question de M. Claude Biwer. – MM. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique ; Claude Biwer.

CALCUL DE LA POPULATION LÉGALE DES PETITES COMMUNES (p. 5022)

Question de M. Martial Bourquin. – MM. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer ; Martial Bourquin.

SITUATION DES SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES (p. 5023)

Question de Mme Esther Sittler. – M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer ; Mme Esther Sittler.

CRISE DANS LES SECTEURS DU BOIS, DE L'OR, DE LA PÊCHE ET DU RIZ EN GUYANE (p. 5024)

Question de M. Georges Patient. – MM. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer ; Georges Patient.

DÉLOCALISATION DE LA DIRECTION INTERRÉGIONALE DES SERVICES PÉNITENTIAIRES EST (p. 5025)

Question de M. Roland Ries. – MM. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer ; Roland Ries.

DÉFENSE DES IUT (p. 5026)

Question de M. Philippe Madrelle. – MM. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer ; Philippe Madrelle.

MOYENS DE FONCTIONNEMENT DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU VAL-DE-MARNE (p. 5027)

Question de Mme Odette Terrade. – M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer ; Mme Odette Terrade.

POLITIQUE D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT DES CRÈCHES D'ENTREPRISE (p. 5029)

Question de M. Charles Gautier. – Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité; M. Charles Gautier.

APPLICATION DE LA RÉDUCTION DITE FILLON AUX ENTREPRISES ADAPTÉES PUBLIQUES (p. 5030)

Question de M. Gilbert Barbier. – Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité; M. Gilbert Barbier.

SUPPRESSION ANNONCÉE DE LA TAXE PROFESSIONNELLE (p. 5031)

Question de M. René-Pierre Signé. – Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité; M. René-Pierre Signé.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5032)

**PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART**

**4. Réforme de l'hôpital.** – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (Texte de la commission) (p. 5032)

Article 26 (*suite*) (p. 5032)

Amendement n° 1070 de M. Yves Daudigny. – MM. Yves Daudigny, Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales; Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. – Rejet.

Amendement n° 943 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Rejet.

Amendement n° 885 de M. Jean Desessard. – Mme Dominique Voynet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 942 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre, M. Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 886 de M. Jean Desessard. – Mme Dominique Voynet, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 1315 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, François Autain, Bernard Cazeau. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 944 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 945 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1035 de M. Jean Desessard. – Mme Dominique Voynet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 946 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1071 de M. François Rebsamen. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre, M. Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 1072 de M. Jacky Le Menn. – MM. René Teulade, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 88 rectifié de M. Jacques Blanc, 947 de M. François Autain et 1075 de Mme Bernadette Bourzai. – M. Jacques Blanc, Mmes Annie David, Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Jacky Le Menn, Mme Josette Durrieu, MM. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales; Alain Vasselle. – Adoption des trois amendements.

Amendement n° 1076 de Mme Bernadette Bourzai. – Mme Annie Jarraud-Vergnolle, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 948 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mmes la ministre, Josette Durrieu. – Rejet.

Amendement n° 1073 de M. François Rebsamen. – MM. Claude Jeannerot, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements identiques n°s 82 de M. René Beaumont et 1074 de M. Jacky Le Menn. – M. René Beaumont, Mme Gisèle Printz, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 1077 de M. Jacky Le Menn. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 87 rectifié de M. Jacques Blanc. – MM. Jacques Blanc, le rapporteur, Mme la ministre, M. Paul Blanc. – Adoption.

Amendements n°s 987 de M. Paul Blanc et 1098 de M. Yannick Botrel. – MM. Paul Blanc, Yannick Botrel, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 987; rejet de l'amendement n° 1098.

Amendements n°s 1279 du Gouvernement, 988 de M. Paul Blanc, 1078 de M. Jacky Le Menn, 1164 et 1165 de M. Jacques Mézard. – Mme la ministre, MM. Paul Blanc, Yves Daudigny, Jacques Mézard, Jean Milhau, le rapporteur, Mme la ministre, M. Jacques Blanc, Mmes Dominique Voynet, Annie David, MM. Alain Vasselle, François Autain, Adrien Gouteyron. – Retrait de l'amendement n° 988; adoption de l'amendement n° 1279; rejet des amendements n°s 1078, 1164 et 1165.

Amendement n° 1079 de M. Jacky Le Menn. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 951 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 952 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1080 de M. François Rebsamen. – Mme Gisèle Printz, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1099 de M. Yannick Botrel. – MM. Yannick Botrel, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements identiques n<sup>os</sup> 1081 de M. Jacky Le Menn et 1166 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Mme Patricia Schillinger, MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 1000 rectifié *bis* de M. Philippe Leroy et sous-amendement n<sup>o</sup> 1346 rectifié du Gouvernement. – MM. Philippe Leroy, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, MM. Guy Fischer, Michel Mercier, Bernard Cazeau, Alain Vasselle, Yves Daudigny, Paul Blanc, le président de la commission. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n<sup>o</sup> 1146 de M. Adrien Gouteyron. – MM. Adrien Gouteyron, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Amendements n<sup>os</sup> 1082 de M. Yves Daudigny, 953 de M. François Autain et 1084 de M. Jacky Le Menn. – M. Yves Daudigny, Mme Mireille Schurch, MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait de l'amendement n<sup>o</sup> 1084; rejet des amendements n<sup>os</sup> 1082 et 953.

Amendement n<sup>o</sup> 1085 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 954 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 999 rectifié *bis* de M. Philippe Leroy. – MM. Philippe Leroy, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, MM. Guy Fischer, Jacky Le Menn. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 1087 de M. Jacky Le Menn. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 1032 de M. Jean Desessard. – Mme Dominique Voynet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 887 et 888 de M. Jean Desessard. – Mme Dominique Voynet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 1088 de M. Jacky Le Menn. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 957 de M. François Autain et 1089 de M. Jacky Le Menn; amendements identiques n<sup>os</sup> 958 de M. François Autain et 1090 de M. Jacky Le Menn; amendement n<sup>o</sup> 1091 de M. Jacky Le Menn. – MM. Guy Fischer, Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n<sup>o</sup> 1090; rejet des amendements n<sup>os</sup> 957, 1089, 958 et 1091.

Amendement n<sup>o</sup> 1092 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 959 de M. François Autain. – Mme Mireille Schurch, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

M. le président de la commission.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5079)

## PRÉSIDENCE DE M. ROGER ROMANI

Amendement n<sup>o</sup> 1316 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, François Autain, le président de la commission. – Adoption.

Amendement n<sup>o</sup> 1293 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n<sup>o</sup> 1317 rectifié du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Michel Mercier. – Adoption.

Amendement n<sup>o</sup> 960 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 1005 rectifié de M. Gérard Dériot. – MM. Gérard Dériot, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendements n<sup>os</sup> 1282 du Gouvernement et 961 de M. François Autain. – Mme la ministre, MM. François Autain, le rapporteur, le président de la commission, René Beaumont, Michel Mercier. – Adoption de la première partie de l'amendement n<sup>o</sup> 1282, identique à l'amendement n<sup>o</sup> 961

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5087)

Mme la ministre. – Retrait de la seconde partie de l'amendement n<sup>o</sup> 1282; adoption des amendements identiques n<sup>os</sup> 1282 rectifié et 961.

Amendement n<sup>o</sup> 81 de M. René Beaumont. – M. René Beaumont. – Retrait.

Amendements n<sup>os</sup> 1283 rectifié *bis* du Gouvernement et 962 de M. François Autain. – Mme la ministre, MM. François Autain, le rapporteur, Paul Blanc, Michel Mercier, le président de la commission. – Adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 1283 rectifié *bis*, l'amendement n<sup>o</sup> 962 devenant sans objet.

Amendement n<sup>o</sup> 1094 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 963 de M. François Autain. – Devenu sans objet.

Amendements n<sup>os</sup> 989 de M. Paul Blanc et 80 de M. René Beaumont. – Devenus sans objet.

Amendement n<sup>o</sup> 1284 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Alain Vasselle, le président de la commission, Bernard Cazeau. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 990 de M. Paul Blanc; amendements identiques n<sup>os</sup> 1095 de M. Jacky Le Menn et 1158 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Paul Blanc, Jacky Le Menn, Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la

ministre, MM. Alain Vasselle, François Autain. – Retrait des amendements n° 990 et 1158 rectifié ; rejet de l'amendement n° 1095.

Amendement n° 964 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1142 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Mme Muguette Dini, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 1143 rectifié de M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Mme Muguette Dini, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 1096 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 1006 rectifié *bis* de M. André Lardeux, repris par le Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Alain Vasselle, Gilbert Barbier, François Autain. – Adoption.

Amendement n° 1097 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

MM. Guy Fischer, Yves Daudigny.

Adoption, par scrutin public, de l'article modifié.

**Article additionnel après l'article 26 (réservé jusqu'après l'article 34)** (p. 5098)

**Articles 26 bis et 26 ter. – Adoption.** (p. 5098)

**Article 26 quater (supprimé par la commission)** (p. 5098)

**Article 27** (p. 5098)

Amendements identiques n° 902 de M. Alain Houpert et 991 de M. Paul Blanc. – MM. Alain Houpert, Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendements identiques n° 903 de M. Alain Houpert et 992 de M. Paul Blanc. – MM. Alain Houpert, Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre, M. le président de la commission. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 968 de M. François Autain ; amendements identiques n° 247 rectifié de M. Alain Vasselle, 904 de M. Alain Houpert et 993 de M. Paul Blanc. – MM. François Autain, Alain Vasselle, le président, le président de la commission, Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre, M. René Beaumont. – Retrait des amendements identiques n° 247 rectifié, 904 et 993 ; rejet de l'amendement n° 968.

Amendement n° 1104 de M. Bernard Cazeau. – Retrait.

Amendement n° 994 de M. Paul Blanc. – MM. Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 1101 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements identiques n° 905 de M. Alain Houpert et 995 de M. Paul Blanc. – MM. Alain Houpert, Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 967 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 966 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1102 de M. Jacky Le Menn. – Retrait.

Amendement n° 1103 de M. Jacky Le Menn. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 649 rectifié de M. Paul Blanc. – MM. Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 1340 rectifié du Gouvernement et sous-amendement n° 1347 de M. Gilbert Barbier. – Mme la ministre, M. Gilbert Barbier, le président de la commission.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5108)

M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. Alain Vasselle, le président de la commission, François Autain, Bernard Cazeau, Gilbert Barbier, Paul Blanc. – Adoption du sous-amendement n° 1347 et de l'amendement n° 1340 rectifié modifié.

Adoption de l'article modifié.

**Article additionnel après l'article 27 (réservé jusqu'après l'article 34)** (p. 5110)

Renvoi de la suite de la discussion.

5. **Dépôt d'une question orale avec débat** (p. 5110)

6. **Dépôt d'un rapport d'information** (p. 5111)

7. **Ordre du jour** (p. 5111)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN

**vice-président**

**Secrétaires :**

**Mme Sylvie Desmarescaux,  
M. Alain Dufaut.**

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

*(La séance est ouverte à neuf heures trente.)*

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

## ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

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

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des affaires économiques à présenter une candidature.

La nomination au sein de cet organisme extraparlamentaire aura lieu ultérieurement, dans les conditions prévues par l'article 9 du règlement.

3

## QUESTIONS ORALES

**M. le président.** L'ordre du jour appelle les réponses à des questions orales.

ATTEINTES À L'ENVIRONNEMENT ENGENDRÉES  
PAR L'INSTALLATION D'UNE PORCHERIE  
INDUSTRIELLE SUR LA COMMUNE DE  
CHAUVIGNY DANS LA VIENNE

**M. le président.** La parole est à M. Alain Fouché, auteur de la question n° 524, adressée à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire.

**M. Alain Fouché.** Madame la secrétaire d'État, ma question porte sur les graves conséquences pour l'environnement engendrées par l'implantation d'une porcherie industrielle, dans la Vienne, au lieu-dit de « Chantegeay » sur la commune de Chauvigny, dont j'ai été maire pendant vingt ans.

Malgré l'opposition de la population locale et des municipalités concernées exprimée à l'occasion d'une enquête publique en novembre 2007, l'arrêté préfectoral autorisant l'exploitation a été signé le 21 octobre 2008, permettant ainsi l'installation de deux bâtiments d'engraissement d'une surface unitaire de 3 113 mètres carrés et d'un bâtiment de post-sevrage d'une surface de 1 237 mètres carrés pour une production annuelle de 18 720 porcs gras. Vous en conviendrez, cela fait beaucoup.

Cependant, il est prévu que cette porcherie engendre une production de 12 240 mètres cubes de lisier par an.

Selon le plan d'épandage présenté, ce lisier liquide sera répandu sur une surface de 563 hectares sur les quatre communes et à moins de 1 000 mètres de bâtiments proches de la cité médiévale de Chauvigny, haut lieu du tourisme dans le département.

Dès lors, l'atteinte majeure portée à l'environnement par cette installation ne fait aucun doute, qu'il s'agisse des conséquences que celle-ci aura sur les eaux superficielles, sur les eaux souterraines en raison des nitrates ou sur les populations avoisinantes – la seule ville de Chauvigny compte 7 600 habitants –, qui subiront une pollution olfactive continue provenant de la porcherie, de l'entreposage du lisier et de l'épandage aux champs.

À l'heure du Grenelle de l'environnement et du développement durable, je souhaite, madame la secrétaire d'État, que vous m'indiquiez les dispositions que vous entendez prendre pour éviter qu'une telle implantation n'ait lieu sans garantie de nuisance, l'étude d'impact devant pour le moins être refaite.

Par ailleurs, pouvez-vous me préciser pour l'avenir si vous envisagez une modification de la réglementation en la matière afin que de telles situations ne se reproduisent plus à proximité des fortes concentrations de population?

J'ai été durant vingt ans maire de Chauvigny. J'ai signé des arrêtés d'implantation de porcherie pour lesquels l'État a toujours garanti qu'il n'y aurait jamais de conséquences ni d'odeurs. Or je me suis aperçu à chaque fois, contrairement à ce qu'assurait l'État, qu'il y avait toujours des odeurs et des nuisances.

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

**Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie.** Monsieur le sénateur, vous attirez l'attention du ministre d'État sur le projet de construction d'une porcherie, dans la Vienne, au lieu-dit de « Chantegeay » sur la commune de Chauvigny, que nous connaissons bien tous deux.

Il s'agit d'un projet de regroupement sur un seul site d'activités existantes sans aucune augmentation des effectifs. Ce projet a été déposé à la préfecture dans le courant de l'année 2007 par un exploitant qui pratique l'élevage de porcs depuis plus de vingt-cinq ans et gère une équipe de treize personnes. Il s'agit donc d'un exploitant qualifié.

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

Avec ses 6 968 animaux équivalents porcs, cette porcherie entre dans le cadre de la directive relative à la prévention et à la réduction intégrée de la pollution, dite directive « IPPC ».

L'instruction du dossier par les services des installations classées a été rigoureuse. Le préfet a fixé un certain nombre de prescriptions détaillées, qui permettent de s'assurer que la porcherie aura un impact minimisé.

Ces prescriptions seront soumises au contrôle rigoureux de la police des installations classées pendant toute la durée de vie de l'exploitation.

S'agissant de l'instruction de la demande d'autorisation, le dossier a été jugé complet et régulier. L'étude d'impact, qui est obligatoire, présente, notamment, une analyse des effets directs et indirects de l'installation sur l'environnement et les mesures envisagées par le demandeur pour supprimer, limiter et compenser les nuisances.

La procédure d'instruction est régie par le code de l'environnement. Lors des enquêtes administrative et publique, les services ou communes concernés ainsi que toutes les personnes intéressées par le projet ont pu donner leur avis.

Sur la base des avis favorables de l'enquête publique et du conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques, le préfet a délivré le 21 octobre 2008 l'autorisation d'exploiter.

Cette autorisation reprend les prescriptions réglementaires fixées à l'échelon national pour prévenir d'éventuelles pollutions et nuisances.

Ainsi, un lavage d'air a été mis en place. Cette technique est reconnue comme une des meilleures techniques actuellement disponibles pour l'élevage intensif de porcs. Elle est même référencée au niveau européen.

L'autorisation fixe également des prescriptions complémentaires. La porcherie sera située sur un site relativement isolé, à 800 mètres des premiers tiers et 4 kilomètres de la ville de Chauvigny.

Les parcelles sur lesquelles seront épanchés les lisiers de l'élevage se trouveront à plus de 2 kilomètres de la ville de Chauvigny, qui, elle-même, n'est pas située sous les vents dominants par rapport à cet élevage. Ces 2 kilomètres sont à rapporter à la distance minimale réglementaire d'épandage, qui est normalement de 100 mètres seulement.

Enfin, monsieur le sénateur, sachez que le Gouvernement est attentif à toute évolution réglementaire en la matière.

Ainsi, les services du ministère de l'écologie travaillent actuellement aux propositions que pourrait faire la France pour actualiser le document européen de référence des meilleures techniques utilisables en élevage porcin.

Nous participons aux travaux du groupe d'experts européens chargés de cette actualisation et nous nous réunirons dans les tout prochains mois à Séville dans le cadre de la directive dite « IPPC » sur ce sujet spécifique.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Fouché.

**M. Alain Fouché.** Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de toutes les précisions que vous venez de nous apporter.

J'ai bien noté qu'un certain nombre de points étaient difficiles à modifier, notamment dans le domaine de la procédure, et que l'État effectuerait un contrôle très strict du fonctionnement de cette installation.

**M. le président.** Lorsque j'étais ministre, du lisier avait été déposé devant la préfecture de l'Aveyron, mais notre éminente collègue Mme Anne-Marie Escoffier n'était pas préfet à l'époque! (*Sourires.*)

**Mme Anne-Marie Escoffier.** J'y ai tout de même eu droit aussi lorsque j'étais préfet! (*Sourires.*)

RACCORDEMENT D'UNE CARAVANE, SITUÉE  
SUR UN TERRAIN AGRICOLE, AUX RÉSEAUX  
D'EAU POTABLE ET D'ÉLECTRICITÉ

**M. le président.** La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier, en remplacement de M. Jacques Mézard, auteur de la question n° 530, adressée à M. le ministre d'État, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire.

**Mme Anne-Marie Escoffier.** Madame la secrétaire d'État, mon collègue Jacques Mézard aurait eu plaisir à vous interroger aujourd'hui si son avion lui avait permis d'arriver à l'heure.

Il souhaite attirer l'attention de M. le ministre d'État sur le cas de personnes vivant dans des caravanes qui souhaitent le raccord du terrain agricole dont ils sont propriétaires aux réseaux d'eau potable et d'électricité.

C'est un problème qui se pose à nombre de communes et auquel il est primordial de trouver une solution juste et équitable.

Doit-on accepter que des personnes qui ont délibérément choisi de s'établir sur des terrains impropres à l'habitation, en l'occurrence sur des terrains agricoles, en l'absence de certificat d'urbanisme ou de permis de construire, puissent bénéficier du branchement aux réseaux d'eau et d'électricité, et ce d'autant que, dans certains cas, lesdits branchements, en particulier pour l'eau, posent des problèmes techniques difficiles à résoudre?

Les dispositions de l'article L. 111-6 du code de l'urbanisme permettent au maire de s'opposer au branchement définitif au réseau d'eau d'une caravane installée en méconnaissance des règles d'urbanisme.

Selon une jurisprudence du Conseil d'État du 12 décembre 2003 relative à des terrains constructibles, une commune ne pourrait s'opposer au raccordement « provisoire » aux réseaux d'eau et d'électricité. Que signifie le terme « provisoire »?

La notion de « branchement provisoire » ne fait l'objet d'aucune définition juridique quant à sa durée. Peut-on considérer que doit être accordé un branchement provisoire aux réseaux d'eau et d'électricité, alors même que la caravane est installée depuis plusieurs mois, voire depuis plusieurs années, sur le terrain, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'un terrain agricole?

Nombre de maires de communes sur lesquelles sont installées des caravanes, sur des terrains privés situés en zone non constructible, constatent que les branchements aux réseaux d'eau et d'électricité qui devaient nécessairement être provisoires ont tendance à se prolonger sur des années.

Par ailleurs, le Conseil d'État a retenu la notion de « caractère d'urgence » pour motiver l'annulation d'un refus de raccordement au réseau EDF, eu égard aux conditions de vie des occupants d'une caravane installée irrégulièrement. Que recouvre également cette notion d'« urgence » ?

Voilà, madame la secrétaire d'État, la question que mon collègue souhaitait vous poser afin de savoir comment il pourrait être mis fin à des situations inextricables, dans la mesure où des personnes installées illégalement sur des terrains non constructibles se voient, par ailleurs, accorder le branchement aux réseaux d'eau et d'électricité, ce qui les incite à faire perdurer une situation irrégulière.

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

**Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie.** Madame le sénateur, la question du raccordement aux réseaux électrique et d'eau potable des caravanes est une question complexe puisqu'elle se situe à la confluence des règles en matière d'occupation des sols et de stationnement, qui relèvent, en général, de la compétence du maire et de celles du droit pour toute personne d'être alimentée par les services essentiels que constituent l'électricité et l'eau.

En ce qui concerne le raccordement à l'électricité, dans le cadre des missions qui lui sont imparties par la loi du 10 février 2000, le gestionnaire du réseau public de distribution est tenu de faire droit à toute demande de raccordement qui lui est présentée.

En tout état de cause, il ne relève pas des attributions du gestionnaire de réseau d'apprécier la légalité des autorisations d'urbanisme ou des règles de stationnement en vigueur sur la commune considérée. C'est seulement sur réquisition du maire qu'il est tenu de refuser le raccordement.

L'article L.111-6 du code de l'urbanisme permet au maire de s'opposer au branchement définitif aux réseaux d'eau, d'électricité, de gaz ou de téléphone d'une caravane installée en méconnaissance des règles d'urbanisme.

Cependant, comme l'a indiqué le Conseil d'État, le maire ne peut s'opposer au raccordement électrique provisoire d'une caravane. Ce raccordement correspond au stationnement de caravanes mobiles sur des terrains aménagés à cet effet ou, en l'absence de tels aménagements, dans le respect des durées de stationnement fixées par le maire.

Le branchement peut également être considéré comme provisoire lorsqu'il est demandé pour une raison particulière et sur une période limitée, par exemple durant la saison froide ou pendant la durée d'un chantier. La durée du branchement provisoire est alors liée à celle de la situation ayant motivé la demande.

Par ailleurs, les stationnements d'une durée plus longue, supérieure à trois mois sont soumis à déclaration ou à autorisation du maire.

Ce n'est que dans la mesure où le mode d'occupation des sols est susceptible de porter atteinte à la salubrité, à la sécurité ou à la tranquillité publique, à la conservation des sites, des milieux ou encore aux règlements d'urbanisme que le maire peut refuser l'autorisation.

Dans cette hypothèse, il doit signifier au gestionnaire de réseau son opposition au raccordement.

Le problème soulevé par l'installation de caravanes sur des terrains agricoles semble donc résulter essentiellement de la méconnaissance, volontaire ou non, des règles d'urbanisme dont l'application incombe au maire. Le raccordement aux réseaux n'apparaît pas comme la cause principale, même s'il peut contribuer à faire perdurer la situation.

Enfin, s'agissant du dernier point, le « caractère d'urgence » évoqué par le Conseil d'État, il doit être envisagé dans le cadre d'une procédure de référé administratif, où il constitue l'une des conditions de suspension de la décision contestée, en l'espèce le refus de raccordement prononcé par le maire. Cette condition d'urgence est appréciée par le seul juge des référés, au cas par cas.

**M. le président.** La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier.

**Mme Anne-Marie Escoffier.** Je remercie Mme la secrétaire d'État des précisions qu'elle a bien voulu m'apporter, tout en déplorant la complexité d'une réglementation difficile à appliquer par les maires, notamment lorsqu'ils doivent faire face à la mauvaise volonté des occupants.

#### ACCÈS À LA TÉLÉVISION NUMÉRIQUE TERRESTRE (TNT) DANS LA CREUSE

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Jacques Lozach, auteur de la question n° 533, transmise à M. le secrétaire d'État chargé de l'aménagement du territoire.

**M. Jean-Jacques Lozach.** Madame la secrétaire d'État, je souhaite attirer votre attention sur la couverture des territoires fragiles par la télévision numérique terrestre, ou TNT.

Le passage à la TNT s'effectue selon le schéma national d'extinction progressive de la diffusion analogique terrestre et de basculement vers le numérique hertzien, au moyen de l'implantation de nouveaux émetteurs. Une date d'arrêt doit être annoncée au moins neuf mois à l'avance pour chaque zone géographique, délai qui devrait être ramené à trois mois et demi selon la loi favorisant la diffusion et la protection de la création sur Internet, si toutefois le Conseil constitutionnel ne censure pas cette disposition ! L'objectif de couverture de 95 % de la population métropolitaine à la fin de l'année 2011 est clairement posé par la loi du 5 mars 2007 relative à la modernisation de la diffusion audiovisuelle et à la télévision du futur. Bien que le Conseil supérieur de l'audiovisuel, le CSA, ait prévu un minimum de couverture de 91 % de la population par département, afin que l'objectif national une fois atteint n'entraîne pas de trop grandes disparités locales, il est inacceptable d'envisager que près de 10 % de la population de ces départements, essentiellement rurale, soient privés d'accès à la TNT.

L'argument selon lequel ces téléspectateurs pourront recourir aux autres vecteurs de diffusion, en particulier le satellite, suscite un mécontentement croissant de la population et des élus des territoires ruraux, par exemple dans la Creuse. Le plan « France numérique 2012 » avait pourtant pour ambition de réduire la fracture numérique. Or, en l'absence de généralisation de la couverture, les laissés-pour-compte de la TNT seront placés dans une situation de rupture d'égalité devant le service public.

En outre, les collectivités territoriales seraient probablement contraintes de pallier les lacunes de la diffusion numérique terrestre, c'est-à-dire de financer l'implantation d'émetteurs ou d'équipements complémentaires, afin d'assurer la continuité de la réception des services audiovisuels. Il importe donc de

veiller à ce que la TNT soit accessible à tous les foyers, en application du principe d'aménagement et de développement numérique du territoire.

C'est pourquoi je vous demande, madame la secrétaire d'État, d'anticiper les conséquences du basculement au tout numérique dans la Creuse et d'accroître au maximum le taux de couverture, afin qu'aucun habitant de ce département, permanent ou saisonnier, ne reste à l'écart quand interviendra l'arrêt de la diffusion en mode analogique.

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

**Mme Chantal Jouanno, secrétaire d'État chargée de l'écologie.** Monsieur le sénateur, la loi a prévu que 95 % de la population soit couverte en TNT par les émetteurs terrestres au niveau national. Compte tenu de la répartition de la population, et les zones urbaines étant déjà toutes couvertes à 100 % par la TNT, cet objectif légal créait une importante disparité entre les départements à la géographie très accidentée et les départements urbains ou de plaine.

C'est pourquoi le CSA a souhaité aller au-delà de cet objectif en imposant un minimum de 91 % de couverture de la population dans tous les départements qui atteignaient ce niveau de couverture en mode analogique. C'est le cas de la Creuse, dont 92,1 % de la population, selon le CSA, captent aujourd'hui France 2 en mode analogique. Je souligne donc que ce minimum départemental de 91 % ne constitue nullement un recul de 10 % de la population, comme vous semblez l'indiquer. Dans votre département, la différence entre la couverture analogique de France 2 et celle de la TNT sera proche de 1 %, c'est-à-dire, en réalité, aux limites de ce qu'il est possible de mesurer précisément aujourd'hui.

Vous souhaitez que la couverture en TNT atteigne 100 % de la population. En réalité, toutes les chaînes de la TNT sont aujourd'hui déjà disponibles gratuitement sur satellite en tout point du territoire, et sur deux positions orbitales : celle de TNT Sat, reçue par les foyers disposant d'une parabole orientée vers le satellite Astra utilisé par Canalsat, et, depuis peu, celle de Fransat, qui est reçue par tous les foyers disposant aujourd'hui d'une parabole orientée vers le satellite AB3 d'Eutelsat et qui permet depuis longtemps de recevoir Arte, France 5 et M6 dans les zones où ces chaînes ne sont pas disponibles par voie terrestre. Le prix des adaptateurs, aujourd'hui proche de cent euros, doit rapidement se rapprocher du prix des adaptateurs de la TNT.

Conformément à la loi du 5 mars 2009 relative à la communication audiovisuelle et au nouveau service public de la télévision, le Gouvernement a prévu de publier prochainement une étude qui permettra aux collectivités locales de faire les meilleurs choix, en fonction de la taille des zones blanches résiduelles qui pourraient apparaître au moment de l'arrêt de la diffusion en mode analogique. La loi du 5 mars 2009 dispose, dans son article 80, que les collectivités locales pourront se faire attribuer des fréquences pour mettre en service des émetteurs terrestres complémentaires. Dans la grande majorité des cas, l'acquisition de l'équipement pour recevoir le bouquet TNT par satellite correspondra au meilleur choix économique.

Je partage donc pleinement votre souci d'aménagement complet du territoire. Grâce à la technologie satellitaire, qui n'était pas disponible à l'époque du lancement de l'analogique, la TNT est d'ores et déjà disponible partout. C'était

l'une des conditions, souhaitée par le Gouvernement comme par le Parlement, pour que l'extinction de la diffusion en mode analogique débute sous les meilleurs auspices.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Jacques Lozach.

**M. Jean-Jacques Lozach.** Je vous remercie de vos éléments de réponse, madame la secrétaire d'État. Je note votre objectif tout à fait légitime et louable de couverture intégrale du territoire, mais vous comprendrez bien la double inquiétude que j'ai exprimée, car novembre 2011 représente une échéance très proche.

D'une part, les populations concernées sont en général des populations isolées. D'autre part, les collectivités locales, sur ces territoires fragiles, démunis et à faible potentiel fiscal, ont déjà mis la main à la poche pour la desserte en téléphonie mobile et en Internet à haut débit et il ne faudrait pas que, demain, notamment en raison de l'absence d'un fonds de péréquation nationale, ces mêmes collectivités soient à nouveau mises à contribution pour la desserte en TNT.

#### ZONES FRANCHES URBAINES ET GÉOGRAPHIE MÉDICALE

**M. le président.** La parole est à M. Alain Fouché, en remplacement de M. Jean-Pierre Chauveau, auteur de la question n° 508, adressée à Mme la ministre de la santé et des sports.

**M. Alain Fouché.** Madame la ministre, le succès du dispositif des zones franches urbaines, les ZFU, est incontestable.

Entré en vigueur en 1997 pour faciliter l'installation d'entreprises et enclencher une véritable dynamique économique sur les sites concernés, le dispositif ZFU, au vu de son bilan, a été relancé, puis étendu. Au-delà des chiffres, il existe une preuve évidente de cette réussite. Malgré une alternance droite-gauche, les zones franches situées dans les quartiers populaires n'ont pas été remises en cause.

Certes, au fil des ans, le dispositif a été progressivement amélioré, mais il est vrai que des mesures très attractives risquent toujours d'être détournées de leur objet. Dans ce contexte, la vigilance s'impose car, en la matière, quelques-uns de nos compatriotes sont particulièrement créatifs ! Ainsi, dans certaines zones franches, des contournements de l'intention du législateur sont régulièrement dénoncés : il s'agit, en particulier, du transfert des professions médicales et paramédicales.

Une des dérives récentes est révélée par l'excessive implantation, et donc l'excessive concentration, de ces professions, car certains professionnels de santé, profitant de l'effet d'aubaine que représente le dispositif ZFU, déplacent abusivement leurs cabinets médicaux ou paramédicaux. Il en résulte une forte densité de ces professions en ZFU, au détriment des quartiers périphériques ou des communes situées à proximité. Toutes les professions libérales sont concernées, mais les exemples concernant les professionnels de santé sont les plus choquants.

Tel a été le cas de la ZFU du Mans ces dernières années, au détriment des autres quartiers de l'agglomération. Ce processus se reproduit aujourd'hui dans la ZFU d'Alençon, aux dépens des cantons ruraux qui jouxtent cette ville. Il en résulte une inégalité manifeste d'accès aux soins. Or, cette inégalité n'est pas compréhensible puisqu'elle est la conséquence d'un dispositif législatif. Le déséquilibre induit est fortement préjudiciable, puisqu'il accélère le mouvement de désertification médicale. Il s'agit là d'une question d'aménagement du territoire.

Au-delà des restrictions qui existent déjà – exonérations des cotisations sociales personnelles dont le bénéfice n'est pas accordé aux professions libérales –, je vous demande, madame la ministre, quelles sont les mesures envisagées pour limiter ces implantations abusives.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Monsieur le sénateur, je vous remercie de vous faire l'interprète de M. Jean-Pierre Chauveau et je vous serais reconnaissante, par avance, de bien vouloir lui transmettre ma réponse.

Votre collègue s'interroge sur l'éventuel effet d'aubaine que pourraient entraîner les diverses mesures d'incitation à l'installation des médecins libéraux en zone franche urbaine, susceptibles de conduire à une concentration de ces professionnels de santé dans certaines ZFU, au détriment des zones avoisnantes.

Je tiens à rappeler que les zones franches urbaines ont été créées par la loi du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, que l'on cite parfois par son acronyme PRV. D'autres lois, outils des politiques de la ville ou de l'aménagement du territoire, définissent les aides destinées à soutenir l'installation des médecins dans ces zones reconnues comme prioritaires, où l'exercice de la médecine est rendu difficile du fait, notamment, de la composition sociale et culturelle de leur population et de sa précarisation, qui imposent au praticien de tenir un rôle à la fois social et médical. Progressivement, des situations de sous-médicalisation risquent de s'y développer et d'induire, en de nombreux endroits, des difficultés d'accès aux soins.

Il ne m'appartient pas, vous le comprenez, de revenir sur le dispositif des zones franches urbaines qui a toute sa légitimité et relève de la politique de la ville et non pas de la politique du ministère de la santé. Il est cependant nécessaire de réfléchir à l'amélioration de la répartition des professionnels de santé, en mettant en œuvre des dispositifs à la fois incitatifs pour ces derniers – car, vous le savez, je demeure très attachée au principe de la liberté d'installation – et équitables pour les territoires, afin de mettre un terme aux effets d'aubaine que vous dénoncez.

Dans ce cadre, j'ai voulu que le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires – dont nous allons bientôt examiner le titre II, qui aborde les questions très délicates de la démographie médicale – place l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités et offre des leviers d'action permettant d'agir en ce sens.

Ce projet de loi prévoit donc un certain nombre de mesures destinées à inciter les professionnels de santé à s'installer en prenant en compte au plus près les besoins de la population : il tend à faciliter l'orientation des jeunes médecins vers les zones prioritaires, avant même la fin de leur cursus universitaire, et à favoriser la généralisation des coopérations entre professionnels de santé. Il prévoit également que les établissements de santé pourront créer et gérer des centres de santé, ce qui peut apporter une réponse en termes d'offre de soins, notamment en milieu urbain.

En outre, le projet de loi prévoit que les schémas régionaux d'organisation des soins, les SROS, auront un volet ambulatoire, permettant de définir une organisation des soins plus adaptée aux besoins de la population, en lien avec les professionnels de santé, les élus et les usagers du système de santé. Il

sera ainsi possible de faire le point sur les besoins et l'offre de soins existante dans l'ensemble des territoires de proximité qui composent une région.

De plus, les agences régionales de santé joueront un rôle de guichet unique des nombreuses aides qui existent pour favoriser l'installation des médecins dans les zones où leur densité d'implantation est trop faible. En effet, les jeunes internes avouent eux-mêmes qu'ils ont beaucoup de mal à se diriger dans un maquis réglementaire devenu, comme vous l'avez souligné, de plus en plus touffu.

Dans ce cadre, le SROS déterminera les zones de mise en œuvre des mesures visant à l'amélioration de la répartition des professionnels de santé libéraux. Ainsi, la définition de ces zones sera plus adaptée aux besoins locaux, ce qui permettra de limiter les effets d'aubaine que vous avez dénoncés et de garantir que l'installation répond bien à un besoin identifié.

Monsieur le sénateur, ces éléments sont, je le crois, de nature à répondre aux inquiétudes que vous portez.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Fouché.

**M. Alain Fouché.** Madame la ministre, vos propos témoignent bien de la grande attention que vous portez à la concentration des médecins dans les ZFU, et des efforts que vous menez pour inciter ces professionnels de santé à s'installer en milieu rural et dans les quartiers plus difficiles, où ils ne sont pas assez nombreux.

#### PROJET DE CRÉATION D'UNE MAISON MÉDICALE DE GARDE

**M. le président.** La parole est à M. Alain Fauconnier, auteur de la question n° 509, adressée à Mme la ministre de la santé et des sports.

**M. Alain Fauconnier.** Madame la ministre, dans le cadre de l'adaptation constante de l'offre de soins, le centre hospitalier Émile-Borel de Saint-Affrique – que vous connaissez bien – a conçu avec les praticiens libéraux du territoire un projet de maison médicale de garde destinée à organiser la permanence des soins sur un secteur rural menacé de désertification médicale.

Une maison médicale de garde se définit comme un lieu fixe, clairement identifié, délivrant des prestations de médecine générale aux heures de fermeture des cabinets libéraux : tous les soirs, de 20 heures à minuit et les samedis, dimanches et jours fériés, toute la journée. Les professionnels libéraux y assurent une activité de consultation médicale non programmée. Ce dispositif, préconisé par le ministère de la santé, connaît actuellement un réel succès. Le schéma régional d'organisation sanitaire pour la période 2006-2011 de Midi-Pyrénées en reconnaît la pertinence ; ces structures permettent le regroupement des secteurs de garde, en garantissant un nombre suffisant de médecins généralistes, un délai d'accès maximum de quarante minutes et une réflexion sur l'aide aux transports.

La maison médicale de garde de Saint-Affrique repose sur la collaboration entre médecins libéraux et hospitaliers. Animée par les médecins généralistes de quatre secteurs de garde, elle est localisée à l'hôpital, à proximité des urgences. L'ensemble des appels fait l'objet d'une régulation médicalisée. En pleine nuit, la permanence bascule sur le service hospitalier. J'ajoute que cette réalisation résulte d'un engagement volontaire des médecins généralistes. Une très large concertation portée par le centre hospitalier de Saint-Affrique en a démontré l'utilité,

tout autant que le rôle moteur que peuvent jouer les hôpitaux de proximité dans l'organisation territorialisée des soins, en particulier pour l'accessibilité des soins primaires.

Du reste, ce partenariat entre la ville et l'hôpital préfigure la démarche coopérative que le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires entend promouvoir.

Quant au financement, il sera réparti entre le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le FIQCS, au titre de l'organisation des soins de ville, la CPAM, par redéploiement du financement actuel des astreintes de la permanence des soins, et le centre hospitalier, qui engage dans ce projet des moyens humains et logistiques. Les professionnels et les usagers, inquiets face à l'épuisement des médecins généralistes du secteur, attendent impatiemment l'aboutissement de ce projet, qui est, à mes yeux, innovant, peu onéreux et performant.

Comme il se doit, le dossier a été instruit par l'agence régionale de l'hospitalisation et la DDASS, qui, c'est encourageant, ont donné un accord de principe. Cependant, sa mise en œuvre se heurte encore à l'opposition de la CPAM de l'Aveyron, qui invoque une impossibilité technique. Elle oppose aux promoteurs les termes de l'avenant n° 4 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie et refuse de mettre en place un régime dérogatoire permettant de rémunérer les astreintes des médecins. Fixé à 176 euros pour quatre heures, le coût de l'astreinte de la maison de garde représente une économie par rapport au système actuel de 150 euros par secteur et par médecin.

Or, à la différence des zones urbaines, ce montant minimum garanti s'avère indispensable pour maintenir l'attractivité de la permanence des soins sur des territoires à faible densité de population. Ainsi la maison médicale du bassin saint-affricain concerne six cantons, un espace géographique de 1 542 kilomètres carrés en zone de moyenne montagne et pas moins de 23 890 habitants, dont plus du quart sont âgés de plus de 65 ans.

Madame la ministre, j'espère qu'une solution pourra être apportée à ce problème, faute de quoi ce serait un mauvais signal supplémentaire envoyé aux jeunes médecins qui envisagent une installation dans nos zones rurales. Du reste, souhaite-t-on encore les y attirer ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé et des sports*. Monsieur Fauconnier, vous m'interrogez sur le projet de maison médicale de garde des médecins libéraux du bassin saint-affricain, au centre hospitalier Émile-Borel.

Ce projet a pour objet d'améliorer l'accès à un médecin de garde tout en regroupant plusieurs secteurs de permanence des soins.

Malgré l'intérêt évident du projet, la caisse primaire d'assurance maladie a opposé l'impossibilité juridique d'accéder à la demande des médecins de bénéficier d'une rémunération forfaitaire différente de celle qui est prévue par l'avenant n° 4 à la convention médicale.

Le dispositif actuel de permanence des soins est complexe et la séparation des responsabilités en termes d'organisation et de financement ne permet pas la souplesse nécessaire à la mise en œuvre d'un dispositif adapté à la géographie, à la démographie

et à la pratique des médecins de chaque région. Croyez-le bien, monsieur le sénateur, je déplore la situation que vous dénoncez.

C'est la raison pour laquelle, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, cette mission, placée jusqu'à maintenant sous la responsabilité du préfet de département pour ce qui concerne l'organisation et financée par l'assurance maladie dans le cadre strict des tarifs fixés par la convention médicale, sera désormais sous la responsabilité de l'agence régionale de santé.

Si j'avais à donner un exemple de l'intérêt de ce texte, dont le Sénat poursuit l'examen cette semaine, je prendrai sans doute celui de la permanence des soins, que nous allons aborder dans quelques heures. C'est en effet la meilleure illustration des cloisonnements dont nous souffrons et que je veux faire tomber avec ce projet de loi.

Ainsi, l'agence régionale de santé déterminera l'organisation et les rémunérations spécifiques des médecins participant à la permanence des soins. Elle aura donc la possibilité de rémunérer les médecins forfaitairement ou de façon différenciée, en fonction des modalités pratiques d'organisation de la permanence des soins sur le territoire concerné. En concertation avec les professionnels médicaux, la permanence des soins sera rapprochée du terrain. Je veux aboutir à une obligation de résultat, à laquelle nous sommes, me semble-t-il, tous attachés, en évitant de nous trouver enfermés par une législation qui peut ne pas convenir aux spécificités des territoires.

Monsieur le sénateur, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, date de création des agences régionales de santé, et grâce aux mesures prévues par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, des projets tels que la maison médicale de garde que vous défendez pourront voir le jour.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Fauconnier.

**M. Alain Fauconnier.** Madame la ministre, sur ce projet, qui est à l'étude depuis huit mois, les élus se sont énormément investis, ce qui est significatif à un moment où le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé, et aux territoires dont nous discutons au Sénat donne parfois le sentiment que les élus sont quelque peu marginalisés.

Cela étant, j'avoue avoir quelques difficultés à comprendre que la situation s'améliorera lorsque cette mission sera placée sous la responsabilité des ARS, et non plus sous celle du préfet de département, pourtant plus proche.

En tout cas, il y a véritablement urgence, car le problème se pose maintenant depuis plusieurs mois. À titre d'information, je vous indique que des solutions ont été trouvées dans l'Ariège ou en Midi-Pyrénées par des CPAM qui ont fait preuve de plus de souplesse dans l'interprétation des textes.

#### CRÉATION D'UNITÉS D'ÉVEIL EN ALSACE

**M. le président.** La parole est à Mme Patricia Schillinger, auteur de la question n° 532, adressée à Mme la ministre de la santé et des sports.

**Mme Patricia Schillinger.** Madame la ministre, je souhaite attirer votre attention sur les inquiétudes des proches des personnes cérébro-lésées, face à l'absence totale d'unités d'éveil dans la région Alsace.

Les personnes traumatisées crâniennes graves ont un besoin impérieux de soins et de stimulations. Or, cette exigence ne peut être satisfaite que par la création d'unités d'éveil adaptées, dont l'existence fait notoirement défaut en Alsace.

Actuellement, les personnes souffrant de graves traumatismes crâniens sont, à leur sortie des services de soins intensifs ou de réanimation chirurgicale, réorientées vers des services de neurologie ou de neurochirurgie traditionnels, qui apparaissent inadaptés.

Ce manque de structures spécialisées subsiste, alors même que de multiples circulaires ministérielles ont émis des recommandations claires dans ce sens. Par ailleurs, l'agence régionale de l'hospitalisation a mis en avant, dans le schéma régional d'organisation sanitaire pour la période 2006-2011, la nécessité de créer au moins une unité d'éveil dans chaque département composant la région Alsace.

Les professionnels hospitaliers ont eux-mêmes élaboré des projets concernant ces unités, notamment à Mulhouse, avec la création annoncée d'une unité d'éveil composée de six lits et qui devait être opérationnelle pour la fin de 2007, selon les déclarations, à l'époque, du directeur de l'ARH. Malheureusement, aujourd'hui, une telle structure n'est toujours pas créée.

Cette situation constitue un total non-sens, aussi bien humain qu'organisationnel.

Non-sens humain, d'abord : elle suscite, chez les familles des victimes cérébro-lésées, frustration et indignation, et ne leur laisse que la pire des solutions qui puissent leur être données : l'attente. Attendre que l'état de leur proche devienne chronique pour qu'on les transfère, enfin, dans des services où ils bénéficieront des soins adaptés, tout en sachant que, pendant cette attente, de nombreuses victimes voient leurs pronostics d'éveil compromis et que ce sont autant de chances de guérison qui leur sont enlevées.

Non-sens organisationnel, ensuite : la présence de ces malades, dans des services inadaptés, contribue à y provoquer un certain engorgement néfaste à leur bon fonctionnement. De plus, cela engendre des coûts importants qui pourraient être évités, si une prise en charge et une stimulation adaptées en unité d'éveil étaient effectivement mises en place pour ces malades.

Madame la ministre, quelle est la position du Gouvernement sur ce sujet ? Quelles sont les mesures que votre administration est disposée à prendre, ou quelles sont les démarches en cours, pour remédier rapidement et efficacement à cette absence d'unité d'éveil ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé et des sports*. Madame la sénatrice, vous attirez mon attention sur la prise en charge des personnes traumatisées graves cérébro-lésées en Alsace, notamment sur le nombre d'unités d'éveil permettant leur prise en charge.

Vous le savez, l'Alsace est l'une des régions les mieux dotées pour la prise en charge des personnes victimes de traumatismes crâniens, notamment avec un service de neurochirurgie de grande qualité dans chacun de ces deux départements, l'un au centre hospitalier universitaire de Strasbourg et l'autre aux hospices civils de Colmar. Seule une unité d'éveil manque, comme vous le soulignez, pour compléter la filière de prise en charge des traumatismes crâniens et de leurs suites. Le schéma régional d'organisation sanitaire l'a justement prévue.

Depuis sa promulgation en 2006 et dans l'ordre des priorités de réponse aux besoins de la population, les unités garanties d'une prise en charge directe et rapide dans les délais les plus brefs – c'est-à-dire les services de réanimation et de soins intensifs spécialisés, les plateaux techniques d'investigation et d'intervention, les unités de rééducation et celles qui sont réservées aux personnes en état végétatif chronique – ont été, selon les cas, soit créées, soit agrandies, soit renforcées en équipement et surtout en effectifs qualifiés, et dotées des moyens les plus modernes.

Il faut le souligner, les malades susceptibles de relever d'une unité d'éveil sont pareillement pris en charge et traités actuellement avec tout le professionnalisme et le dévouement nécessaires par les équipes médicales et soignantes des services de soins intensifs ou d'hospitalisation en neurologie ou en neurochirurgie dans lesquels ils sont maintenus.

Soyons clairs : ces personnes ne sont peut-être pas prises en charge par un service adapté, mais elles sont confiées à un service « surmédicalisé », « sur-technicisé ». La qualité des soins est donc garantie.

Il est évident que leur accueil en unité d'éveil soulagerait les services de soins aigus et qu'il permettrait à la région de disposer de la chaîne complète de structures dédiées. C'est ce à quoi s'emploie l'agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace. Ce serait même une mesure d'économie, car la prise en charge dans les services que j'ai évoqués est extrêmement coûteuse. Il ne s'agit donc aucunement d'une mesure d'économie au détriment des malades.

Pour renforcer cet engagement, le schéma interrégional d'organisation sanitaire a également mentionné la nécessité pour les quatre autres régions du grand Est – Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine et Champagne-Ardenne –, non pourvues de services de ce type, de développer une offre adaptée.

Madame la sénatrice, avec l'ARH d'Alsace, nous nous sommes fixé des objectifs ambitieux pour les patients. Pour les atteindre, nous nous attachons à assurer une montée en puissance des moyens et des effectifs.

Aujourd'hui, je ne peux pas vous indiquer une date précise pour l'ouverture de ce service d'éveil. Cela fait partie de nos priorités et s'inscrit dans la hiérarchie des moyens très ambitieux que nous mettons en œuvre pour la prise en charge de l'ensemble de la filière des malades cérébro-lésés.

**M. le président.** La parole est à Mme Patricia Schillinger.

**Mme Patricia Schillinger.** Je vous remercie de votre réponse, madame la ministre. Je constate que ce dossier est effectivement pris en compte.

Cela étant, il y a urgence. Les familles n'en peuvent plus. J'espère donc que, dans les mois qui viennent, un tel site sera inauguré. J'espère pouvoir compter sur vous.

#### SITUATION D'AIRBUS ET ÉVOLUTION DU DOSSIER A400M

**M. le président.** La parole est à M. Bertrand Auban, auteur de la question n° 520, adressée à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.

**M. Bertrand Auban.** Par ma question, qui s'adresse à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, je veux attirer l'attention du Gouvernement sur la situation d'Airbus, qui est non seulement le moteur de l'industrie et de l'emploi dans la Haute-Garonne, mais surtout une entreprise primordiale pour l'économie nationale et l'économie européenne.

Je suis inquiet des évolutions en cours depuis l'adoption du plan *Power 8* en 2007, qui avait prévu de supprimer 10 000 emplois, de réduire de 3 000 à 500 le nombre de fournisseurs de niveau 1 et d'installer la production en zone dollar ou dans des pays à bas coût. Pourtant, la situation financière et industrielle de l'entreprise n'est pas si sombre. Depuis 2007, Airbus a de bons carnets de commandes. Ainsi, en 2009, les commandes devraient se situer entre 300 et 400 appareils. En outre, le bénéfice de 2008 avant impôt est de 1,79 milliard d'euros, soit 63% du bénéfice d'EADS.

C'est pourquoi nous sommes nombreux, élus nationaux et collectivités territoriales, à demander que le plan *Power 8* fasse l'objet d'un moratoire, surtout au moment où notre économie souffre de l'apparition de dizaines de milliers de chômeurs supplémentaires chaque mois.

L'échec de la vente des sites de Méaulte et de Saint-Nazaire-Ville a conduit Airbus à créer une filiale, Aerolia, qui s'implante en Tunisie avec 750 embauches, plus 750 emplois chez des sous-traitants locaux, ce qui n'est certainement pas une bonne mesure pour l'économie nationale et l'économie européenne.

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

Enfin, j'aimerais faire part de ma grande inquiétude au sujet de l'avion de transport militaire A400M, pour lequel les États commanditaires envisagent d'appliquer de très importantes pénalités de retard, voire d'annuler leurs commandes, au point que le P-DG d'Airbus n'exclut plus un arrêt pur et simple du programme. Si les États peuvent faire valoir le non-respect des dates, ils ne peuvent pas pour autant s'exonérer de leurs propres responsabilités sur le retard pris à définir le programme, puis sur les modifications exigées par eux.

C'est pourquoi je souhaiterais connaître l'appréciation du Gouvernement sur la situation globale d'Airbus. Compte-t-il peser sur l'entreprise afin qu'elle mette fin aux suppressions d'emplois et aux délocalisations ? Comment le gouvernement français entend-il soutenir Airbus dans le dossier de l'A400M vis-à-vis des éventuelles pénalités et des commandes de l'État français pour cet avion ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé et des sports*. Monsieur le sénateur, je veux vous présenter les excuses de Christine Lagarde, qui, vous le savez, accompagne le Président de la République dans un très important déplacement aux Émirats arabes unis. Elle m'a donc demandé de vous faire connaître sa réponse.

Le programme *Power 8*, lancé en 2007 par EADS, prévoyait une économie de 2,1 milliards d'euros d'ici à 2010, la suppression de 5 000 postes dans le périmètre Airbus et l'hypothèse d'une perte d'emploi de même niveau dans la sous-traitance. Ce plan a été complété en septembre dernier par un second volet prévoyant une économie supplémentaire de 650 millions d'euros d'ici à 2012, notamment par une internationalisation plus importante des activités d'ingénierie et de fabrication.

Ce programme demande des sacrifices importants à l'entreprise, aux salariés et aux partenaires industriels. Néanmoins, l'enjeu international est majeur et, selon l'analyse du Gouvernement, c'est grâce à des gains de parts de marché que le

groupe sera en mesure de pérenniser des emplois à haute valeur ajoutée en France, non seulement dans son périmètre propre, mais aussi chez ses sous-traitants.

Pour faire face à la concurrence très dure de Boeing, il faut gagner en compétitivité, optimiser les coûts et donc arbitrer la localisation des activités en fonction de leur niveau technologique et des spécificités des ressources locales. La création de la filiale tunisienne d'Aerolia entre dans cette démarche.

L'effort demandé à la filière est important. À la fin de 2008, Airbus chiffre à 5 000 le nombre de suppressions de postes en interne dans le cadre de *Power 8* – sans licenciement –, ce qui correspond à l'objectif que s'était donné le constructeur sur le fondement d'une situation économique qui était alors sensiblement plus favorable que celle d'aujourd'hui.

Simultanément, dans le contexte des augmentations de cadences de production des années 2007 et 2008, il n'a pas été constaté de destructions d'emplois significatives dans la sous-traitance aéronautique, bien au contraire. Des projets créateurs d'emplois à moyen terme ont été engagés, notamment pour soutenir la production du futur A350 sur les bassins de Nantes-Saint-Nazaire – bassin qui m'est particulièrement cher, vous le savez –, Méaulte et Toulouse.

Ces projets ne sont pas remis en cause, même si la situation actuelle en ralentit les effets. La chute du trafic aérien entraîne une baisse brutale des commandes d'avions et un ralentissement de l'activité de production.

Les mutations engagées dans le cadre de *Power 8* permettent assurément à Airbus et à l'ensemble de la filière de mieux résister à cette situation.

De même, les mesures du plan pour la filière aéronautique annoncées dès 2007 par le Premier ministre à Marignane ont permis d'accélérer la mutation de la filière, notamment des PME, particulièrement sensibles aux évolutions en cours. L'action du Gouvernement a ainsi permis à l'ensemble des sous-traitants d'être plus robustes pour affronter la situation.

La France est très attachée au programme A400M et souhaite qu'il puisse aboutir, car c'est à la fois une réponse adaptée au besoin opérationnel des forces armées, un projet structurant pour l'Europe de la défense et un programme important sur le plan technologique et en termes d'emplois.

Le ministre de la défense, qui négocie ce dossier au nom du Gouvernement avec ses homologues des autres pays clients et l'OCCAR, l'Organisation conjointe de coopération en matière d'armement, répondra à une question sur ce sujet spécifique au Sénat. Vous aurez ainsi un complément d'information bienvenu par rapport à la réponse que je viens de vous faire au nom de Mme Christine Lagarde.

**M. le président.** La parole est à M. Bertrand Auban.

**M. Bertrand Auban.** Je prends acte de l'absence de Mme Lagarde, qui effectue un déplacement de la plus haute importance. Envoyer la ministre de la santé au chevet de cette entreprise qui connaît quelques difficultés n'est peut-être pas la solution la plus appropriée. (*Sourires.*)

Vous m'indiquez que M. Morin nous apportera des précisions, probablement jeudi prochain, au sujet de l'A400M. J'en prends note. Si j'interpelle le Gouvernement à ce sujet, c'est parce que nous sommes inquiets. Le désengagement de certains pays, je pense notamment à la Grande-Bretagne, pourrait remettre en cause le projet et avoir un effet négatif sur Airbus.

En ce qui concerne les délocalisations, notamment Aerolia, je rappelle qu'Airbus est l'une des rares entreprises à être protégée par rapport à la parité euro-dollar grâce à la couverture du risque de change jusqu'en 2010. Elle n'a donc pas à pâtir des variations de taux entre l'euro et le dollar. De plus, contrairement à ce qu'on dit, les finances sont plutôt saines.

Toujours est-il que 10 000 emplois sont en passe d'être supprimés, ce qui n'est pas rien ! Ajoutons qu'il s'agit d'emplois qualifiés. Or, en cas d'embellie, l'entreprise sera bien obligée de réembaucher, mais rien ne lui garantit qu'elle retrouvera à ce moment-là du personnel aussi qualifié.

Cette entreprise – on peut aussi penser à celles qui touchent au domaine spatial – est incontestablement l'un des fleurons de la coopération européenne. L'aéronautique est donc un secteur sur lequel il faut veiller avec beaucoup d'attention.

SITUATION DES CONTRÔLEURS DES  
IMPÔTS PROMUS INSPECTEURS DES  
IMPÔTS AVANT LE 1<sup>er</sup> JANVIER 2007

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Alquier, auteur de la question n° 523, adressée à M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

**Mme Jacqueline Alquier.** Monsieur le ministre, près de soixante questions écrites ou orales vous ont été adressées au sujet de la situation des contrôleurs des impôts promus inspecteurs des impôts avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Si je repose la question aujourd'hui, c'est que vos réponses laissent persister le désarroi et le sentiment d'injustice de ces fonctionnaires.

Je rappellerai brièvement la situation. Il s'agit du déroulement de carrière des contrôleurs des impôts promus inspecteurs à la suite d'une promotion interne avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007. En effet, à cette date est entré en vigueur le décret n° 2006-1827 du 23 décembre 2006 qui a instauré de nouvelles règles de reclassement dans le grade d'inspecteur des impôts pour les nouveaux contrôleurs principaux des impôts promus. Les régimes de rémunération, de mutation et de promotion future y sont nettement plus favorables que dans le cadre du décret précédent.

Ce qui pose problème dans ce changement de régime, c'est non pas l'amélioration de la situation des nouveaux promus, mais l'absence de mesures transitoires dans le décret de 2006 entre l'ancien et le nouveau dispositif de reclassement. Il entraîne des franchissements d'échelons préjudiciables aux agents promus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007, en matière non seulement de rémunération, mais aussi d'avancement, de mutation, voire de retraite.

Au bout du compte, les différences sont importantes puisque, après dix ans de carrière en catégorie A, la seule perte salariale se chiffrerait à 40 000 euros. Cette discrimination porte atteinte au principe d'égalité de traitement des fonctionnaires recrutés dans un même corps.

Vous invoquez le fait qu'un décret ne peut disposer que pour l'avenir. Certes, mais rien n'empêche de prendre des mesures transitoires. Le décret précédent avait prévu de telles mesures pour tenir compte des différences avec le régime qui lui était immédiatement antérieur.

Il serait impossible de prendre des dispositions maintenant, car on ne peut édicter des mesures rétroactives. Mais il s'agit uniquement de corriger les effets d'une situation. Cela a déjà été fait : en 1997, un décret et des décisions ministérielles sont venus reconstituer la carrière fictive des contrôleurs divisionnaires auxquels l'application d'un décret de 1995 avait porté

atteinte. Mais, en 1997, ce n'était pas le même gouvernement... Celui qui était aux commandes avait peut-être un meilleur sens de l'équité.

Vous invoquez également la jurisprudence du Conseil d'État pour dire que vous avez respecté le droit. Je n'entrerai pas dans un débat juridique sur cette question ; je souhaite simplement, comme ces inspecteurs, qu'un souci de justice et d'équité puisse guider votre action.

C'est bien parce que droit et justice ne coïncident pas toujours que l'on a institué un Médiateur de la République ! Celui-ci, saisi, notamment par mon intermédiaire, s'est inquiété de cette inégalité de traitement et a suggéré que des mesures transitoires soient introduites dans le décret pour résoudre la situation des quelques centaines de fonctionnaires concernés.

Les réponses que vous avez prônées sont le plus souvent individuelles, chaque délégation étant libre de tenir compte de l'ancienneté réelle dans chaque cas particulier, et partielles. Elles ne répondent pas au problème de fond. Seule une réponse globale serait respectueuse de ces agents et de leur parcours professionnel ; ils sont aussi méritants, me semble-t-il, que ceux qui ont été promus après le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Monsieur le ministre, un oubli, voire une erreur, a été commis. Vous n'en êtes pas responsable, mais en ne le réparant pas vous le devenez. N'y a-t-il pas moyen de sortir de cette impasse ? N'est-il pas possible de recevoir le collectif qui défend les agents concernés et de négocier avec lui des modalités de résolution globale de cette question ?

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

**M. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique.** Madame Alquier, je voudrais tout d'abord vous prier d'excuser M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, qui ne pouvait être présent ce matin.

Le décret du 23 décembre 2006 que vous évoquez a mis en place un dispositif plus favorable pour les agents promus sur liste d'aptitudes au grade d'inspecteur, avec un gain indiciaire d'une cinquantaine de points en moyenne, contre environ vingt-cinq points majorés avec le précédent système. J'assume cette volonté réelle de valoriser les agents les plus méritants.

En ce qui concerne une prétendue rupture d'égalité, je vous rappelle que le Conseil d'État, dans une décision du 10 décembre 2004, a déjà jugé que le fait de ne prévoir l'application d'une mesure qu'aux agents recrutés à compter de son entrée en vigueur ne constituait pas une discrimination contraire au principe d'égalité des fonctionnaires d'un même corps.

Vous prétendez par ailleurs que les agents promus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007 seraient désavantagés.

En ce qui concerne les mutations, l'administration des impôts a mis en œuvre, en concertation avec les représentants du personnel, des dispositifs aménageant les effets novateurs du décret, à la faveur des fonctionnaires promus dont le classement était intervenu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Concrètement, un suivi a été mis en place pour s'assurer qu'un agent issu d'une promotion antérieure ne serait pas devancé par un agent promu après le 1<sup>er</sup> janvier 2007. En 2008, quatre agents ont pu bénéficier de ce dispositif.

S'agissant de l'avancement, le statut prévoit un nombre d'années de services effectifs en catégorie A pour accéder au grade supérieur, ce qui neutralise les effets du décret en termes de reprise d'ancienneté. Un autre aménagement a été réalisé pour permettre à des agents issus de listes d'aptitudes, d'examens professionnels ou de concours internes antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2007 de se porter candidat, même s'ils n'ont pas atteint l'échelon requis. En 2008, cinquante-quatre agents ont bénéficié de cet aménagement.

Ainsi, madame le sénateur, permettez-moi de ne pas partager votre avis lorsque vous parlez d'inégalité de traitement entre les fonctionnaires des impôts. Dans le cas présent, non seulement il y a valorisation des mérites individuels, mais de plus nous traitons en équité les agents promus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacqueline Alquier.

**Mme Jacqueline Alquier.** Je ne vois encore que des traitements parcellaires de cette question. Vous demandez toujours à ces agents des efforts, la réussite de concours, alors qu'une normalisation aurait dû intervenir.

Vous invoquez également l'élaboration d'un statut commun des personnels de catégorie A et renvoyez cette réforme aux calendes grecques. Cela ne peut satisfaire ces agents.

#### DIFFICULTÉS DE FINANCEMENT DES PME

**M. le président.** La parole est à M. Claude Biwer, auteur de la question n° 444, adressée à M. le secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services.

**M. Claude Biwer.** Les PME ont toujours éprouvé plus de difficultés à se financer que les grandes entreprises dans la mesure où elles ne bénéficient pas des mêmes sources de financement, mais cette situation s'est très largement détériorée du fait de la crise financière.

Certes, le Gouvernement a pris un certain nombre de mesures, enjoignant notamment les banques bénéficiant des lignes de crédits publics d'en consacrer une partie au financement des entreprises, mais aussi nommant un « médiateur du crédit » visant à faciliter les relations entre les banques et les entreprises.

Tout cela ne semble pas suffire, car, structurellement, la France peine à faire croître ses PME du fait de la traditionnelle réticence des banques à les financer par la dette et de la difficulté pour ces entreprises de mobiliser des fonds propres.

Ce constat a été rappelé par le Conseil d'analyse économique, le CAE, dans un rapport publié voilà quelques semaines. Ce dernier a formulé un certain nombre de propositions en ce qui concerne le financement par la dette : d'abord, adapter la réglementation afin d'éviter le rationnement du crédit aux PME en mettant en place des prêts garantis plutôt que des prêts bonifiés ou des prêts fléchés ; ensuite, faire émerger une forme de marché obligataire à disposition des PME ; enfin, soustraire à l'impôt sur les sociétés une partie des frais d'affacturage, qui sont d'ailleurs des prestations financières externes aux PME.

La baisse de l'impôt de solidarité sur la fortune, l'ISF, dans certains cas, ne peut apporter les bonnes réponses aux PME.

Le financement des PME en fonds propres est essentiel dans un contexte de recul des crédits bancaires qui leur sont accordés.

Dans cet esprit, le CAE, dans son rapport, formule là encore quelques propositions : créer, au niveau européen, des marchés financiers pour les PME, notamment un marché de valeurs de croissance à réglementation allégée commun à la zone euro ; évaluer l'efficacité de la dépense publique en recherche et développement et la réorienter en direction des entreprises de taille moyenne qui en bénéficient peu ; enfin, orienter l'épargne vers les PME. À cet égard, les professionnels de l'assurance vie pourraient, par exemple, s'engager à investir une fraction de leurs actifs dans des PME.

Cette dernière suggestion a été reprise dans une proposition de loi déposée par notre collègue députée Chantal Brunel, tendant à favoriser l'accès au crédit des petites et moyennes entreprises, qui viendra très prochainement en discussion au Sénat.

Par ailleurs, la proposition de loi visant à renforcer l'efficacité de la réduction d'impôt de solidarité sur la fortune au profit de la consolidation du capital des petites et moyennes entreprises, déposée sur le bureau du Sénat par notre collègue Jean Arthuis, me paraît tout à fait opportune en ce qu'elle prévoit, notamment, de réduire de trente à six mois le délai pour réinvestir les fonds collectés auprès des contribuables.

Le financement des PME constitue l'une des clés essentielles de la croissance : n'oublions pas que celles-ci représentent 66 % de l'emploi marchand et 56 % de la valeur ajoutée marchande de l'économie française.

Je souhaite, monsieur le secrétaire d'État, que les propositions que j'ai détaillées précédemment ne demeurent pas lettre morte. Elles doivent faire l'objet d'une évaluation et, très rapidement, de décisions concrètes : le financement, donc l'avenir de nos petites et moyennes entreprises, est conditionné aux mesures que nous serons peut-être amenés à prendre.

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

**M. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique.** Monsieur Biwer, je voudrais tout d'abord vous prier d'excuser Hervé Novelli, secrétaire d'État chargé du commerce, de l'artisanat, des petites et moyennes entreprises, du tourisme et des services, qui ne pouvait être présent ce matin.

Le rapport du Conseil d'analyse économique que vous mentionnez, monsieur le sénateur, a été remis à Hervé Novelli, ainsi qu'à Éric Besson, le 3 novembre dernier. Il a inspiré largement les mesures discutées et adoptées depuis pour enrayer la crise, au départ financière et qui a désormais des implications réelles et sociales directes. Il est indispensable d'apporter un soutien résolu et durable aux PME, de les protéger dans la crise et de tout faire pour que les conditions dans lesquelles elles aborderont la sortie de crise soient les plus favorables possible.

Face à l'ampleur de la crise mondiale qui touche notre économie, il a fallu adopter ces derniers mois des mesures conjoncturelles et temporaires pour juguler les difficultés rencontrées par les entreprises. Nous avons mobilisé 26 milliards d'euros en leur faveur, que ce soit au travers de la déconcentration des excédents d'épargne réglementée ou par l'intervention d'OSEO.

Plus précisément, et comme le préconise le rapport, la garantie OSEO a été étendue puisque, désormais, elle s'applique à des lignes de crédit à court terme, elle peut

couvrir jusqu'à 90 % du prêt accordé par la banque et elle est aussi ouverte aux entreprises de taille intermédiaire, c'est-à-dire à celles qui emploient moins de 5 000 personnes.

La commission des finances du Sénat examinera le 3 juin prochain la proposition de loi tendant à favoriser l'accès au crédit des petites et moyennes entreprises déposée par Mme le député Chantal Brunel. Afin de donner plus de transparence au financement par la dette des PME, cette proposition de loi introduit une publication régulière des encours de crédits bancaires consentis aux PME.

Vous soulignez aussi, monsieur le sénateur, les problèmes de fonds propres des entreprises. La proposition de loi de Chantal Brunel prévoit, en outre, une publication régulière des investissements réalisés dans les PME par les investisseurs institutionnels que sont les assurances.

Mais à l'aune des difficultés rencontrées par les PME, la transparence ne suffit pas : il nous faut accélérer les investissements. C'est dans ce but que, le 6 avril dernier, Christine Lagarde et Hervé Novelli ont mobilisé toute la communauté des investisseurs français, publics et privés, autour de René Ricol, le médiateur du crédit. À l'heure où la crise aiguise les besoins des entreprises, ceux-ci se sont contractuellement engagés à accélérer leurs investissements.

Je crois, monsieur le sénateur, qu'avant même l'explosion de la crise nous nous étions donnés les moyens de répondre à ces difficultés avec le dispositif ISF-PME. Soyons conscients que les fonds dits « ISF-PME » seront salutaires pour nombre d'entreprises.

Comme vous le savez, le dispositif inscrit dans la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat a rencontré pour sa première année d'exécution un succès que nous n'avions pas envisagé. Près d'un milliard d'euros de fonds propres a été levé pour les PME au titre de la campagne 2008. Au regard des besoins accrus des entreprises, nous pouvons étudier l'opportunité de relever le plafond de cette mesure.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Biwer.

**M. Claude Biwer.** Monsieur le secrétaire d'État, vous avez brossé un panorama complet de l'avant-crise et de l'après-crise. Mais les mesures prévues doivent être mises en application dès maintenant. En effet, les démarches que les plus petites entreprises sont obligées d'entreprendre, notamment en milieu rural, pour amorcer la reprise ou même pour s'adapter à une situation donnée relèvent parfois quasiment de la mendicité !

Je souhaite que les dispositions annoncées portent véritablement leurs fruits et permettent aux entreprises de faire face à leurs difficultés lorsqu'il s'agit de trouver des fonds propres. D'ailleurs, c'est sur ce critère, l'existence de fonds propres, que les banquiers se déterminent pour accorder ou non des crédits aux entreprises.

Quoi qu'il en soit, monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie des mesures que vous avez annoncées et des actions que nous pourrions, j'en suis certain, mener ensemble.

#### CALCUL DE LA POPULATION LÉGALE DES PETITES COMMUNES

**M. le président.** La parole est à M. Martial Bourquin, auteur de la question n° 526, adressée à Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales.

**M. Martial Bourquin.** Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le calcul des dotations d'État prend en compte un nouveau mode de recensement de la population, dont les chiffres sont désormais actualisés chaque année.

C'est sur cette actualisation annuelle de la population légale que se fonde non seulement le calcul de la dotation globale de fonctionnement, la DGF, mais également l'attribution de dotations complémentaires, comme la dotation de solidarité urbaine, la DSU, ou la dotation de développement urbain, la DDU.

Or des différences apparaissent parfois entre la population légale et la population réelle, ce qui pénalise aujourd'hui fortement les communes concernées.

Selon un décret du 30 décembre 2008, la population légale prise en compte pour l'année 2009 est la population recensée au 1<sup>er</sup> janvier 2006, soit un écart de trois ans. À l'échelle de la vie d'une commune, c'est surréaliste. Imaginez tout ce qui peut se produire en trois ans !

Permettez-moi de prendre l'exemple de Grand-Charmont : cette ville du Doubs, qui se classe parmi les 100 communes de plus de 5 000 habitants les plus pauvres de notre pays, est éligible à la DSU et à la DDU.

La population légale de Grand-Charmont a légèrement diminué en 2006 et en 2007, et la ville est passée sous le seuil de 5 000 habitants. La raison en est simple : la commune s'est engagée avec l'Agence nationale pour la rénovation urbaine, l'ANRU, dans un important programme de démolition-construction de 161 logements. Il serait tout de même incompréhensible que le prix d'une telle initiative soit la baisse des dotations perçues.

Parallèlement, la ville de Grand-Charmont bénéficie d'un potentiel de 516 habitants supplémentaires depuis 2007 et 287 permis de construire sont en cours d'instruction. Ces faits sont attestés par un recensement complémentaire et corroborés par l'administration fiscale. Mais ils ne sont pas pris en compte.

En 2009, la ville subit une baisse de 391 856 euros sur un budget de fonctionnement de 4,7 millions d'euros. Or c'est bien maintenant – et non pas dans trois ans, quand le dynamisme de la commune sera enfin pris en compte – que Grand-Charmont a besoin d'investir pour assurer des services aux nouvelles populations qu'elle accueille. C'est maintenant qu'elle se retrouve pieds et poings liés et subit une chute brutale de ses recettes !

Ne nous y trompons pas, ce sont les petites communes et les villes les plus pauvres qui souffrent d'une application tatillonne du nouveau mode de calcul.

Les collectivités locales ont besoin de stabilité pour mener à bien leurs missions dans une certaine cohérence et continuité.

Par conséquent, je souhaite que le Gouvernement m'indique comment les écarts entre population légale et population réelle seront pris en compte en amont. À l'évidence, les dispositifs de lissage prévus par la législation actuelle ne sont pas suffisants.

Je voudrais également savoir comment le cas de Grand-Charmont sera réglé. Il s'agit non pas de faire l'aumône, mais simplement de permettre à une commune très active sur le front de l'emploi et de l'insertion sociale, et ce malgré un potentiel fiscal bas, de continuer à investir pour ses habitants.

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

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** Monsieur le sénateur, le dispositif de recensement rénové de la population a été instauré par la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité. Ce mode de recensement repose sur un cycle pluriannuel d'enquêtes permettant d'actualiser chaque année la population à prendre en compte dans le calcul des dotations de l'État et de mettre fin à la situation antérieure, qui, vous en conviendrez, n'était pas satisfaisante.

Pour garantir l'égalité de traitement entre les communes, la population légale, qu'elle soit recensée au début ou à la fin de la période de recensement, est calculée par référence à l'année du milieu du cycle. Ainsi, pour l'année 2009, à l'issue d'un cycle d'enquêtes réalisées de 2004 à 2008, c'est la date de 2006 qui a été retenue, et ce uniquement pour des raisons de justice.

Le Gouvernement est évidemment attentif à la situation des communes qui, pour tel ou tel motif, subissent d'importants mouvements, en particulier des pertes de population.

Monsieur le sénateur, vous avez évoqué le cas de Grand-Charmont. Comme vous le savez, des mécanismes correctifs ont été mis en place pour le calcul des dotations de telles communes. Ainsi, pour les villes ayant perdu plus de 10 % de leur population entre 2008 et 2009, l'article 167 de la loi de finances pour 2009 prévoit que la dotation de base des communes est augmentée de 50 % de la différence entre le montant de dotation perçu en 2008 et le montant calculé sur la base des nouveaux chiffres pour 2009.

Il faut le préciser, les communes qui subissent une perte de population pour l'exercice 2009, mais dont le dynamisme démographique sur les dernières années est réel – j'ai cru comprendre que c'était le cas de Grand-Charmont – connaîtront une augmentation de la dotation pour l'exercice suivant.

Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2010, c'est-à-dire d'ici à quelques mois, les chiffres qui seront pris en compte seront ceux de la population légale estimée au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Cela devrait permettre à votre commune, du moins je l'espère, d'obtenir les éléments nécessaires pour faire face aux aléas de population dus aux programmes de restructuration urbaine.

Au demeurant, étant moi-même maire d'une commune connaissant des difficultés comparables, je pense qu'une prise de contact – j'imagine que vous avez dû le faire – avec les services de l'État, en l'occurrence les préfetures, devrait vous permettre de plaider en faveur d'un lissage des moyens accordés à votre commune.

**M. le président.** La parole est à M. Martial Bourquin.

**M. Martial Bourquin.** Monsieur le secrétaire d'État, j'ai bien entendu votre réponse, qui est contenue dans la loi.

Pour ma part, je demande la mise en place d'un dispositif particulier pour les communes ayant enregistré une baisse de population voilà trois ans, mais ayant gagné 500 habitants depuis. En accord avec la préfecture de région, nous pourrions geler le nouveau mode de calcul, afin de prendre en compte la situation.

Pour une commune ayant un budget de fonctionnement d'un peu plus de 4 millions d'euros, il n'est pas tenable de perdre près de 400 000 euros ! Cela représente la suppression de services entiers à la population, alors que de nouveaux habitants s'installent, que des enfants arrivent dans les écoles.

Par conséquent, monsieur le secrétaire d'État, je souhaite qu'une réflexion soit menée avec le préfet de région afin d'essayer de geler cette nouvelle disposition pour Grand-Charmont et les communes comparables confrontées aux mêmes difficultés. Ces villes doivent pouvoir investir pour les nouvelles populations qu'elles sont en train d'accueillir.

#### SITUATION DES SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES

**M. le président.** La parole est à Mme Esther Sittler, auteur de la question n° 525, adressée à Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales.

**Mme Esther Sittler.** Les sapeurs-pompiers volontaires, ou SPV, constituent le cœur de notre système de sécurité civile. Or il apparaît que leur nombre est en constante baisse depuis une dizaine d'années. Ainsi, dans le Bas-Rhin, l'effectif s'élevait à 11 000 SPV voilà dix ans, contre 5 922 aujourd'hui.

En outre, cette crise de l'engagement se manifeste dans le vieillissement des volontaires et dans la très forte baisse du nombre de jeunes sapeurs-pompiers. Ainsi, dans mon département, la moyenne d'âge des pompiers exerçant dans les centres de première intervention est de trente-neuf ans, et même de quarante-cinq ans pour l'encadrement.

En ce qui concerne les jeunes, outre le fait que deux sur trois ne deviennent pas pompiers, leur nombre est passé de 1 200 il y a cinq ans à 710 aujourd'hui.

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

Par conséquent, je souhaite savoir si cette commission a rendu ses conclusions et connaître les mesures que le Gouvernement entend prendre pour régler ce grave problème à très court terme, notamment en matière de formation.

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

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** Comme vous le soulignez, madame le sénateur, les sapeurs-pompiers volontaires jouent un rôle essentiel dans notre dispositif de sécurité civile. Il est évidemment nécessaire de maintenir dans nos territoires un engagement civique capable de couvrir les risques courants et exceptionnels auxquels nos concitoyens peuvent être exposés.

Les collectivités locales et l'État, notamment au travers de la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile et du plan d'action signé avec les employeurs des sapeurs-pompiers volontaires en 2006, ont déjà apporté des réponses. Toutefois, il est impératif d'asseoir la notion de volontariat dans la durée.

L'objet de la commission annoncée par Mme la ministre de l'intérieur est précisément d'apporter cette vision prospective. La commission se réunit depuis le 2 avril et rassemble des parlementaires, des élus locaux, des sapeurs-pompiers volontaires, des employeurs et des universitaires. La présidence en a été confiée à Luc Ferry, ancien ministre et président délégué du Conseil d'analyse de la société.

Cette commission appuie notamment ses travaux sur une étude sociologique qui est actuellement menée dans huit départements de notre pays. Cela permettra de donner la parole à plusieurs centaines de sapeurs-pompiers volontaires,

d'élus locaux ou d'employeurs et d'analyser en profondeur les motivations du volontariat, ses forces, mais également ses faiblesses, contre lesquelles il conviendra de lutter dans les années à venir.

La commission rendra son rapport au mois de septembre 2009. Le Gouvernement attend de ce rapport que soient proposées les bases d'une charte du volontariat qui constituerait, jusqu'à l'horizon 2020, un guide pour les politiques publiques conduites par l'État et les collectivités locales.

**M. le président.** La parole est à Mme Esther Sittler.

**Mme Esther Sittler.** Je remercie M. le secrétaire d'État de cette réponse. Je patienterai donc jusqu'au mois de septembre pour prendre connaissance des conclusions de la commission.

J'espère simplement que la commission se souviendra des phénomènes climatiques ayant touché notre pays en 1999 ou même plus récemment.

Pour ma part, en tant que maire d'une commune rurale ayant un centre de première intervention, je me suis rendu compte du travail de déblayement effectué par les sapeurs-pompier. À l'époque, ces derniers n'avaient pas suivi la formation poussée à laquelle ils sont aujourd'hui incités. Ce travail a été très important et la population en a été reconnaissante. Par conséquent, je pense qu'il faudrait réfléchir à un assouplissement de cette formation. J'espère que la commission en tiendra compte.

CRISE DANS LES SECTEURS DU BOIS, DE  
L'OR, DE LA PÊCHE ET DU RIZ EN GUYANE

**M. le président.** La parole est à M. Georges Patient, auteur de la question n° 515, transmise à M. le secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.

**M. Georges Patient.** Je souhaite attirer une fois de plus l'attention du Gouvernement sur l'exigence de développement de la Guyane.

En raison de la faiblesse de l'activité économique, le taux de chômage y est déjà très élevé. Mais on constate qu'il s'amplifie depuis quelque temps. Cela tient, d'une part, à la croissance démographique exceptionnelle de la Guyane – son taux d'accroissement démographique, 3,9 % par an, est le plus élevé de France et parmi les plus importants de la planète – et, d'autre part, à la chute vertigineuse des secteurs productifs de la Guyane.

Le constat actuel est éloquent. Pour que l'offre globale et la demande d'emploi évoluent de manière raisonnablement parallèle sur les vingt prochaines années, il faudrait créer plusieurs milliers d'emploi en Guyane, dont entre 1 500 et 2 000 dans les activités productives, qui sont le véritable moteur de l'économie.

Nous sommes très loin de ces chiffres ! En effet, la filière rizicole, qui constituait l'un des fers de lance de l'économie guyanaise, connaît depuis plusieurs années une chute vertigineuse de sa production. Cette dernière est passée, en l'espace de quatre ou cinq ans, de 30 000 tonnes à moins de 8 000 tonnes en 2007. Le phénomène est d'autant plus inquiétant que cette diminution de l'activité va à rebours de la demande mondiale, en forte hausse.

Autre signe inquiétant, la pêche, qui constitue l'un des principaux pôles de production en Guyane, avec près du tiers des recettes totales d'exportation, hors activités spatiales, est également en crise.

Depuis plusieurs années, l'activité se dégrade et le secteur doit faire face à des obstacles d'ordre financier. Je pense, en particulier, aux outils OSEO, aux prêts de la Banque européenne d'investissement aux PME, qui ne sont pas proposés en Guyane. D'ailleurs, ces dispositifs ne sont pas non plus appliqués dans les autres départements d'outre-mer, comme j'ai pu le constater lors de la récente mission d'information commune.

S'agissant de la filière bois, malgré un fort potentiel – je rappelle que la forêt couvre actuellement 96 % de la Guyane –, la balance commerciale est déséquilibrée.

Les exportations s'établissent en moyenne à 2,6 millions d'euros par an, contre 10 millions d'euros pour les importations. La concurrence des produits en provenance du Brésil et même de la France métropolitaine est de plus en plus forte : nous exportons du bois de la France métropolitaine alors que plus de 90 % de notre territoire est couvert de forêt.

Enfin, à l'instar des secteurs précités, la filière aurifère est aussi en grande difficulté.

Affaiblie par le développement de l'orpaillage clandestin, dont la production avoisinerait 10 tonnes d'or par an, par les contraintes liées aux nécessités environnementales et aux exigences mal comprises de la Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement, la DRIRE, cette filière a vu sa production s'effriter en quelques années. Au 31 décembre 2006, la production déclarée atteignait à peine une tonne, alors qu'elle s'élevait officiellement à 4 tonnes au début de la décennie.

Ces secteurs productifs constituent pourtant de réels atouts et peuvent favoriser le développement endogène, clé de voûte de votre politique ultramarine, monsieur le secrétaire d'État.

Que compte faire l'État pour accompagner la croissance de ces filières susceptibles de jouer un rôle essentiel en termes d'autonomie économique de la Guyane ?

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

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** Monsieur le sénateur, vous le savez, le Gouvernement est soucieux d'apporter au département de la Guyane des réponses concrètes sur les sujets que vous évoquez.

Dans le cadre de la mission que lui a confiée le Président de la République, Jean-François Dehecq a remis au Gouvernement, voilà quelques semaines, un rapport fixant les pistes stratégiques selon lesquelles nous pouvons envisager de développer des activités génératrices d'emploi en Guyane.

L'exploitation des ressources halieutiques, la filière bois, l'activité aurifère et, sur un plan plus large, la recherche peuvent effectivement permettre, en étant associées à la production locale, en particulier à la riziculture, d'apporter des réponses tout à fait significatives.

Le Gouvernement souhaite donc s'engager dans une démarche de soutien à ces différents secteurs.

Je me suis rendu le 4 avril dernier dans votre commune, monsieur le sénateur, et je vous remercie d'avoir accepté une mission de bons offices pour le secteur rizicole, afin que les différents acteurs puissent trouver les moyens de redémarrer l'exploitation dans de bonnes conditions. Étant entendu que, bien souvent, la panne économique que vous évoquez est due au manque de structuration des filières et à l'existence de nombreux blocages.

Pour soutenir cette volonté, qui me semble partagée, de redonner à la production locale toute sa dimension, le Gouvernement envisage la désignation d'un commissaire au développement économique et à la production locale en Guyane.

Comparable aux commissaires à l'industrialisation qui seront mis en place par la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale, la DATAR, dans les secteurs en grande difficulté de notre pays, ce commissaire aura justement pour mission de soutenir les stratégies des filières que vous avez citées, monsieur le sénateur, d'accompagner leur professionnalisation, de rechercher éventuellement des investisseurs et d'atteindre les nouveaux objectifs fixés, afin d'apporter les réponses économiques attendues en Guyane en matière tant de recettes que d'emploi.

Ce défi est au cœur des états généraux de l'outre-mer et des problématiques actuellement évoquées. Le Gouvernement prendra certainement des décisions en la matière dans le cadre du futur conseil interministériel de l'outre-mer, qui se tiendra, je vous le rappelle, dans le courant du mois d'octobre. Ces décisions contribueront certainement à la structuration des différents secteurs que vous avez mentionnés, monsieur le sénateur.

Cela étant, je peux vous garantir que, au-delà des discours et des rapports établis, le Gouvernement est attentif au passage à l'acte afin de créer une croissance locale, de l'activité économique et de l'emploi.

**M. le président.** La parole est à M. Georges Patient.

**M. Georges Patient.** Monsieur le secrétaire d'État, j'ai écouté attentivement votre réponse et votre proposition, même si elle ne constitue que la première étape de l'évolution que je souhaite pour la Guyane, me semble très positive. En effet, avec une volonté politique forte de l'État et certainement aussi des collectivités locales, quand elles sont associées aux démarches, il est possible de progresser en Guyane. Je voudrais citer, à ce titre, l'exemple de la base spatiale.

Très souvent, la Guyane a été assimilée à une terre d'échecs. Elle a effectivement connu de nombreuses tentatives qui ont avorté. Je n'évoquerai pas les handicaps qui expliquent ces échecs.

La base spatiale, qui peut être considérée comme l'un des fleurons de l'industrie française, se situe en Guyane en raison de l'atout important que constitue la position stratégique du département. Mais elle représente aussi une réussite locale. Le Centre national d'études spatiales, le CNES, et la base spatiale de Kourou vont actuellement de succès en succès, et la réussite de cette dernière est due à une volonté forte de l'État. C'est ce que nous souhaitons pour les secteurs que j'ai évoqués et qui, eux aussi, offrent des atouts très intéressants.

La Guyane produit de l'or, du bois et dispose de ressources halieutiques. La délégation du Sénat que j'ai récemment accompagnée dans sa visite du territoire a pu le constater et percevoir toute la réalité de ces atouts.

Ce qui a manqué jusqu'à aujourd'hui, c'est un engagement très fort de l'État, une réelle volonté politique de faire de ce département, doté d'atouts, une réussite économique et de ne pas le laisser dans l'attente ou dans la nécessité de demander l'aumône à l'État.

La mise en place d'un commissaire au développement économique et à la production locale est très positive, mais il faudrait que des moyens réels soient mis à la disposition de ce commissaire et que l'on parvienne au développement autonome que tous les Guyanais appellent de leurs vœux.

#### DÉLOCALISATION DE LA DIRECTION INTERRÉGIONALE DES SERVICES PÉNITENTIAIRES EST

**M. le président.** La parole est à M. Roland Ries, auteur de la question n° 514, adressée à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice.

**M. Roland Ries.** Je souhaite attirer une nouvelle fois l'attention sur la décision prise par le Gouvernement de délocaliser la Direction interrégionale des services pénitentiaires Est de Strasbourg à Nancy.

En vous interpellant aujourd'hui sur cette question importante pour la ville dont je suis le maire, mais aussi pour la communauté urbaine de Strasbourg, pour le département du Bas-Rhin et pour la région Alsace, je m'inscris dans la continuité des propos très critiques de la plupart des grands élus de notre territoire, toutes tendances politiques confondus.

Que ce soit notre collègue Fabienne Keller, l'ancienne maire de Strasbourg, que ce soit Adrien Zeller, président du conseil régional de l'Alsace, que ce soient les députés de Strasbourg, Armand Jung, Jean-Philippe Maurer et André Schneider, tous ont exprimé leur stupeur et leur indignation.

Cette décision est en effet surprenante. Elle n'a fait l'objet d'aucune concertation entre le ministère de la justice et les collectivités locales, notamment la ville de Strasbourg, ni même avec les personnels de la Direction interrégionale des services pénitentiaires.

De plus, elle est dispendieuse pour les finances publiques, à un moment où la crise devrait nous inciter aux économies. Plus de 11 millions d'euros seront mis à la charge du contribuable pour ce déménagement, alors même que les infrastructures du site de Strasbourg, qui emploie 145 personnes, ont été rénovées pour un montant de 3,6 millions d'euros.

Du reste, il n'est nul besoin de souligner combien cette décision est mal vécue tant par les personnels pénitentiaires concernés que par leur famille.

Enfin, outre le fait que les villes de taille comparable à Strasbourg n'ont visiblement pas été soumises aux mêmes exigences, la décision est d'autant plus inexplicable que Strasbourg, capitale européenne de la justice, abrite en son sein la Cour européenne des droits de l'homme et le Conseil de l'Europe, où sont élaborées les règles pénitentiaires européennes.

Par conséquent, eu égard aux arguments évoqués ici, je renouvelle notre demande au Gouvernement de revenir sur cette décision que nous considérons comme inacceptable.

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

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** Dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, la RGPP, le comité de modernisation des politiques publiques a décidé, en décembre 2007, que l'organisation territoriale des services déconcentrés du ministère de la justice serait revue en lien avec la carte administrative autour de neuf ensembles interrégionaux et que des plateformes mutualisées seraient mises en place pour améliorer l'efficacité de l'administration de la justice. Celles-ci ont vocation à accueillir des agents qui exercent leurs fonctions dans les directions interrégionales de

la direction de l'administration pénitentiaire et de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse, ainsi que les agents des services administratifs régionaux des cours d'appel.

Les sièges de neuf plateformes interrégionales de services ont été arrêtés en tenant compte des implantations des différents services de la justice : les villes de Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes et Toulouse ont été retenues.

Cette répartition a été décidée en mars 2008, lors de la première étape de la réforme administrative, avec la refonte de la carte de la protection judiciaire de la jeunesse et de celle de la direction de l'administration pénitentiaire. Elle vient d'être confirmée dans le cadre du comité de suivi de la révision générale des politiques publiques.

Plusieurs constats ont guidé le choix de Nancy.

Tout d'abord, cette ville est le siège d'une cour d'appel – 120 magistrats et fonctionnaires – et d'une direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse, alors que Strasbourg ne comprend qu'une direction interrégionale des services pénitentiaires. Par ailleurs, la localisation de Nancy est plus centrale que celle de Strasbourg au sein de l'interrégion Grand Est et le nombre d'agents assurant des fonctions administratives au sein du ministère de la justice est plus important à Nancy qu'à Strasbourg.

Mais si le siège de la direction interrégionale des services pénitentiaires sera situé à Nancy, il sera possible de laisser une antenne à Strasbourg pour les fonctions n'ayant pas vocation à être mutualisées, comme la gestion de la sécurité.

Les décisions qui sont prises vont donc dans le sens de la rationalisation et de la bonne administration de la justice. Elles permettront, je l'espère, à nos administrations et à ceux qui les animent dans cette région de l'est de la France d'assurer les meilleurs services possibles.

**M. le président.** La parole est à M. Roland Ries.

**M. Roland Ries.** Je remercie M. le secrétaire d'État de sa réponse, mais je tiens à lui dire mon insatisfaction : il s'en doute, je reste évidemment sur ma faim !

J'ai bien compris que cette décision était motivée par la révision générale des politiques publiques et par une volonté de rationalisation. Toutefois, dans l'immédiat, l'opération représente des coûts élevés et, par ailleurs, 145 personnes sont tenues de quitter Strasbourg sans avoir été consultées, ce qui pose problème.

J'aurais donc souhaité avoir des précisions quant aux raisons profondes de ce choix, le motif lié à la RGPP restant quelque peu général.

Je note la proposition de maintenir une antenne à Strasbourg. Le moment venu, je souhaiterais que soient précisés la nature de cette antenne et le nombre de fonctionnaires qui, dans ces conditions, resteraient à Strasbourg.

#### DÉFENSE DES IUT

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Madrelle, auteur de la question n° 517, adressée à Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

**M. Philippe Madrelle.** Depuis leur création, voilà quarante ans, les instituts universitaires de technologie représentent en France un exemple original et envié de l'université française, qui fonctionne bien. Mais il est fort à craindre de devoir aujourd'hui utiliser l'imparfait...

Devant l'inquiétude des enseignants, j'avais demandé, en décembre dernier, à Mme Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, que les IUT puissent continuer à être dotés de moyens respectant leur spécificité.

Dans sa réponse, le 20 janvier dernier, Mme la ministre rappelait que les IUT étaient « les piliers de notre système d'enseignement supérieur » et que la mise en service de la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, dit loi LRU, devait profiter aux IUT dont les budgets ne devaient pas baisser. Elle m'assurait alors que les moyens affectés aux IUT seraient consolidés.

Mais force est de constater que la réalité est tout autre ! À titre d'exemple, en application de la loi LRU et du nouveau système d'allocation des ressources aujourd'hui en vigueur, l'IUT de l'université de Bordeaux 3<sup>e</sup> trouverait amputé de près de 37 % de sa dotation budgétaire et d'un quart de ses emplois, ce qui représente une perte de 300 000 euros au titre de la dotation globale de fonctionnement, la DGF, sur un budget de 820 000 euros.

Les directeurs d'IUT dénoncent l'inadaptation de ce nouveau système d'allocation des ressources budgétaires pour les établissements publics, dit SYMPA – il ne l'est d'ailleurs pas tant que cela –, qui ne convient pas aux besoins de financement du service d'enseignement supérieur technologique et de recherche, en particulier aux IUT.

Le système d'allocation utilisé précédemment, le dispositif San Remo, était fondé sur les besoins déterminés à partir d'un programme pédagogique national. Ce système avait le mérite de préserver l'aspect national et la valeur du diplôme, quels que soient la région et l'IUT concernés.

Vous comprendrez l'inquiétude des professeurs, mais aussi celle des étudiants et de leurs familles, face à une telle situation de paupérisation. Privés de moyens et de budget, les IUT sont en péril.

À ce jour, malgré une série de dispositifs – la charte de bonne conduite régissant les relations entre les universités et les IUT, le contrat interne d'objectifs et de moyens à négocier en 2009 par chaque IUT avec son université, la création d'un comité de suivi quadripartite comprenant les présidents d'université et d'IUT, les directeurs d'IUT et la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle, la DGESIP, du ministère –, le système d'allocation budgétaire SYMPA conduirait à une baisse très importante – de 35 % en moyenne – de la dotation globale de fonctionnement et d'investissement et à la suppression de 15 % à 25 % de postes statutaires, suppression qui ne saurait être compensée par des contrats précaires. Tout cela ne peut que menacer la pérennité des IUT.

Faut-il le rappeler, les enquêtes nationales menées sur le devenir des diplômés des IUT montrent le parcours de réussite effectué par les étudiants titulaires du Diplôme universitaire de technologie, ou DUT. La cinquième enquête nationale fait état de nombreux exemples illustrant la nécessaire et efficace spécificité des IUT dans la sphère universitaire.

Il ne faut pas oublier que, depuis quarante ans, les IUT assurent une belle mission de formation de techniciens supérieurs et de cadres intermédiaires.

Cette filière universitaire et professionnelle est unanimement reconnue par le monde des entreprises. Les cent seize IUT de France ont constitué l'un des vecteurs essentiels de la démocratisation et de la professionnalisation de l'enseignement supérieur et de l'administration du territoire.

Les IUT accueillent plus de 140 000 étudiants, dont 36 % sont titulaires de bourses, avec un taux de réussite supérieur à 75 %.

Tenant une grande part de réussite dans ce partenariat entre l'université et les milieux professionnels les plus variés, les IUT représentent en France un exemple original, qui fonctionne bien.

Décidément, les conséquences du désengagement de l'État n'épargnent aucun domaine : les collectivités locales, l'hôpital public, les transports, les services publics ! Après quatre mois de conflit, les universités françaises semblent toujours dans l'impasse et se trouvent très affaiblies. On a l'impression d'un grand et regrettable gâchis.

Que propose le Gouvernement pour assurer la survie des IUT ? Il ne peut pas prendre la responsabilité de casser ainsi une structure qui fonctionne et qui nous est enviée par les universités étrangères. Sachez, monsieur le secrétaire d'État, que votre réponse est attendue avec une certaine fébrilité !

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

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** Monsieur le sénateur, je vous prie tout d'abord de bien vouloir excuser l'absence de Valérie Pécresse, qui est retenue en ce moment au Collège de France.

Vous évoquez une diminution potentielle de crédits. C'est le contraire ! Permettez-moi de vous dire que la présentation que vous faites de la situation de l'IUT de Bordeaux ne correspond en rien à la réalité des décisions qui ont été prises par le Gouvernement en application de la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités.

À ma connaissance, l'IUT de Bordeaux 3 dépend de l'Université de Bordeaux 3. Cette dernière dispose désormais d'un budget global avec des crédits non fléchés, qu'elle administre librement et, contrairement à ce que vous laissez croire, elle voit sa dotation en crédits de fonctionnement progresser de 17,6 % en 2009 par rapport à 2008 : du jamais vu dans l'histoire récente de l'Université de Bordeaux 3 !

Même pour créer une fébrilité, qui peut être utile, dans certaines périodes, à certains combats politiques, il ne faut pas énoncer des contre-vérités, d'autant que des garanties ont été apportées, au sein même de l'université, pour que les relations entre l'université et l'IUT soient les meilleures possibles et que ce dernier soit doté des crédits nécessaires à son bon fonctionnement.

Je vous confirme donc le grand attachement du Gouvernement aux IUT, comme en témoignent les mesures qui ont été prises, notamment la charte, établie en décembre dernier, visant à définir les principes de bonnes relations entre les universités et leurs IUT.

Toutes les universités et IUT sont en train de travailler à des contrats d'objectifs et de moyens, qui seront finalisés avant le 30 juin, afin que, à l'intérieur du budget des universités – et ce sera vrai pour Bordeaux 3 comme pour toutes les universités – soient fléchés les crédits affectés aux IUT, selon les besoins de chacun.

Les présidents d'université se sont engagés, à la demande de Mme la ministre, à maintenir jusqu'en 2010 les moyens dédiés à leurs IUT.

Vous le voyez, il n'y a aucune raison d'être inquiet quant à la volonté du Gouvernement de porter très haut l'ambition des IUT. C'est une volonté politique forte – je sais que vous ne la partagez pas – de faire vivre l'autonomie des universités et de laisser les organisations et les instances universitaires, en l'occurrence, le conseil d'administration de Bordeaux 3, décider de la meilleure affectation des crédits et des moyens consacrés à l'IUT, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires.

Monsieur le sénateur, l'augmentation historique des moyens de l'université de Bordeaux 3, donc de ceux de l'IUT, devrait permettre d'accomplir du bon travail, une fois que l'esprit de la réforme sera bien compris par chacun des acteurs.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Madrelle.

**M. Philippe Madrelle.** Monsieur le secrétaire d'État, certes, le budget de l'IUT pour l'année civile 2009 a été reconduit sur les bases de celui de 2008, puisque le nouveau système d'allocation des ressources budgétaires pour les établissements publics, dit SYMPA, découlant de la loi LRU n'est entré en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Néanmoins, pour 2010 et surtout les années suivantes, l'application du système SYMPA aura de graves conséquences, puisqu'il se traduira, en moyenne, par une diminution de 35 % de la dotation globale de fonctionnement et de 15 % à 25 % des emplois.

Je constate que vous essayez de vous défaire sur les universités en prévoyant que chaque IUT devra négocier avec l'université dont il dépend.

Or comment certaines universités, telles les universités de lettres et de sciences humaines, notamment celle de Bordeaux 3, pourront-elles donner aux IUT l'équivalent des moyens affectés à ces derniers par l'État en 2008 ou en 2009 pour leur permettre de répondre à leurs besoins, alors même que les sommes allouées aux universités sont déjà largement insuffisantes ? En effet, ce budget n'étant pas déterminé, lui non plus, en fonction des besoins des unités de formation et de recherche, les UFR, il ne pourra jamais répondre à ceux de l'IUT.

Le problème de fond, c'est celui du désengagement de l'État à l'égard de l'université dans sa totalité.

#### MOYENS DE FONCTIONNEMENT DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU VAL-DE-MARNE

**M. le président.** La parole est à Mme Odette Terrade, auteur de la question n° 519, adressée à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

**Mme Odette Terrade.** Ma question s'adresse à notre ancienne collègue Valérie Létard et porte sur la situation des caisses d'allocations familiales et leurs moyens de fonctionnement pour remplir leurs missions de service public et de justice sociale auprès des usagers.

Depuis plusieurs mois, les allocataires subissent des retards inadmissibles dans le traitement de leurs dossiers entraînant souvent un paiement retardé des prestations dues, qui ajoute encore aux difficultés sociales quotidiennes que nombre d'entre eux rencontrent.

Plusieurs de mes collègues de différents départements ont déjà interpellé le Gouvernement sur ces retards de traitement des demandes de nos concitoyens.

La CAF de Rouen, par exemple, fréquentée quotidiennement par huit cents à neuf cents personnes, a dû fermer l'accueil du public un jour par semaine pour traiter ses dossiers en attente.

Dans le Val-de-Marne, pour tenter de résorber ses 230 000 dossiers en attente, la CAF a fermé ses guichets au public durant trois semaines, du 6 au 27 avril dernier.

En effet, à la situation déjà insatisfaisante, c'est-à-dire 136 000 pièces non traitées, soit un retard de deux mois, se sont ajoutés, en janvier, les ratés de la transmission automatique des ressources des familles par le biais des fichiers des impôts, engorgeant davantage encore, de façon dramatique, l'ensemble des services.

Aujourd'hui, l'accueil du public est partiellement remis en place avec une ouverture de trois jours sur cinq seulement. Cependant, il reste encore 110 000 dossiers en attente, ce qui équivaut à onze jours de retard, alors que, dans les prochains jours, la CAF du Val-de-Marne devra, à l'instar des autres CAF, faire face à la mise en œuvre du revenu de solidarité active, soit environ 80 000 dossiers pour le département, dont 50 000 demandes supplémentaires non encore connues de ses services.

Aussi, les files d'attente ne décroissent pas ; les conditions d'accueil sont déplorables pour les usagers, comme pour les personnels, dont certains se voient demander d'effectuer des heures supplémentaires chaque jour.

Nul doute que la suppression à l'échelon national de 10 000 postes en deux ans participe de cette situation et constitue, de mon point de vue, une limite évidente de la révision générale des politiques publiques, chère au Gouvernement, que l'on devrait plutôt appeler dans ce cas, « réduction » générale des politiques publiques.

Dès octobre 2008, les personnels de la caisse nationale et leurs représentants syndicaux avaient alerté sur les dangers de la réorganisation imposée par leur direction et sur les effets que cette réorganisation ne manquerait pas d'avoir, dans ces conditions, sur la dégradation du service rendu aux familles et le travail des personnels. Ils dénonçaient, notamment, le manque d'effectifs récurrent depuis plusieurs années. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales confirme cette situation tendue, ajoutant que de nombreux salariés sont arrivés à saturation.

Dans un département comptant 325 000 allocataires, avec 8 000 dossiers nouveaux chaque jour, les 109 recrutements en remplacement des départs à la retraite et les 22 prévus pour la mise en place du RSA ne suffiront pas pour traiter les dossiers existants et faire face à l'accroissement des tâches imposées par les nouveaux dispositifs.

La législation étant complexe, avec plus de 15 000 textes réglementaires, les personnels recrutés doivent être formés pendant un an avant de pouvoir être en poste dans les services, ce qui est normal. Aujourd'hui, trente d'entre eux sont encore en formation et, sur les derniers recrutements, 79 sont réellement en activité, dont 15 depuis hier, lundi 25 mai.

Pourtant, l'organisme de tutelle des CAF affichait, pour 2007, 40 millions d'euros d'excédent budgétaire. Ce qui veut dire que les moyens existent pour répondre à la

demande immédiate de moyens exceptionnels afin de faire face à la situation actuelle et pour doter les CAF des emplois pérennes nécessaires à une gestion moderne et efficace, respectueuse des allocataires et des personnels.

À la veille de la mise en place imminente du revenu de solidarité active, quels moyens le Gouvernement compte-t-il mettre en œuvre d'urgence pour que toutes les CAF, notamment celle du Val-de-Marne, puissent fonctionner correctement et rendre, dans de bonnes conditions, le service public que les usagers sont en droit d'en attendre ?

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

**M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer.** Madame le sénateur, le Gouvernement suit avec beaucoup d'attention la situation des caisses d'allocations familiales.

Je tiens à saluer le travail tout à fait exceptionnel accompli par les agents qui participent à l'amélioration de ce service public. Au premier trimestre de 2009, 81 % des personnes étaient accueillies en moins de vingt minutes et 92,5 % des demandes concernant les *minima* sociaux ont été traitées en moins de dix jours. Il convient de souligner cette performance tout à fait valorisante.

Il est vrai que la charge d'activité des CAF a connu une hausse sensible à la fin de l'année 2008. Celle-ci est due à la mise en place des mesures de solidarité décidées par le Président de la République, au premier rang desquelles figure la création du RSA, ainsi qu'à la réforme de la déclaration de ressources mise en œuvre en 2008.

Il faut se réjouir que ces politiques publiques, notamment l'instauration du RSA, se mettent en œuvre puisqu'elles représentent un effort sans précédent pour faire sortir près d'un million de personnes de la pauvreté. Bien entendu, les CAF doivent disposer des moyens nécessaires. C'est pourquoi la CNAF a reçu, en décembre 2008, l'autorisation de procéder à 1 007 embauches. De plus, 614 emplois supplémentaires seront pourvus par les redéploiements internes autorisés par les gains de productivité réalisés au sein de la branche famille.

Par ailleurs, il a été décidé dans la convention d'objectifs et de gestion pour 2009-2012, signée le 9 avril dernier entre l'État et la caisse nationale des allocations familiales, que la branche famille pourrait bénéficier de 250 emplois supplémentaires dès avril 2009. Ces créations de postes s'ajouteront aux 1621 emplois déjà accordés au titre du RSA.

Pour être pragmatique, le Gouvernement a demandé à la CNAF de réaliser une cartographie des points de tensions perceptibles parmi les 123 CAF réparties sur l'ensemble du territoire. Un rendez-vous est fixé dans les semaines suivant le mois de juin, c'est-à-dire avant la rentrée, pour valider les conditions de mise en œuvre du RSA et, éventuellement, accorder des moyens supplémentaires aux CAF les plus en difficulté.

En ce qui concerne précisément la CAF du Val-de-Marne, certains de ces processus de traitement des demandes des allocataires ont été réadaptés. Je vous confirme, madame le sénateur, qu'une prime exceptionnelle de solidarité active de 200 euros a été versée à 80 000 foyers du Val-de-Marne le 6 avril dernier.

Je vous informe aussi qu'au premier trimestre 2009 la CAF du Val-de-Marne a continué de traiter 99 % des demandes relatives aux *minima* sociaux en moins de dix jours et qu'elle est parvenue, fin avril, à réduire de plus de moitié son stock de

dossiers en instance. Ainsi, la CAF de votre département et l'ensemble des 122 autres CAF seront en mesure de remplir leur mission.

En tout cas, le Gouvernement veille à ce que ces nouvelles prestations puissent être versées dans de bonnes conditions et que les CAF disposent des moyens humains et technologiques pour faire face à ces missions sociales.

**M. le président.** La parole est à Mme Odette Terrade.

**Mme Odette Terrade.** J'aurais pu également évoquer la situation des CAF des départements d'outre-mer puisque celle-ci a été abordée à chacune des auditions que nous avons effectuées dans le cadre de la mission commune d'information sur la situation des départements d'outre-mer, qu'il s'agisse de la Guadeloupe, de la Martinique ou de la Guyane.

Vouloir toujours faire plus avec moins de moyens présente des limites, comme le révèle la situation des CAF. Le travail de ces agents est très spécialisé et nécessite une très grande expertise en raison de la complexité de la législation. La polyvalence imposée actuellement à ses agents ne permet pas de palier le manque d'effectif.

Au-delà des retards accumulés, les employés et leurs syndicats soulignent les risques d'engorgement et de blocage de l'institution à la suite de la mise en place du RSA. J'ai bien noté, monsieur le secrétaire d'État, le rendez-vous prévu mi-juin sur les modalités d'application, mais l'ensemble des partenaires appelle à un recrutement massif de façon urgente pour que le service public puisse fonctionner. Il est indispensable de les entendre.

Refuser de donner les moyens nécessaires reviendrait à organiser volontairement la faillite de ce service public pourtant indispensable à nos concitoyens.

#### POLITIQUE D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT DES CRÈCHES D'ENTREPRISE

**M. le président.** La parole est à M. Charles Gautier, auteur de la question n° 534, adressée à Mme la secrétaire d'État chargée de la famille.

**M. Charles Gautier.** Ma question concerne la reconnaissance de la diversité des crèches d'entreprises.

Depuis la conférence de la famille en 2003, les établissements de garde d'enfants sont accessibles au secteur privé. Pour augmenter le développement de places en crèches, le Gouvernement a mis en place deux dispositifs.

Le premier, appelé contrat « enfance et jeunesse », est destiné aux établissements privés d'accueil de jeunes enfants. Versée par la CNAF, cette subvention permet de financer 55 % du montant restant à la charge de ces structures. La CNAF n'a pas souhaité que les entreprises de crèches, c'est-à-dire gestionnaires d'établissements de garde d'enfants, bénéficient de ce financement.

Le second dispositif, institué depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, est une mesure fiscale à destination des employeurs qui, conscientes de la parentalité de leurs salariés, prennent en charge une quote-part des frais de garde des enfants de leur personnel. Depuis 2009, ce crédit d'impôt famille correspond à 50 % des dépenses engagées dans ce domaine.

La combinaison de ces deux actions a permis de diminuer le coût d'une place en crèche et d'inciter les employeurs à prendre part au développement des places de garde d'enfants, lesquelles souffrent d'une importante pénurie. Ainsi, les petites entreprises pouvaient se fédérer et créer un

établissement de garde. Ce plan encourageait les entreprises à participer à la fois au financement de l'investissement et au fonctionnement des crèches.

À ce jour, le prix d'une place facturé par une entreprise de crèche reste très élevé : entre 8 000 et 20 000 euros par an et par enfant.

Aujourd'hui, le Gouvernement semble revoir sa position et remettre en cause ces deux dispositifs qui ont pourtant montré leur efficacité. En effet, face au *lobbying* des entreprises de crèches, le Gouvernement demande aux structures d'accueil de choisir entre ces deux dispositifs. Si l'entité choisit le contrat « enfance et jeunesse », elle diminue le coût de revient d'une place, mais sanctionne son client « entreprise » en le privant du crédit d'impôt. Inversement, si elle renonce au financement de la CNAF, elle augmente irrémédiablement le prix de la place malgré l'avantage fiscal.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'à l'intérieur d'une crèche interentreprises la typologie des entreprises peut être variée : il peut s'agir d'entreprises privées soumises à l'impôt sur le revenu, à l'impôt sur les sociétés, mais également d'associations qui participent à l'économie locale, embauchent du personnel, sans être toutefois fiscalisées.

En modifiant la politique familiale, le Gouvernement n'a pas pris conscience de l'impact d'une telle mesure sur le développement des crèches. Par exemple, à l'annonce de ces modifications, un projet très avancé d'une crèche associative sur Saint-Nazaire, réunissant des entreprises et deux associations du secteur médical non-éligibles au crédit d'impôt famille a été abandonné.

Sans le soutien aux projets interentreprises *via* le contrat « enfance et jeunesse », la promesse gouvernementale de créer 350 000 places de crèche d'ici à 2012 ne pourra pas être tenue. Comment motiver les employeurs déjà affaiblis par la crise économique à poursuivre leur implication dans la garde des enfants de leurs salariés si le coût final reste trop important ? Comment envisager que les PME et PMI s'engagent sur de tels montants ?

Afin de favoriser l'ensemble des modes de garde d'enfants, sans remettre en cause les avantages obtenus par les entreprises de crèche, je demande que soit maintenu, pour les crèches interentreprises, le bénéfice du contrat « enfance et jeunesse » dans le cadre d'un contrat d'objectifs avec la CNAF couplé au crédit d'impôt famille à hauteur de 25 % au minimum.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Monsieur le sénateur, afin d'accompagner notre fort taux de natalité, qui se combine avec un taux d'activité des femmes élevé – dans notre pays il atteint 82 % –, nous avons besoin de créer 200 000 offres de garde supplémentaires. Il est possible d'atteindre cet objectif grâce à la diversification des modes de garde, à l'assouplissement des normes et à l'optimisation des capacités existantes.

Le développement des crèches d'entreprise, et plus généralement du secteur privé de l'accueil de la petite enfance, constitue un vecteur approprié de développement de l'offre de garde. C'est la raison pour laquelle de nombreuses mesures sociales et fiscales sont prises en faveur de ce secteur. Ainsi, l'État et la branche famille ont souhaité développer un partenariat entre les caisses d'allocations familiales et les entreprises afin d'accroître et de diversifier l'offre d'accueil. À ce titre, trois mesures ont été prises.

Tout d'abord, les crèches d'entreprises, c'est-à-dire les crèches créées par les entreprises pour leurs propres salariés, peuvent désormais bénéficier, comme les autres opérateurs, des prestations de service servies par les CAF. Les crèches d'entreprise, même gérées par un comité d'entreprise, ou les crèches interentreprises fonctionnent donc généralement grâce à un financement de l'employeur. Ce financement est parfois complété par des subventions de la CAF ou des collectivités territoriales et une participation financière du salarié sur une base équivalente à celle qui résulte de l'application des barèmes de participations familiales établis par la CNAF.

Ensuite, les entreprises de crèches, à savoir les entreprises souhaitant faire de la gestion d'un ou de plusieurs établissements d'accueil de jeunes enfants leur activité principale, ont été rendues éligibles aux différents plans d'aide à l'investissement.

Enfin, les entreprises qui construisent des structures de garde ou participent aux frais de garde de leurs salariés peuvent déduire ces dépenses du montant de leur impôt sur les sociétés, dans le cadre du crédit d'impôt famille. Comme vous le savez, cet outil fiscal vient récemment d'être adapté pour le rendre plus efficace en incitant les entreprises à proposer à leurs salariés des modes d'accueil du jeune enfant. Celles-ci bénéficieront pour ces catégories de dépenses d'un crédit d'impôt égal à 50 % du montant des dépenses éligibles.

Au vu du nombre et de la variété des mesures prises récemment en faveur des crèches d'entreprise, une évaluation de l'efficacité de l'ensemble de ces dispositifs paraît nécessaire avant d'envisager une nouvelle adaptation. Cette évaluation portera notamment sur le cumul entre avantage fiscal et subventions de fonctionnement versées par la branche famille au bénéfice d'une crèche de salariés, objet de votre question.

Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille, a demandé qu'un travail d'expertise et de concertation soit mené en liaison avec les diverses administrations et organismes sociaux concernés.

Parmi les éléments d'appréciation, je souhaite souligner, d'une part, que les crèches publiques ne bénéficient que du contrat « enfance et jeunesse » et non du crédit d'impôt famille et, d'autre part, que le crédit d'impôt famille a été fortement revalorisé récemment. Dans ces conditions, toute décision prise en faveur des structures privées ne bénéficierait pas aux crèches publiques.

Votre question, monsieur le sénateur, soulève d'importants enjeux pour le développement de la garde d'enfants. Il s'agit d'un objectif sur lequel le Gouvernement est pleinement mobilisé.

Je ferai part à Nadine Morano de votre proposition de porter le taux du crédit d'impôt famille à 25 %, dans le cadre de la réflexion qui se poursuit sur les politiques et les modes de garde à destination des familles.

**M. le président.** La parole est à M. Charles Gautier.

**M. Charles Gautier.** Je vous remercie, madame la secrétaire d'État, de votre réponse. Nous partageons l'objectif de favoriser au maximum la garde des jeunes enfants : il se situe au cœur de tous les projets économiques et sociaux des entreprises, des collectivités et des associations.

Vous avez rappelé l'ensemble des dispositifs existants et indiqué qu'une évaluation de l'efficacité de ceux-ci serait réalisée. Je serai très attentif aux résultats de cette évaluation, dont j'aimerais connaître le délai de publication.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Je ne suis pas en mesure de vous répondre précisément, mais je m'engage à vous l'indiquer dans les plus brefs délais.

**M. Charles Gautier.** Je vous remercie !

#### APPLICATION DE LA RÉDUCTION DITE FILLON AUX ENTREPRISES ADAPTÉES PUBLIQUES

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, auteur de la question n° 529, adressée à M. le secrétaire d'État chargé de l'emploi.

**M. Gilbert Barbier.** Ma question porte sur l'application de la réduction dite Fillon aux entreprises adaptées. Ces entreprises permettent à des personnes handicapées d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leur situation personnelle.

Grâce à l'acquisition d'une expérience et d'une qualification, au développement et à la valorisation de leurs compétences, certains d'entre eux pourront soit évoluer au sein de la structure elle-même, soit réintégrer un jour le milieu ordinaire.

Parce qu'elle assure aux personnes handicapées, souvent exclues, une place dans la société, l'entreprise adaptée a indéniablement une finalité sociale. Mais c'est aussi, à part entière, une entreprise du secteur marchand et concurrentiel. Aujourd'hui, il existe plus de 600 entreprises adaptées, qui emploient 25 000 salariés, dont 20 000 personnes handicapées, dans tous les domaines de l'industrie et des services : électronique, agroalimentaire, bois, imprimerie, bureautique, nettoyage industriel, etc.

La loi du 17 janvier 2003 a mis en place une réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale, dite « réduction Fillon ». Or la direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle a décidé que les entreprises adaptées gérées par des établissements publics ne pouvaient pas bénéficier de cette réduction, à la différence des entreprises adaptées gérées par des établissements privés. Néanmoins, au nom de l'égalité de traitement et compte tenu de leur finalité sociale, une dérogation avait été accordée aux entreprises adaptées gérées par des établissements publics.

Il semble que cette dérogation pourrait prendre fin au 31 décembre 2009. Une telle décision aurait des conséquences très préjudiciables sur le devenir et la survie de ces entreprises adaptées publiques, qui sont une dizaine en France et emploient environ 600 salariés.

Pouvez-vous, madame la secrétaire d'État, nous apporter des éclaircissements sur ce point ? Une modification du dispositif réglementaire serait la bienvenue pour permettre l'application de la réduction dite « Fillon » à toutes les entreprises adaptées qui participent, qu'elles soient publiques ou privées, à la lutte contre l'exclusion.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Monsieur le sénateur, depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les entreprises adaptées relèvent du milieu ordinaire de travail et non plus du milieu protégé. À ce titre, elles bénéficient de l'ensemble des dispositifs destinés aux entreprises et à leurs salariés.

Elles sont soumises aux mêmes obligations que les autres entreprises du milieu concurrentiel : rémunération au moins égale au SMIC, application des conventions collectives.

Elles conservent toutefois leur mission sociale, qui est d'employer majoritairement des travailleurs handicapés à efficience réduite. En contrepartie, elles bénéficient, pour chaque travailleur handicapé, d'une aide au poste forfaitaire, équivalente à 80 % du SMIC brut, et d'une aide à la structure destinée à soutenir leur modernisation et leur développement, qui est une subvention spécifique. Près de 300 millions d'euros sont ainsi mobilisés chaque année par l'État pour accompagner les 648 entreprises adaptées.

Comme vous l'avez souligné, monsieur le sénateur, les allègements « Fillon » ne s'appliquent pas aux établissements publics administratifs, les EPA. Toutefois, le Gouvernement a autorisé, à titre dérogatoire, les 19 entreprises adaptées concernées, sous statut d'EPA, à continuer de bénéficier de ces allègements, afin de leur laisser le temps de modifier, si elles le souhaitent, leur statut pour devenir soit des établissements publics industriels et commerciaux soit des associations, ce qui leur permettra de bénéficier légalement et durablement de ces allègements.

À cet effet, la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle a rencontré, au mois de février dernier, le Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux, le GEPSO, afin de définir les modalités d'accompagnement de ces établissements. C'est pourquoi le secrétariat d'État chargé de l'emploi a décidé de financer une étude, afin de préciser les conditions et les modalités pratiques de cette évolution statutaire.

Le Gouvernement attend les conclusions de cet audit, qui seront connues au mois de juin prochain, pour prendre les décisions les plus à même de clarifier la situation et envisager de façon pérenne l'avenir des entreprises adaptées, qui se trouvent aujourd'hui dans une situation intermédiaire. Bien entendu, dans le contexte actuel de crise, il sera attentif à ne pas porter préjudice à ces structures qui emploient des travailleurs handicapés.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de votre réponse. L'inquiétude est réelle au sein de ces entreprises adaptées publiques : la dérogation dont elles bénéficient et qui prend fin au 31 décembre 2009 sera-t-elle reconduite ?

Si j'ai bien compris, il faudra que les établissements publics se séparent de ces entreprises adaptées, qui devront dès lors acquérir un statut à caractère privé. Cela ne sera pas sans poser de problème.

Attendons les résultats de cette étude ! Cela me donnera éventuellement l'occasion de vous interroger à nouveau sur ce sujet, madame la secrétaire d'État !

#### SUPPRESSION ANNONCÉE DE LA TAXE PROFESSIONNELLE

**M. le président.** La parole est à M. René-Pierre Signé, auteur de la question n° 521, adressée à Mme la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.

**M. René-Pierre Signé.** Une question orale avec débat est prévue prochainement sur ce sujet de la réforme de la taxe professionnelle. Ce doublon s'explique par l'organisation de

nos travaux : entre le moment où une question est adressée au Gouvernement et celui où elle est inscrite à l'ordre du jour de nos travaux, il peut se passer un assez long délai.

Les réformes successives entreprises ces dernières années – suppression de la part salaire, plafonnement réel fixé à 3,5 % de la valeur ajoutée, système de refacturation et dégrèvement sur les nouveaux investissements – ont conduit l'État à exonérer un nombre significatif de redevables et à compenser partiellement la diminution du produit de l'impôt par une majoration des dotations budgétaires. Toute exonération nouvelle portera une atteinte manifeste aux budgets des collectivités locales en supprimant leur recette majeure, ce qui suscite l'inquiétude des élus.

Au début du mois de mars dernier, plusieurs pistes de réflexion sur la compensation intégrale de la suppression de la taxe professionnelle ont été évoquées : versement aux collectivités territoriales d'un montant plus important de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance, la TSCA, accroissement de la part de la taxe intérieure sur les produits pétroliers, la TIPP, affectée aux départements et aux régions. Une hausse des bases foncières industrielles et la création d'une taxe sur la valeur ajoutée ont également été proposées.

Par ailleurs, certains impôts énergétiques pourraient être relevés pour les entreprises œuvrant dans le secteur de l'énergie : l'abattement spécial pour les centrales nucléaires, les barrages et les centres de dépollution.

La taxe spéciale sur les pylônes pourrait également être augmentée et le Gouvernement pourrait relever la taxe sur l'installation nucléaire de base, qui est déjà dévolue aux collectivités.

Toutes ces propositions entretiennent un flou ; les élus s'interrogent. Madame la secrétaire d'État, pouvez-vous m'apporter plus de détails sur les mesures compensatoires qui seront retenues pour pallier la diminution ou la suppression de la taxe professionnelle ?

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Monsieur le sénateur, le Président de la République a annoncé, le 5 février dernier, la suppression de la taxe professionnelle sur les investissements productifs. L'objectif de cette réforme est simple : il s'agit de supprimer un prélèvement qui n'existe dans aucun autre pays développé. La taxe professionnelle, en frappant l'outil de production, que l'entreprise soit rentable ou non, dissuade les entreprises d'investir sur notre territoire et encourage les délocalisations dans les pays où la fiscalité est structurée différemment.

Le Premier ministre a garanti aux collectivités qu'elles bénéficieraient d'une compensation intégrale et a demandé au ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, Christine Lagarde, lors de la Conférence nationale des exécutifs du 26 mars dernier, d'engager une nouvelle phase de concertation avec les élus et les entreprises, afin de les associer pleinement, en amont, à l'ensemble des travaux préparatoires à cette réforme.

Christine Lagarde et Michèle Alliot-Marie ont rencontré les représentants des associations d'élus une première fois le 10 avril dernier et les organisations représentant les entreprises le 22 avril pour leur présenter des pistes possibles de compensation. Celles-ci sont multiples : transfert de ressources fiscales alimentant aujourd'hui le budget de l'État, utilisation de dotations budgétaires, augmentation ou création de taxes locales.

Vous avez cité certaines pistes de compensation des collectivités par transfert de ressources fiscales d'État : taxe spéciale sur les conventions d'assurance, taxe intérieure sur les produits pétroliers, relèvement des bases foncières et affectation de la cotisation minimale sur la valeur ajoutée aujourd'hui perçue par l'État.

Aucune création de taxe nouvelle sur la valeur ajoutée n'a été proposée, même si la cotisation minimale repose sur la valeur ajoutée.

J'en viens aux « impôts énergétiques » que vous avez mentionnés. À ce stade, le Gouvernement n'est pas aussi précis que vous. L'objectif est de mettre en place des taxes locales sectorielles, qui bénéficient aux collectivités et qui permettent d'éviter les effets d'aubaine dont certaines entreprises pourraient profiter. Les travaux sont en cours, les hypothèses de compensation des collectivités ne sont pas figées.

La concertation se poursuit dans un climat de confiance. La volonté d'aboutir est partagée par l'État, les collectivités locales et les entreprises, car tous les acteurs ont conscience de la nécessité de cette réforme.

Une chose est certaine : les collectivités ne verront pas le niveau de leurs ressources diminuer. Le Premier ministre l'a garanti : toutes les collectivités seront compensées, collectivité par collectivité.

Monsieur le sénateur, si je ne suis pas aujourd'hui en mesure de vous communiquer la nature exacte des ressources qui seront transférées aux collectivités locales, car elles font encore l'objet de concertations, je puis vous affirmer que le montant total sera le même avant et après la réforme.

**M. le président.** La parole est à M. René-Pierre Signé.

**M. René-Pierre Signé.** Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de votre réponse. Elle est rassurante dans la mesure où vous indiquez que n'est prévue aucune réduction du montant des dotations budgétaires affectées aux collectivités, dont la ressource principale est la taxe professionnelle. Je rappelle que les collectivités sont créatrices de 73 % de l'investissement public.

En revanche, je suis en désaccord avec vous sur un point : aucun raisonnement économique n'a démontré l'impact de la taxe professionnelle sur les délocalisations.

Je comprends qu'aucun choix ne soit encore arrêté sur la compensation de la suppression de la taxe professionnelle.

S'ils sont favorables à une réforme globale de la fiscalité locale, les élus souhaitent que celle-ci soit opérée avec mesure et responsabilité. Ils ne veulent pas de réduction des recettes – vous m'avez assuré, madame la secrétaire d'État, qu'il n'en était pas question – et refusent que les dotations nouvelles substitutives pèsent sur les ménages.

Même s'ils approuvent la mesure, les élus constatent qu'il s'agit là d'un cadeau aux entreprises, et ce sans contrepartie. On ne peut nier que la taxe professionnelle marquait le lien entre les collectivités locales et les entreprises.

Enfin, les « impôts énergétiques » n'assureraient pas de ressource régulière et seraient par conséquent mal perçus par les élus.

Madame la secrétaire d'État, globalement, le désaccord n'est pas très important. Avant d'approuver complètement cette réforme de la fiscalité, les élus attendent les propositions du

Gouvernement, à condition qu'il soit tenu compte des remarques que je viens de formuler et que vous faites certainement vôtres.

**M. le président.** Madame la secrétaire d'État, nous partageons tous ici la position de notre collègue !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Je suis moi-même présidente d'une communauté d'agglomération de 200 000 habitants, qui a investi cette année 70 millions d'euros pour accompagner le plan de relance. Comme nombre de membres du Gouvernement qui sont aussi des élus, je suis très attentive à la question des ressources fiscales des collectivités locales. Nous veillerons à ce que celles-ci restent très dynamiques. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

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

**M. le président.** Mes chers collègues, l'ordre du jour de ce matin étant épuisé, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à midi, est reprise à quinze heures, sous la présidence de M. Roland du Luart.*)

#### PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART vice-président

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

4

#### RÉFORME DE L'HÔPITAL

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

(*Texte de la commission*)

**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 poursuivons l'examen de l'article 26.

#### Article 26 (suite)

##### (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 profes-

sionnelles 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 collègues : un collègue 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.** Nous en sommes parvenus, au sein de l'article 26, à l'amendement n° 1070.

L'amendement n° 1070, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, M. 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 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, par les mots :

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement est voisin de ceux que nous avons examinés hier soir, mais il est peut-être moins ambitieux.

Ces derniers jours, plusieurs orateurs, notamment M. Cazeau, ont démontré que, à l'avenir, deux légitimités pourraient s'affronter : celle que la loi confèrera aux agences régionales de santé, les ARS, et à leurs directeurs et celle des départements pour ce qui concerne le pilotage des politiques intéressant les personnes âgées et les personnes handicapées, liée aux lois de décentralisation.

Madame la ministre, madame la secrétaire d'État, vous avez essayé de nous rassurer sur ce point. Cependant, même si vos arguments étaient quelquefois solides, vos interventions n'ont pas levé toutes les incertitudes et toutes les inquiétudes.

L'article 26 précise bien que les compétences des ARS s'exerceront « sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales ». Il paraît donc utile, dans un souci de cohérence et d'efficacité, de rappeler, tout au long du texte, cette double compétence dans le secteur médico-social. En l'occurrence, l'amendement n° 1070 tend à préciser qu'il sera tenu compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale existants.

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

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** Mon cher collègue, le projet régional de santé tiendra naturellement compte des schémas départementaux, comme le prévoit d'ailleurs l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, mais il devra aussi intégrer les actions qui relèvent de l'État. La commission, estimant l'amendement n° 1070 satisfait, vous demande donc de bien vouloir le retirer, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Monsieur Daudigny, comme j'ai eu l'occasion de le rappeler hier à M. Mercier lors de l'examen d'un amendement assez proche de celui que vous venez de présenter, les compétences attribuées aux agences régionales de santé dans le champ médico-social ne remettent pas en cause la répartition des compétences entre l'État et les départements telle qu'elle est issue des différentes lois de décentralisation.

Le présent projet de loi adapte le dispositif en conciliant le respect du principe de libre administration des collectivités territoriales et les compétences propres dorénavant dévolues aux ARS. Les procédures de planification et les instances de consultation qu'il prévoit répondent à cette nécessité de développer la concertation.

Il s'agit également de mettre en place les outils partagés d'analyse qui permettront la meilleure coordination possible des politiques et des décisions, sans prééminence d'un acteur sur l'autre et sans confusion des rôles et des compétences. Il revient à la commission de coordination chargée des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux d'assurer cette articulation et ce dialogue.

Je rappelle que, aux termes du texte proposé pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, « le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie 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 ». Ainsi, même en ce qui concerne l'élaboration du schéma, l'amendement n° 1070 est satisfait par l'actuelle rédaction de l'article 26, qui prévoit que les conseils généraux seront consultés et émettront un avis.

Par conséquent, monsieur Daudigny, je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement.

**M. Guy Fischer.** Il ne faut pas la croire! (*Sourires.*)

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** C'est écrit!

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 1070 est-il maintenu?

**M. Yves Daudigny.** Les propos de Mme la secrétaire d'État me conduisent à le maintenir. Il peut être utile de rappeler, à l'article 26, que la compétence est partagée.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1070.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 943, 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:

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

des personnes les plus démunies

insérer les mots:

, un programme relatif à la santé au travail

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Il s'agit là encore de mieux intégrer au projet régional de santé la problématique de la santé au travail.

Je tiens à rappeler que les conditions de travail sont l'une des sources les plus importantes d'inégalités sociales dans le domaine de la santé. Selon l'étude intitulée *Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq* de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, la DARES, publiée en 2004 dans la collection « Premières informations, premières synthèses » et rédigée par Dominique Waltisperger, « toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail est ainsi tenu pour responsable de

près d'un problème de santé sur cinq; mais la proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories ». Des travaux ultérieurs ont conforté cette analyse.

Dans notre amendement, nous visons naturellement les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi que l'usure générale, physique et psychique que peuvent provoquer des conditions de travail pénibles. Cette pénibilité est encore accentuée en cette période de crise, alors que le taux de chômage explose et que l'avenir apparaît incertain à la majorité des familles françaises.

En raison de l'usure que je viens d'évoquer, les ouvriers, notamment, subissent une double peine: non seulement leur espérance de vie est plus courte que celle des cadres et assimilés, mais encore ils vivent plus longtemps que ces derniers avec des incapacités invalidantes.

C'est pourquoi nous considérons que le projet régional de santé doit impérativement tenir compte de ces facteurs et des difficultés spécifiques qu'ils engendrent. Nous avons pris un important retard dans ce domaine de la santé au travail, et il serait bon que chaque région ait une vision claire des choses en la matière.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Une fois encore, je souligne qu'il n'appartient pas aux ARS d'intervenir directement en matière de santé au travail. Nous avons largement évoqué ce point, que ce soit au cours de la séance d'hier ou en commission.

Aux termes du dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, « le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail ».

La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Le Gouvernement émet bien entendu un avis défavorable. Si je suis d'accord avec M. Fischer pour affirmer que la santé au travail est un élément très important de la santé publique, cette problématique est cependant prise en compte d'une manière tout à fait particulière, en association avec un certain nombre de partenaires autres que les ARS.

La question qui se pose est donc plutôt celle de l'articulation avec les compétences de l'ARS, dont ne relève pas la santé au travail, ce qui est d'ailleurs souhaitable. À cet égard, j'ai déjà indiqué hier que la commission de coordination consacrée à la prévention inclura le directeur responsable de l'emploi et des conditions de travail.

Le projet régional de santé doit-il comporter un programme spécifique sur ce sujet? Laissons les acteurs s'organiser et utiliser les outils disponibles comme ils l'entendent. Peut-être souhaiteront-ils mettre en place un tel programme, mais peut-être préféreront-ils adopter une optique plus transversale, avec un volet consacré à la santé au travail concernant différents programmes.

Le Gouvernement est donc défavorable à l'amendement n° 943 pour une raison non de fond, mais de méthode.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 943.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 885, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

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

la santé au travail,

insérer les mots :

la santé environnementale,

La parole est à Mme Dominique Voynet.

**Mme Dominique Voynet.** Lorsqu'ils sont interrogés individuellement, les parlementaires sont en général unanimes : on légifère trop, de façon bavarde, sans qu'il soit pour autant aisé de discerner la volonté exacte du législateur.

Ainsi, madame la ministre, la rédaction présentée par votre projet de loi pour l'article L. 1434-2 du code de la santé publique prévoit que le projet régional de santé sera constitué d'un plan stratégique régional de santé, qui fixera les orientations et objectifs de santé pour la région, de schémas régionaux de mise en œuvre, de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas...

Il est bien difficile au commun des mortels de s'y retrouver ! Or voilà que, dans un alinéa complémentaire, on précise que le plan stratégique régional de santé prévoira « des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ». On pourrait laisser aux acteurs le soin de s'organiser, comme vous venez à l'instant de l'indiquer, madame la ministre, mais si l'on souhaite définir le plan stratégique régional de santé, alors il ne faut rien oublier. C'est pourquoi notre amendement vise à ajouter que ce dernier prévoira aussi des articulations avec la santé environnementale, thème dont vous avez eu l'occasion de discuter à maintes reprises avec M. Desessard ces derniers jours et dont l'omission dans le texte fait sens.

À cet égard, je voudrais évoquer l'exemple de la région Nord-Pas-de-Calais, qui a mis en place un plan régional « santé-environnement ». La notion de santé environnementale englobe tous les aspects de la santé et de la qualité de vie de la population liés à l'action des facteurs biologiques, chimiques ou physiques de l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou anthropique, l'ambition étant de maîtriser les risques et de contenir les agresseurs qui leur sont associés.

Le plan régional mis en place dans le Nord-Pas-de-Calais est organisé selon quatre axes : développer la capacité d'action régionale, à l'échelon tant des institutions que des acteurs locaux ; améliorer et utiliser les connaissances sur les risques sanitaires liés à l'environnement pour agir sur les représentations et orienter l'action publique ; éviter ou limiter les sources de nuisances et les expositions humaines aux nuisances ; accompagner les personnes et réparer les conséquences de l'action des nuisances environnementales sur la santé.

Il me semble que c'est là un bon exemple à suivre. Aussi proposons-nous d'inclure un volet relatif à la santé environnementale dans le plan stratégique régional de santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Madame la sénatrice, le projet régional de santé, défini à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, est constitué notamment d'un schéma régional de santé, défini à l'article L. 1434-5 du même code, où il est fait référence à la santé environnementale.

Votre amendement nous semble donc satisfait. C'est pourquoi nous vous invitons à le retirer ; à défaut, nous émettrons un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'articulation entre le projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé, les schémas et les programmes est d'une grande logique, les actions publiques d'envergure présentant d'ailleurs toujours à peu près la même structure.

Par définition, le plan stratégique régional de santé ne comporte pas de volets. Nous étudierons ensuite le cas des schémas et des programmes.

Comme je l'ai indiqué hier soir à M. Desessard, la santé environnementale fait évidemment pleinement partie du champ de compétence de la future agence régionale de santé, et le plan stratégique régional de santé comprendra naturellement des orientations et des objectifs dans ce domaine.

Mentionner la santé environnementale pourrait même s'avérer contre-productif, madame la sénatrice. En effet, cette problématique ne doit pas être enfermée dans un ghetto : elle doit au contraire être prise en compte dans tous les aspects des politiques de santé publique, de prévention et de prise en charge. Il ne faut pas donner à penser que la santé environnementale ne ferait pas partie du champ de compétence de l'ARS. En conséquence, j'émetts un avis défavorable sur l'amendement.

J'aurai sans doute l'occasion de le redire à de nombreuses reprises : méfions-nous des énumérations dans la loi, car elles ne sont jamais exhaustives, préférons-leur des définitions générales.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Tout à fait !

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

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote.

**Mme Dominique Voynet.** La rédaction présentée par le texte pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique, qui selon M. le rapporteur satisfait l'amendement que j'ai défendu, prévoit en fait que « le schéma régional de prévention – et non le projet régional de santé – inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire ». Nous sommes là dans un champ tout à fait différent !

Par ailleurs, je suis d'accord avec vous, madame la ministre : les énumérations sont dangereuses dans la loi, car elles ne sont jamais complètes. Or l'alinéa sur lequel porte mon amendement n'évite pas cet écueil, puisqu'il ne mentionne ni la santé environnementale, ni les personnes en situation de handicap, ni les personnes âgées, et notamment les CLIC, les centres locaux d'information et de coordination, permettant la coordination gérontologique : il n'est donc pas certain que ces thèmes soient pris en compte. Il aurait été préférable, à mon sens, d'en rester à la définition générale selon laquelle le plan stratégique régional de santé « fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ».

Quoi qu'il en soit, je retire cet amendement, tout en appelant de mes vœux une loi plus concise, moins descriptive et plus robuste au regard de ce qu'elle emporte en termes de décision publique.

**M. le président.** L'amendement n° 885 est retiré.

L'amendement n° 942, 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 :

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

la santé au travail,

insérer les mots :

la santé en milieu carcéral,

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** On ne compte plus les rapports – à commencer par celui de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, publié en 2000 et intitulé « Prisons : une humiliation pour la République » – témoignant que la prison demeure un lieu où l'accès aux soins et la protection de la santé et de la dignité de la personne détenue, notamment malade, handicapée ou en fin de vie, ne sont pas assurés.

Les objectifs inscrits dans la loi du 18 janvier 1994 plaçant les soins en milieu pénitentiaire sous la responsabilité du ministère de la justice sont très loin d'être atteints, en particulier en matière d'équivalence entre les soins prodigués au sein des prisons et ceux qui sont dispensés à l'extérieur.

Les conditions d'hygiène sont souvent déplorables, ce qui facilite la propagation des maladies infectieuses. Quand le secret médical n'est pas bafoué, c'est la loi qui impose au personnel médical de passer outre et de prévenir le directeur de l'établissement pénitentiaire en cas de comportement dangereux du patient. Les extractions des détenus malades sont organisées dans une perspective uniquement sécuritaire, quand elles ne sont pas tout simplement annulées. Nombre de détenus présentent des conduites addictives et sont dépendants de la drogue et de l'alcool. Enfin, ils sont de plus en plus souvent atteints de troubles mentaux et ne sont pas à leur place, pour la plupart, dans un établissement pénitentiaire. Les moyens actuels ne permettent pas un suivi adapté. Pourtant, l'univers carcéral ne doit pas être un lieu où l'état de santé des personnes s'aggrave par manque de soins !

Dans son avis du 19 janvier 2006 sur la préservation de la santé, l'accès aux soins et les droits de l'homme, la Commission nationale consultative des droits de l'homme déclarait :

« Il n'est pas admissible qu'une personne obligée de payer sa dette à la société par une peine de prison puisse se voir également assujettie à une limitation de l'accès à la santé, et notamment de l'accès à des actions préventives que justifie une vulnérabilité particulière. La détérioration de la santé d'un détenu est un déni de droit, et se paie par l'alourdissement des obligations pesant le moment venu sur la société. Les conditions à réaliser pour rendre effectif le droit à la santé en prison reposent sur un ensemble de mesures concrètes qui ont été parfaitement recensées. Le problème est de passer à l'acte. »

Nous attendons que le Gouvernement passe à l'acte ! Le problème de la santé en milieu carcéral est loin d'être réglé, et il ne le sera guère plus si le projet de loi pénitentiaire en cours de navette est un jour finalement adopté, car ses dispositions restent bien en deçà des besoins et des exigences dictées par les règles pénitentiaires européennes, dont l'application est, de surcroît, gelée par la garde des sceaux.

C'est pourquoi le plan stratégique régional de santé doit intégrer la problématique de la santé des personnes détenues et de l'accès aux soins en milieu carcéral.

**M. Guy Fischer.** Parfait !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les soins dispensés aux détenus en milieu carcéral ou en milieu hospitalier font partie des missions de service public relevant des ARS. Cela est d'ailleurs spécifié expressément à l'article 1<sup>er</sup>, dans la rédaction présentée pour l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

Les dispositions nécessaires seront donc incluses directement dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, conclus avec les établissements de santé.

En conséquence, nous demandons le retrait de cet amendement ; sinon, nous émettrons un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Bien entendu, le plan stratégique, les schémas et les programmes qui en déclinent les modalités opérationnelles devront prendre en compte cette dimension, sur le plan réglementaire si cela est nécessaire et, en tout état de cause, dans les priorités d'action assignées aux ARS. Il n'est donc pas utile d'apporter cette précision dans le texte. C'est la raison pour laquelle j'émetts un avis défavorable.

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

**M. François Autain.** Votre argumentation ne me convainc pas, madame la ministre, d'autant que le texte ne fait jamais mention, à ma connaissance, de la santé en milieu carcéral. C'est la raison pour laquelle je maintiens mon amendement.

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

**M. Guy Fischer.** Le problème de la santé dans le monde carcéral est sous-estimé. Des efforts ont certainement été faits dans ce domaine au cours de ces dernières années, mais j'ai néanmoins été choqué par ce que j'ai pu constater lors des visites de prisons que j'ai effectuées en qualité de parlementaire.

Par exemple, à Lyon, si le récent transfert de la maison d'arrêt dans le nouvel établissement de Corbas a permis d'améliorer quelque peu les conditions de détention, la surpopulation carcérale demeure, avec toutes les difficultés qui en découlent, notamment en termes de comportement carcéral et d'état sanitaire. Ainsi, les jeunes détenus, qui connaissent déjà des problèmes sanitaires avant leur arrestation, voient leur état de santé s'aggraver.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ce n'est pas toujours vrai ! Quelquefois, cela constitue pour eux la première occasion d'être soignés !

**M. Guy Fischer.** Je suis d'accord avec vous, monsieur About, mais il n'en reste pas moins que la surpopulation carcérale rend plus difficile l'accomplissement de ces missions sanitaires.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ce sont des pathologies très particulières !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 942.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 886, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Dominique Voynet.

**Mme Dominique Voynet.** En écoutant François Autain évoquer la situation sanitaire dans les prisons, j'avais le sentiment que j'aurais pu transposer pratiquement mot pour mot son argumentation – privation de liberté mise à part, bien sûr – à l'état de santé des personnes accueillies en situation d'urgence.

Nos deux amendements ont pour objet essentiel de mettre l'accent sur des situations sanitaires désastreuses, en particulier celle des personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence, que leur état de santé trop longtemps négligé conduit souvent dans les services des urgences des hôpitaux, avec les difficultés que l'on connaît au moment de la sortie : les renvoyer dans des centres surchargés, c'est difficile ; les renvoyer à la rue, c'est inacceptable.

Le plan stratégique régional de santé, qui, bien sûr, comporte déjà des éléments relatifs à la santé des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, doit mettre l'accent sur les personnes accueillies dans les centres d'hébergement d'urgence et prévoir des dispositions spécifiques à leur égard.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il a déjà été rappelé que le projet régional de santé doit inclure un « programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies », qu'elles soient hébergées ou non. Les personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence relèveront de ce programme. L'amendement n° 886 nous semble par conséquent satisfait.

Il n'est par ailleurs pas utile de développer la définition des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

Nous demandons donc le retrait de l'amendement. À défaut, nous émettrions un avis défavorable.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

Hier, la discussion de l'amendement n° 879 de M. Desessard et du sous-amendement n° 1318 rectifié nous a donné l'occasion de souligner combien nous étions attentifs à cette question de l'accueil dans les structures d'urgence. Toutefois, il ne faudrait pas risquer, en mettant l'accent sur les personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence, d'occulter d'autres types de publics. La notion de public en situation de précarité et d'exclusion inclut bien évidemment les personnes accueillies en structures d'accueil et d'hébergement d'urgence, mais aussi toutes les autres personnes en situation de précarité. Il nous semble utile de garder une formulation générale.

Hier, M. Desessard a eu satisfaction, puisque son amendement tendant à ouvrir l'accès aux soins à tous ces publics, et non aux seules personnes accueillies dans les structures d'hébergement d'urgence, a été adopté. Ce point est donc explicitement précisé dans le projet de loi.

**M. le président.** Madame Voynet, l'amendement n° 886 est-il maintenu ?

**Mme Dominique Voynet.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je le mets aux voix.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1315, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La rédaction retenue par la commission pour l'article L. 1434-3 du code de la santé publique prévoit que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la CRSA, et les collectivités territoriales donneront un avis sur le projet régional de santé, le PRS.

Je l'ai dit et répété, la démocratie sanitaire est au cœur du projet que je défends. *(Murmures sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.)*

**M. Guy Fischer.** Oui ! Bien sûr !

**M. François Autain.** Vous avez une bien curieuse manière de la défendre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je m'adresse à ceux d'entre vous qui sont actuellement élus locaux ou membres d'une association promouvant un projet de santé : quand vous demande-t-on votre avis ? Peut-être, si vous siégez au conseil général, sur les questions médico-sociales ? Mais sur les politiques menées à l'hôpital, vous n'avez pas votre mot à dire, pas plus que sur la médecine de ville ! Et quelle vision d'ensemble avez-vous des politiques de santé ? Aucune !

Le projet de loi tel qu'il vous a été transmis par l'Assemblée nationale change radicalement les choses. Mon ambition est de renforcer la démocratie sanitaire. Cela m'a amenée à donner mon plein accord à l'élargissement des compétences de la CRSA et du conseil de surveillance de l'ARS afin de leur permettre de formuler un avis sur le plan stratégique régional de santé. Ce plan stratégique est en effet le document fondamental, où seront inscrits les objectifs de la région en matière de santé et la stratégie de l'ARS pour les atteindre, ainsi que les priorités d'action de celle-ci.

Concrètement, cela signifie que tous les élus – puisque les collectivités locales disposeront de représentants au sein tant de la CRSA que du conseil de surveillance de l'ARS – auront un droit de regard sur la totalité des politiques de santé conduites dans la région. Il s'agit d'un progrès majeur : cela vous permettra à tous, en tant qu'élus locaux, de prendre directement part à la préparation et à l'évaluation des politiques de santé menées en région.

La différence entre le plan stratégique régional de santé, qui conditionne toute la politique de l'ARS et sur lequel la CRSA émettra déjà un avis, et le projet régional de santé réside dans le fait que ce dernier est la déclinaison de tous les aspects opérationnels de l'action de l'agence et détaille ses faits et gestes. Qu'apporterait l'obligation de consulter tous les partenaires de l'ARS, toutes les collectivités territoriales de la région sur le PRS ? De la lourdeur, rien de plus ! On ne réunit pas les élus, les collectivités locales, les forces vives de la région pour entrer dans le détail des choses !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour l'ARS, ensuite, ce serait ajouter une difficulté : elle devrait organiser un débat permanent sur le moindre des programmes d'action,

ce qui diluerait dans le temps et remettrait en question la moindre initiative. L'ARS a aussi besoin de réactivité, de souplesse ! Qui plus est, les actuelles conférences de santé, qui comptent déjà entre soixante et cent vingt membres, verront leurs compétences élargies pour tenir compte des nouvelles missions des agences régionales de santé.

Il est clair que, même sur le plan matériel, faire délibérer une telle assemblée ainsi que toutes les collectivités locales – jusqu'à la moindre commune si l'on suit la rédaction actuelle du texte – sur ce type de document et à ce niveau de détail serait non seulement inopportun, mais extrêmement compliqué à mettre en œuvre, et même contre-productif.

Les évolutions adoptées lors de la lecture à l'Assemblée nationale constituent déjà un équilibre qui sanctuarise la démocratie sanitaire. Nous avons besoin d'une concertation large, d'une participation forte des élus locaux à la préparation et à l'évaluation des politiques de santé menées en région. Ce besoin, pour l'instant, est mal couvert – c'est une litote : il ne l'est pas du tout –, mais le texte permet d'y répondre pleinement.

Pour autant, nous avons aussi besoin, dans chaque région, d'une administration de la santé qui agisse et soit efficace. Tel est le sens de l'amendement que je vous présente.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Si nous suivions la proposition du Gouvernement, le projet régional de santé ne recevrait l'avis que du représentant de l'État dans la région, c'est-à-dire du préfet de région, qui par ailleurs est déjà président du conseil de surveillance de l'ARS.

Je suis donc au regret de devoir vous dire, madame la ministre, que la commission a émis à l'unanimité un avis défavorable sur cet amendement, qui tend à supprimer la consultation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et des collectivités territoriales. (*Marques d'approbation sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

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

**M. François Autain.** M. le rapporteur a eu raison de rappeler que la commission avait repoussé cet amendement à l'unanimité, et les explications que nous a fournies Mme la ministre ne nous font pas regretter notre vote.

En effet, vouloir défendre la démocratie sanitaire en supprimant tous les moyens qui permettent de la mettre en œuvre, c'est tout de même en avoir une curieuse conception ! Comment faire vivre cette démocratie sanitaire si l'on se prive de son instrument, le seul qui existe à l'échelon des agences régionales de santé, à savoir la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ? Vous n'en voulez pas, madame la ministre !

Par ailleurs, c'est un décret qui organisera l'application de cette mesure : il vous sera donc très facile de limiter la consultation des collectivités territoriales à celles qui seront effectivement concernées par la mise en œuvre du plan régional de santé.

Les arguments que vous avez développés ne sont absolument pas convaincants. Il est bien évident que nous voterons contre votre amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je crois que toutes les implications de la rédaction présentée n'ont pas été mesurées au moment de l'examen du texte en commission.

Je comprends bien l'utilité de la démocratie sanitaire, qui fait des progrès tout à fait considérables : je l'ai rappelé, les élus et les usagers pourront intervenir, donner leur avis sur les objectifs de santé pour la région, sur la stratégie suivie par l'ARS pour atteindre ses objectifs et sur ses priorités d'action. Mais quel est le rôle de l'agence régionale de santé ? Elle a besoin d'agir, elle a besoin d'exprimer aussi la responsabilité régaliennne de l'État et de l'assurance maladie !

**M. François Autain.** Ne parlez pas de démocratie sanitaire, alors ! Si c'est régalien, ce n'est pas démocratique !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous-mêmes êtes à la tête de collectivités territoriales, vous-mêmes avez à gérer des services, des administrations : imaginez que, dans un conseil général, pour faire marcher l'un de vos services, l'une de vos administrations, vous soyez obligés d'attendre la réunion et la délibération de tous les conseils municipaux de votre département avant de pouvoir prendre la moindre décision !

**M. François Autain.** Caricature !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Dans le cadre de vos responsabilités, vous n'accepteriez pas cela ! Voulez-vous ligoter l'administration sanitaire de votre pays ? Je vous le demande, mesdames, messieurs les sénateurs : il y a un temps pour la démocratie sanitaire, un temps pour la prise de responsabilités. C'est cela que je vous demande de bien distinguer ! N'imposez pas à l'État ce que vous n'accepteriez pas dans vos collectivités territoriales ; permettez-lui d'assumer les responsabilités sur lesquelles vous l'interpellez ! (*Applaudissements sur quelques travées de l'UMP.*)

**M. Alain Gournac.** Très bien !

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

**M. Bernard Cazeau.** Il ne faut pas tout confondre, madame la ministre ! Prenons l'exemple du conseil général de la Dordogne : il faudrait, d'après vous, qu'il demande aux 557 conseils municipaux du département de délibérer avant toute prise de décision ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est ce qui arrivera si vous rejetez cet amendement !

**M. Bernard Cazeau.** Mais non ! Nous vous demandons au maximum quatre ou cinq délibérations ! Il n'y a pas de comparaison possible ! Il ne faut pas travestir la réalité des choses, madame la ministre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne la travestis pas !

**M. Bernard Cazeau.** La commission, à l'unanimité, s'est émue de votre proposition. Il faut respecter la démocratie sanitaire !

Le groupe socialiste demande un scrutin public sur cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1315.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(*Le scrutin a lieu.*)

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

*(Il est procédé au comptage des votes.)*

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 168 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 944, 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 texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-3 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Il est soumis pour approbation au conseil de surveillance.

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Je le répète, l'article 26 du projet de loi révèle son caractère autocratique et dirigiste au travers de chacune des dispositions qu'il tend à insérer dans le code de la santé publique.

Voici en effet que le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé ne sera pas même avisé du projet régional de santé, alors qu'il était au moins informé des caractères stratégiques de celui-ci !

Outre que l'on peut s'interroger sur la distinction subtile entre plan stratégique régional de santé et projet régional de santé, le premier servant en quelque sorte de « chapeau » au second, force est de constater que nous sommes en présence, là encore, d'un montage juridique pour le moins déroutant.

Est-ce à dire, à la lecture de l'article 26, que le plan stratégique régional de santé n'est qu'un document synthétique regroupant de grandes orientations, plus ou moins générales, déclinées ensuite dans d'autres textes plus directement opérationnels ? Si tel est le cas, on peut s'étonner que le document qui fait sens pour la politique régionale de santé ne soit pas soumis aux mêmes règles d'avis et d'approbation que le plan stratégique.

Si le plan stratégique est le scénario d'un film dont le projet régional serait l'un des temps forts, il faut surtout éviter que le conseil de surveillance ne soit que le spectateur passif d'une œuvre au caractère de déjà-vu affirmé !

Tel est le sens de cet amendement, qui tend à faire du projet régional de santé l'un des éléments du dialogue entre le directeur général de l'ARS et le conseil de surveillance. Je vous invite, mes chers collègues, à l'adopter.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le conseil de surveillance est consulté sur le plan stratégique régional de santé et sur le CEPOM, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, de l'ARS. Il n'intervient pas dans l'application du projet régional de santé et n'a donc pas à approuver celui-ci.

La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 944.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 945, 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 :

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

la promotion de la santé

insérer les mots :

y compris de la santé au travail

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Nous ne renonçons pas à nos idées, surtout quand elles sont excellentes ! *(Rires sur les travées de l'UMP.)*

**M. Jean Bizet.** Quel humour !

**Mme Isabelle Debré.** Quelle modestie !

**M. Guy Fischer.** Nous souhaitons améliorer le texte.

**M. Henri de Raincourt.** Vous le voterez donc ? *(Sourires.)*

**M. Guy Fischer.** Aux termes de la rédaction proposée pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique, « 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 ». Bien que Mme la ministre nous ait affirmé qu'elle n'aimait pas les énumérations, je voudrais compléter celle-ci par les mots : « y compris de la santé au travail ».

En effet, un tel ajout nous semble particulièrement nécessaire, car nous savons tous combien la prévention est importante dans le domaine de la santé au travail.

D'ailleurs, les efforts de sensibilisation réalisés sur ce thème dans les entreprises, grâce aux directions du personnel et aux CHSCT, les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ont permis des avancées notables. Toutefois, nous ne devons pas nous satisfaire de la situation actuelle. Des différences existent selon les professions, bien sûr, mais la prévention demeure essentielle.

Sous sa forme primaire, la prévention peut permettre d'éviter la survenance de certains risques ou de certaines maladies. Je pense notamment aux pathologies liées au maintien et au positionnement, qui affectent particulièrement le dos des salariés, et parfois aussi celui des sénateurs, d'ailleurs ! *(Sourires.)*

Dans sa conception tertiaire, elle peut permettre le dépistage de certaines maladies, particulièrement les cancers professionnels qui sont la conséquence d'une exposition prolongée à l'amiante. Dans ce cas, un dépistage plus précoce, s'il n'aurait certes pas permis de guérir les victimes, aurait toutefois rendu possible une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement, y compris en fin de vie.

Surtout, une politique de prévention active aurait permis de lancer d'importantes campagnes de dépistage, qui auraient mis en lumière les risques et, peut-être, favorisé une réaction plus rapide des employeurs, évitant ainsi l'apparition

de cas supplémentaires. C'est ce qui a été fait, notamment, pour l'amiante, dont la nocivité est désormais reconnue par tous.

En matière de santé au travail aussi, il convient de s'investir vraiment dans la prévention!

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous non plus, nous ne renonçons pas à nos idées, qui nous semblent encore meilleures que celles du groupe CRC-SPG! (*Sourires.*)

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 945.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1035, 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 :

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

promotion de la santé,

insérer les mots :

à l'éducation pour la santé,

La parole est à Mme Dominique Voynet.

**Mme Dominique Voynet.** Je voudrais revenir brièvement sur les conséquences du rejet de l'amendement n° 1315.

Madame la ministre, il sera très compliqué de solliciter l'avis de toutes les collectivités locales, vous avez parfaitement raison de le souligner.

Toutefois, vous devez comprendre qu'il était impossible pour le Sénat d'adopter un amendement prévoyant que le projet régional de santé, qui est élaboré par le directeur général de l'ARS, ferait l'objet d'un avis du représentant de l'État. Cela donnait l'impression que le « superpréfet » sanitaire solliciterait l'avis du préfet, autrement dit que l'État se consulterait lui-même!

Nous ne sommes pas dans une situation très confortable, et je ne puis que déplorer, de nouveau, le choix du Gouvernement, qui n'a pas souhaité revenir sur la procédure d'urgence. Nous aurons, je le crains, d'assez mauvaises surprises à l'issue de l'examen de ce projet de loi que vous avez voulu et préparé, madame la ministre.

J'en viens à l'amendement n° 1035. Celui-ci vise à corriger un oubli. En effet, il me semble que la « promotion de la santé » et « l'éducation à la santé » ne se confondent pas tout à fait. À vrai dire, je regrette presque d'avoir retenu, dans la rédaction de mon amendement, l'expression « promotion de la santé », qui relève quelque peu du vocabulaire du *marketing*, parler d'« éducation à la santé » me semblant plus approprié.

Nous tenons en effet à une politique de santé publique qui englobe l'ensemble des dimensions de la prévention et de la santé environnementale. Le rôle important que joue le réseau des comités régionaux d'éducation à la santé doit être pris en compte dans les schémas régionaux de prévention.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'éducation « à la santé », et non « pour la santé », nous semble faire partie de la prévention et de la promotion de la santé. De grâce, évitons autant que possible les énumérations et les répétitions inutiles.

La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Madame Voynet, votre amendement est satisfait : l'article L. 1411-1 du code de la santé publique vise déjà spécifiquement, en son cinquième alinéa, « l'information et l'éducation à la santé de la population ».

En outre, le texte proposé pour l'article L. 1431-2 de ce code, qui est relatif aux missions de l'ARS, fait référence à cette conception de la politique de santé. L'éducation à la santé est donc mentionnée spécifiquement dans le projet de loi.

Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote.

**Mme Dominique Voynet.** Madame la ministre, qu'est-ce exactement que la « promotion de la santé » ?

Pour moi, il s'agit notamment de la stratégie suivie en matière de prévention et d'éducation, mais quelle est ici la signification spécifique du mot « promotion » ? Promouvoir la santé, cela revient-il à affirmer qu'il vaut mieux être en bonne santé que malade ?

J'aurais dû peut-être rectifier mon amendement, afin qu'il vise à remplacer les mots « promotion de la santé » par l'expression « éducation à la santé », sans doute plus adéquate.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** « Promotion de la santé » est une locution employée depuis plusieurs dizaines d'années, qui figure dans tous les manuels de santé publique. Je reconnais bien volontiers qu'il faudrait peut-être la définir plus finement, mais son sens n'en est pas moins clair. Un certain nombre d'actions ne relèvent pas uniquement de l'éducation à la santé, souvent comprise comme un ensemble de techniques utilisées pour s'adresser à des publics spécifiques, notamment scolaires : la promotion de la santé vise un public plus large.

**M. le président.** Madame Voynet, l'amendement n° 1035 est-il maintenu ?

**Mme Dominique Voynet.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je le mets aux voix.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 946, 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 texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Non seulement les inégalités sociales devant la maladie et la mort perdurent, mais elles s'aggravent.

Les experts présents au congrès des observatoires régionaux de la santé, les ORS, qui s'est tenu au mois d'octobre 2008 à Marseille ont souligné que de nombreux indicateurs témoignaient de l'aggravation des inégalités sociales en matière de mortalité.

Ainsi, à 35 ans, l'espérance de vie d'un cadre excède de six ans celle d'un ouvrier. Ce dernier court également beaucoup plus de risques que le premier de souffrir, en fin de vie, d'incapacités ou de dépendance.

Les ORS ont, en outre, mis en lumière un accroissement des inégalités face à la mortalité par cancer, ainsi qu'une aggravation des inégalités territoriales. On sait ainsi que les habitantes des zones urbaines sensibles présentent, sur le plan gynécologique, « un risque près de deux fois plus élevé de ne pas être suivies que celles habitant des quartiers de type "moyen" ou "supérieur" ».

Les ORS ont également recouru à une analyse territoriale plus fine pour prouver que, « à l'intérieur d'un même département, il peut y avoir des secteurs où la population est en bonne santé et d'autres à quelques kilomètres où la santé est très dégradée ».

Dans ces conditions, nous considérons que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales mérite que des objectifs précis lui soient assignés dans le cadre du schéma régional de prévention. C'est pourquoi nous souhaitons qu'il y soit explicitement fait référence dans le texte.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** On ne voit pas très bien à quoi le schéma régional de prévention servirait s'il ne tenait pas compte des besoins spécifiques de la région ou des problèmes particuliers auxquels peut être confrontée sa population.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La réduction des inégalités, mesdames, messieurs les sénateurs, est véritablement au cœur du rôle des agences régionales de santé, le projet de loi faisant de la lutte contre les inégalités sociales l'une de leurs missions majeures. L'article tendant à créer les ARS mentionne d'ailleurs d'emblée cet objectif. Le texte comporte ensuite de nombreuses dispositions allant dans ce sens ; nous venons d'ailleurs de discuter certaines d'entre elles.

Pour ces raisons, je ne suis pas favorable à l'amendement n° 946. Il ne s'agit pas d'une opposition fondamentale, puisque la philosophie qu'entendent promouvoir les auteurs de l'amendement est déjà inscrite en filigrane dans le texte.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 946 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je le mets aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 1071, présenté par MM. Rebsamen, 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, M. Mirassou, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Madame la ministre, selon le baromètre « droits des malades et qualité du système de santé » du Collectif interassociatif sur la santé, le CISS, 54 % des Français estiment que leur système de santé ne permet pas à tous les habitants de notre pays de bénéficier de la même qualité de soins quelle que soit leur situation sociale.

Cette donnée vient alimenter le débat engagé par le CISS, pour lequel « les craintes d'un glissement vers un système [de santé] de plus en plus inégalitaire persistent ». Aussi apparaît-il nécessaire d'inscrire comme public prioritaire du schéma régional de prévention les populations les plus fragilisées. Quand la prévention est mieux assurée, les dépenses de santé se trouvent réduites, les hospitalisations deviennent moins fréquentes et plus courtes, les coûts globaux sont moins élevés et l'exclusion des patients les plus fragiles socialement tend à régresser. Un meilleur accès à la prévention en amont réduit, en aval, les problèmes de santé et la demande de soins d'une population déjà fortement fragilisée.

C'est dans cet esprit que nous présentons cet amendement tendant à faire de l'amélioration de l'accès à la prévention pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion un objectif prioritaire du schéma régional de prévention.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies et l'articulation avec les actions en direction des personnes en situation de précarité sont visés à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Par ailleurs, comme je l'ai dit à propos de l'amendement précédent, il paraît aller de soi que la politique régionale de prévention doit prioritairement porter sur les problèmes des populations de la région.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Promouvoir l'accès à la prévention et aux soins pour les publics en situation de précarité est un objectif cardinal. Une disposition en ce sens avait d'ailleurs été introduite dans la loi de 1998, avec la mise en place du plan régional d'accès à la prévention et aux soins, le PRAPS.

Ce qui me gêne dans votre amendement, monsieur le sénateur, c'est que vous réduisez cette ambition au seul champ de la prévention. Cette dernière tient évidemment

une place tout à fait capitale, mais la question de l'offre de services de santé à destination des personnes en situation d'exclusion n'est pas moins importante.

C'est pourquoi le texte prévoit que le PRAPS sera l'un des programmes de déclinaison des schémas régionaux de santé. La rédaction que vous proposez me paraît en retrait par rapport à la mienne, qui présente l'intérêt d'inscrire la promotion de l'accès des personnes au système de santé comme un objectif transversal du schéma, concernant tant la prévention que l'offre de soins. Je suis donc défavorable à cet amendement.

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

**M. Guy Fischer.** La prévention constitue une préoccupation unanimement partagée.

Considérons, par exemple, la médecine scolaire, qui est aujourd'hui l'un des points faibles de notre système de santé. Certaines communes ont été contraintes de mettre en place, notamment dans les quartiers populaires, dans les zones menacées de ghettoïsation, de véritables dispositifs de prévention, en particulier en matière dentaire. En effet, la prévention est sacrifiée dès le collège, puis au lycée et à l'université, les établissements ne disposant souvent, comme pour les assistantes sociales, que de quarts de poste ou de demi-postes de médecin.

Aujourd'hui, dans les quartiers populaires, le problème de la prévention est plus aigu que jamais. Nous voterons donc, bien entendu, l'amendement n° 1071.

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

**M. Jacky Le Menn.** Madame la ministre, la rédaction que nous présentons ne me semble pas en retrait par rapport à la vôtre : elle est complémentaire.

En effet, nous mettons l'accent sur la prévention parce que, s'agissant des populations les plus fragilisées, c'est d'abord dans ce champ que des actions doivent être menées. Quelles que soient nos sensibilités respectives, nous partageons tous cette préoccupation. Rappeler à l'article L. 1434-5 du code de la santé publique qu'il s'agit d'un objectif prioritaire dans la perspective de la lutte contre la précarisation et l'exclusion ne peut donc nuire.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1071.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1072, 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 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 texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-5 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à M. René Teulade.

**M. René Teulade.** Comme vous venez très justement de le dire, madame la ministre, la prévention est un objectif cardinal. Sur ce point, nous ne pouvons que souscrire à vos propos. M. Fischer a lui aussi rappelé qu'il s'agissait d'une préoccupation permanente, la médecine scolaire et universitaire constituant peut-être le point faible du dispositif.

Il faudrait donc, à mon sens, que le texte précise que le projet régional de santé sera organisé de façon hiérarchisée autour d'un plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région et de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale.

Fort simple, notre amendement vise à élargir et à préciser le champ d'intervention du schéma régional de prévention. Il apparaît en effet souhaitable – cela vient d'être dit –, et même fondamental pour la santé de nos concitoyens, que le schéma régional de prévention englobe l'école, l'université et le monde du travail, afin de prévenir en amont les risques liés aux conditions de vie. Bien entendu, l'augmentation du nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles doit également être prise en compte.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je le répète, la santé au travail et la médecine scolaire ne relèvent pas directement de l'agence régionale de la santé, mais le plan stratégique régional de santé prévoira les articulations nécessaires.

La commission émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 1072.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'émetts un avis défavorable sur cet amendement. M'étant déjà longuement exprimée sur le sujet, je n'en dirai pas davantage, mais je reste bien sûr à votre disposition, mesdames, messieurs les sénateurs, si vous souhaitez des précisions complémentaires.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1072.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 88 rectifié est présenté par MM. J. Blanc, P. Blanc et Jarlier, Mme Payet et MM. Amoudry, Hérisson, Laménie, Bailly, Faure, Thiollière, Carle, Bernard-Reymond, Alduy, Juilhard, Saugey, Bêteille, B. Fournier, J. Boyer et Revet.

L'amendement n° 947 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° 1075 est présenté par Mme Bourzai, MM. Teulade, 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 Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

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

population

insérer les mots :

permanente et saisonnière

La parole est à M. Jacques Blanc, pour présenter l'amendement n° 88 rectifié.

**M. Jacques Blanc.** Il s'agit tout simplement de prendre en compte, dans le schéma régional d'organisation des soins, la réalité de la population dans toute sa diversité, qu'elle soit permanente ou saisonnière. L'afflux de touristes entraîne, en particulier en montagne et sur le littoral, des besoins supplémentaires en matière de santé à certaines périodes de l'année.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 947.

**Mme Annie David.** Cet amendement a pour objet d'assurer la prise en compte, dans les schémas régionaux d'organisation des soins, de la population saisonnière, notamment touristique, afin que les besoins en matière de santé puissent être appréciés au mieux. En effet, l'activité dans les zones de montagne et en bord de mer est généralement rythmée par le flux et le reflux d'une population saisonnière, ce qui rend nécessaire la mise en place d'une offre de soins adaptée.

En zones de montagne, par exemple, coexistent des populations très hétérogènes, présentant des risques pathologiques différenciés : les patients issus de la population locale souffrent de pathologies « classiques », tandis que les saisonniers, plutôt jeunes, se trouvent parfois en situation de précarité, voire de dépendance, et que les touristes sont victimes de traumatismes souvent liés à une pratique sportive, été comme hiver.

Il s'agit donc de prendre en compte la spécificité de la montagne dans l'offre de soins territoriale en vue de satisfaire de manière optimale les besoins de la population, conformément à la vocation première des SROS.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour présenter l'amendement n° 1075.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Sur la côte basque, la population triple pendant la période estivale, au cours de laquelle sont organisées de nombreuses fêtes, dont certaines, en particulier celles de Bayonne, sont considérées comme « à risques ». Il importe donc de tenir compte de cette réalité dans la détermination du contenu du schéma régional d'organisation des soins.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Mes chers collègues, cette question avait été examinée lors de l'examen du texte en commission. Nous avons alors considéré que le mot « population » recouvrait à la fois la population permanente et, le cas échéant, la population saisonnière.

À nos yeux, ces trois amendements identiques sont donc satisfaits, et nous demandons par conséquent à leurs auteurs de bien vouloir les retirer ; à défaut, nous serons contraints d'émettre un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si, à l'évidence, le terme « population » inclut la population saisonnière ou occasionnelle, la précision apportée semble tout de même utile, et j'émetts donc un avis favorable sur ces amendements. *(Marques de satisfaction sur de nombreuses travées. – Mme Anne-Marie Payet applaudit.)*

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

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

**M. Jacky Le Menn.** En commission, nous avons déjà fait valoir que la précision apportée par les amendements n'était pas superflue. Étant moi aussi, comme ma collègue Annie Jarraud-Vergnolle, un élu d'une région littorale, je puis confirmer que la population double ou triple en été, et il convient de pouvoir faire face aux besoins en cette période aussi, notamment en matière d'urgences.

**M. le président.** La parole est à Mme Josette Durrieu, pour explication de vote.

**Mme Josette Durrieu.** Il ne s'agit pas ici d'alourdir le texte de mots inutiles. Si nous sommes unanimes à souhaiter que la population saisonnière soit spécifiquement visée, c'est simplement parce qu'il nous paraît important de prendre en compte une réalité concernant, à des degrés divers, la plupart de nos départements.

J'évoquerai à mon tour un exemple,...

**M. Jean-Claude Gaudin.** Lourdes !

**Mme Josette Durrieu.** ... celui du département des Hautes-Pyrénées, qui compte 230 000 habitants permanents mais accueille tous les ans de 4 millions à 5 millions de touristes « ordinaires ».

**M. Jean-Claude Gaudin.** Et des pèlerins !

**Mme Josette Durrieu.** J'y viens, monsieur le maire de Marseille ! Chaque année, en effet, quelque 6 millions de pèlerins, de « touristes culturels », se rendent à Lourdes. L'an dernier, ils étaient même 9 millions !

Il est donc essentiel de prendre en compte cette réalité. J'espère que ces amendements seront votés à l'unanimité. *(Mme Gisèle Printz applaudit.)*

**M. François Autain.** Bravo !

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** La commission, en tout cas son président, prend tout à coup conscience de l'erreur colossale qu'elle s'appretait à commettre ! *(Rires.)* Nous pensions, à tort, que le directeur général de l'agence régionale de santé était capable de comprendre tout seul la nécessité de prendre en compte les besoins de l'ensemble de la population, y compris saisonnière. Revenus de cette erreur, nous nous rallions à l'avis de Mme la ministre ! *(Applaudissements.)*

**M. Guy Fischer.** Quel *mea culpa* !

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Je trouve tout de même dommage que le rapporteur et le Gouvernement émettent des avis contraires sur un tel sujet.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 88 rectifié, 947 et 1075.

**MM. Nicolas About, et Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Nous nous abstenons !

*(Les amendements sont adoptés.)*

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

**M. le président.** L'amendement n° 1076, présenté par Mme Bourzai, MM. Teulade, 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. Fauconier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

, déterminée en termes de temps de parcours

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

**Mme Annie Jarraud-Vergnolle.** Cet amendement a pour objet de préciser que la notion d'accessibilité géographique doit être appréciée en termes de temps de parcours, afin de tenir compte du relief et des spécificités climatiques des territoires couverts par le schéma régional d'organisation des soins.

Dans mon département, qui compte aussi des zones de montagne, il faut un certain temps pour que les secours parviennent jusqu'à Esterrençuby ou à Eysus. Ainsi, dans cette dernière commune, voilà quelques années, un maire qui participait à une conférence sur le logement n'a pu être secouru à temps, à la suite d'une crise cardiaque, parce que l'hélicoptère n'est arrivé qu'au bout d'une heure. Le temps de parcours me semble donc être un élément primordial à prendre en compte.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il nous semble évident que le temps de parcours doit être pris en compte en matière d'appréciation de l'accessibilité géographique. Pour autant, la commission n'a pas souhaité inscrire cette précision dans le texte, pour la simple et bonne raison que ce n'en est pas une.

Le temps de parcours pouvant varier considérablement, il n'est pas possible d'en donner une évaluation valable dans toutes les circonstances. En revanche, il est clair que l'on n'appréciera pas de la même façon l'accessibilité géographique selon qu'il s'agit d'une région de plaine bien desservie et au climat tempéré ou d'une région montagneuse et enclavée.

La commission avait, dans un premier temps, émis un avis défavorable sur cet amendement. Cependant, puisque l'heure est à la repentance, nous attendons de connaître l'avis du Gouvernement pour nous prononcer définitivement ! (*Sourires.*)

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

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

**M. René-Pierre Signé.** L'important, c'est le délai de mobilisation des secours.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1076.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 948, 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. 1434-6 du code de la santé publique par les mots :

ainsi que de l'accessibilité à des tarifs opposables

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Notre amendement vise à rédiger le premier alinéa du texte proposé par l'article 26 pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique de la manière suivante :

« 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, ainsi que de l'accessibilité à des tarifs opposables. »

Madame la ministre, nous avons eu l'occasion de vous faire part de nos préoccupations en matière d'accès à des soins dispensés selon les tarifs opposables. Pour des raisons financières, un nombre croissant de nos concitoyens renoncent à des soins ou décident de ne plus cotiser à une mutuelle complémentaire, ne pouvant par ailleurs prétendre aux aides mises en place pour en favoriser l'accès.

Vous venez de refuser, une nouvelle fois, de prendre en compte l'accessibilité des soins dans la définition des missions et des compétences de l'agence régionale de santé, ainsi que dans le projet régional de santé.

Avec cet amendement, nous entendons proposer que garantir la possibilité de bénéficier de soins dispensés selon les tarifs opposables constitue une priorité lors de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins. En effet, si l'accessibilité géographique peut parfois constituer une entrave aux soins, il faut également tenir compte d'un autre élément susceptible de provoquer les mêmes conséquences, à savoir le manque de médecins respectant les tarifs opposables. Dans certaines zones, notamment en banlieue, on ne trouve plus de médecins pratiquant les tarifs opposables dans telle ou telle spécialité. Il est donc nécessaire de lutter contre cette évolution.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur Autain, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement. Aux termes de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, le SROS fixe, en fonction des besoins de la population et par territoire de santé, les missions de service public qui devront être assurées et dans le cadre desquelles est imposée la garantie d'une prise en charge aux tarifs opposables.

Votre amendement étant satisfait, je vous demande de bien vouloir le retirer ; à défaut, j'y serai défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Autain, l'accessibilité des soins est en effet une question centrale. Tout à l'heure, je n'ai aucunement refusé de prendre en compte le critère géographique ; j'ai simplement jugé que la disposition présentée était peu ou pas opérationnelle.

L'accessibilité des soins, tant géographique que financière, est véritablement au cœur du projet de loi. La prise en compte d'une offre relevant du secteur 1 est, à cet égard, un élément essentiel. Sur ce point, le projet de loi renvoie à un arrêté les modalités de définition du zonage. Je souhaite qu'un certain nombre de critères objectifs, qu'il conviendra de définir avec l'assurance maladie et parmi lesquels figurera la proportion de professionnels exerçant en secteur 1, permettent de définir pour chaque région la répartition de la population dans les différents types de zones, des surdotées aux plus sous-dotées.

Cette clé de répartition doit être la même pour toutes les régions. Nous ferons ce travail d'élaboration, qui relève à la fois d'une démarche réglementaire et d'une concertation avec les acteurs concernés. Dans cette attente, je suis défavorable à cet amendement.

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

**M. François Autain.** Vos propos seraient plus crédibles, madame la ministre, si vous aviez accepté le maintien de l'amendement Préel, voté à l'Assemblée nationale, qui tendait à instaurer, dans certaines régions, l'obligation, pour les cliniques, de proposer un certain pourcentage d'actes effectués aux tarifs opposables, afin de permettre à certaines populations d'accéder à ces derniers.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Ce dispositif aurait eu l'effet inverse!

**M. François Autain.** M. le rapporteur a proposé la suppression de cette disposition. Cela prouve bien que, au-delà des mots, votre intention n'est pas de lutter efficacement contre ce véritable fléau, qui conduit un certain nombre de nos concitoyens à renoncer à des soins.

Par ailleurs, s'il est vrai, monsieur le rapporteur, que l'accès à des soins aux tarifs opposables est prévu dans le cadre des missions de service public, qu'en est-il hors de ce dernier? Dans ce cas, le texte n'offre aucune garantie à nos concitoyens en matière d'accès à des soins dispensés selon les tarifs opposables.

Les réponses qui m'ont été apportées étant insuffisantes, je maintiens mon amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Josette Durrieu, pour explication de vote.

**Mme Josette Durrieu.** Madame la ministre, excusez-moi de vous rappeler de mauvais souvenirs, mais je dois souligner, à cet instant, que le Conseil d'État, saisi en appel à la suite d'une procédure de référé, vous a donné tort sur cette question de l'accès aux soins à propos de la maternité des hôpitaux de Lannemezan, dont je préside le conseil d'administration!

D'autres contentieux du même ordre sont en cours, et nous verrons quelle en sera l'issue. On pose à juste titre le problème de la sécurité des soins dans les établissements hospitaliers, mais le juge a précisé que la question de la sécurité d'accès à l'hôpital devait également être prise en considération. Pour l'heure, cette position arrêtée par la justice de notre pays est incontournable. Il conviendra donc de la rappeler systématiquement, comme je le fais à l'instant. Chacun doit pouvoir accéder à un lieu de soins situé à moins de quarante-cinq minutes de son domicile. Nous devons adapter nos textes en conséquence.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 948.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1073, présenté par MM. Rebsamen, 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, M. Mirassou, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Claude Jeannerot.

**M. Claude Jeannerot.** On peut regretter la suppression, dans le texte qui nous est soumis, de toute référence à la procédure d'élaboration des nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins. En effet, ce qui est en question ici, c'est la pertinence de l'analyse des besoins.

Cet amendement a donc pour objet de définir explicitement la méthode d'élaboration des SROS. Nous voulons préciser, en particulier, que le SROS est arrêté à la lumière de l'évaluation des besoins de la population en matière de santé et de leur évolution, compte tenu notamment des données démographiques et épidémiologiques, ainsi que des progrès des techniques médicales, après analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante.

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

**M. Alain Milon,** *rapporteur.* L'absence, dans le projet de loi, de précisions relatives à l'élaboration des SROS ne nous paraît pas choquante, et ce pour deux raisons: d'abord, ces dispositions sont d'ordre réglementaire; ensuite et surtout, il semble évident que l'on ne peut pas répondre aux besoins de la population et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins si l'on n'a pas, au préalable, évalué ces besoins ni analysé la situation existante.

La commission considérant qu'il est inutile de rappeler dans la loi la nécessité de ces évaluations et analyses, elle a émis un avis défavorable sur l'amendement.

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Le projet de loi définit les missions de l'ARS et les principes qui guident son action. Il est notamment précisé que l'ARS devra « organiser l'offre de soins pour répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux de la population ». À quoi bon rappeler ce principe à chaque article ou à chaque alinéa visant à définir les différents plans, missions, programmes ou objectifs? Cela reviendrait à alourdir inutilement le texte.

J'émet donc un avis défavorable sur l'amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1073.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 82 est présenté par M. Beaumont.

L'amendement n° 1074 est 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

établissements et services médico-sociaux,

insérer les mots :

les centres de santé,

La parole est à M. René Beaumont, pour présenter l'amendement n° 82.

**M. René Beaumont.** Cet amendement est très simple : les centres de santé ne figurant pas dans la liste des structures relevant du schéma régional d'organisation des soins, je souhaite réparer cet oubli.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Printz, pour présenter l'amendement n° 1074.

**Mme Gisèle Printz.** Cet amendement vise, parmi d'autres, à préciser les missions des centres de santé et leur rôle, important, dans notre système de soins. Il porte sur le schéma régional d'organisation des soins, qui, aux termes du projet de loi, a pour vocation de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins. Il s'agit de mentionner clairement les centres de santé parmi les différentes structures – établissements de santé, services médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, etc. – pouvant coopérer pour répondre aux besoins de la population.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les centres de santé sont mentionnés au quatrième alinéa du texte proposé pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique. Il ne semble donc pas nécessaire de les faire figurer dans la liste figurant au deuxième alinéa, qui n'est d'ailleurs pas exhaustive.

Je demande donc aux auteurs de ces deux amendements de bien vouloir les retirer. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mesdames, messieurs les sénateurs, vous connaissez mon attachement aux centres de santé, auxquels j'ai d'ailleurs confié des missions supplémentaires et ouvert de nouvelles possibilités par le biais des deux dernières lois de financement de la sécurité sociale.

L'argumentation de M. le rapporteur est tout à fait recevable. Il est évident, monsieur Beaumont, que les centres de santé sont intégrés au SROS ambulatoire. Néanmoins, pour vous être agréable, je m'en remets à la sagesse de la Haute Assemblée. *(Ah ! sur les travées de l'UMP.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 82 et 1074.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1077, 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 :

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

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Une organisation des soins cohérente doit fédérer tous les acteurs susceptibles de contribuer à la réalisation des objectifs de santé, tels qu'ils apparaissent dans la définition large retenue dans le projet de loi. Cet amendement s'inscrit, nous semble-t-il, dans l'esprit du texte.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La répétition est peut-être l'essence de la pédagogie ! Je rappelle, une fois de plus, que les ARS n'ont pas de compétence directe en matière d'organisation des services de santé au travail.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est défavorable, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1077.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 87 rectifié, présenté par MM. J. Blanc, P. Blanc et Jarlier, Mme Payet et MM. Amoudry, Hérisson, Laménie, Bailly, Faure, Thiollière, Carle, Bernard-Reymond, Alduy, Juillard, Saugey, J. Boyer, B. Fournier et Revet, est ainsi libellé :

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

et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires

La parole est à M. Jacques Blanc.

**M. Jacques Blanc.** Paul Blanc et moi-même partageons une même expérience d'élus de territoires ayant su accueillir des personnes handicapées dans des conditions très favorables pour elles. Leur présence doit être intégrée dans l'analyse des besoins en matière de santé pour demain.

De même, certains territoires, du fait de l'environnement et du climat dont ils bénéficient, ont une vocation d'accueil sanitaire ou social. Il est important que cette vocation soit prise en compte dans la préparation du SROS, afin d'éviter que, par un raisonnement trop arithmétique, on se contente de déterminer le nombre de lits en fonction de la population.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission considère qu'il est effectivement souhaitable de tirer parti des atouts que présentent certains territoires pour l'accueil des personnes handicapées et convalescentes. Elle émet donc un avis favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Pour ma part, je formulerais plutôt une demande de retrait de l'amendement.

Il n'est évidemment pas question de ne pas tenir compte de la spécificité de certains territoires, situés notamment dans le Massif central et, plus largement, dans le centre de la France, qui, comme l'a fort justement dit Jacques Blanc, possèdent une tradition, et même une culture d'accueil au sein de leurs établissements médico-sociaux. Je rappellerai l'implication sur cette question de l'ancien Président de la République, Jacques Chirac, dans son département de Corrèze, qui avait placé l'action en faveur des personnes handicapées et ces structures d'accueil au cœur de son projet local. Je sais, monsieur le sénateur, que vous partagez le même souci humaniste.

Cela étant, c'est précisément la vocation du pilotage régionalisé des politiques de santé que de proposer des réponses adaptées aux besoins locaux, ainsi que de valoriser les compétences, les expériences et les bonnes pratiques qu'ont su développer les territoires. Tel est l'objet de l'élaboration des SROS, qui répondent tout à fait à votre préoccupation.

Votre amendement étant satisfait, je vous demande, monsieur le sénateur, de bien vouloir le retirer.

**M. le président**. Monsieur Jacques Blanc, l'amendement n° 87 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jacques Blanc**. J'ai bien entendu vos arguments, madame la ministre, mais vous comprendrez certainement que j'aie besoin de voir confirmer dans le texte ce que vous venez d'indiquer. Non seulement cette disposition ne fait pas double emploi, mais elle peut prévenir des risques de dérapage à l'avenir. Je maintiens donc cet amendement.

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

**M. Paul Blanc**. Je voudrais rappeler les résultats tout à fait satisfaisants obtenus dans des établissements de santé accueillant de jeunes asthmatiques, notamment dans le Briançonnais et sur le plateau cerdan, autour de Font-Romeu.

Certes, je n'ignore pas les progrès enregistrés par la médecine et l'allergologie, avec en particulier la découverte des dermatophagoïdes. Il n'en demeure pas moins que les séjours en altitude engendrent pour les enfants des bénéfices thérapeutiques remarquables.

Je déplore une trop forte tendance à fermer des établissements, sur le plateau cerdan, au motif qu'ils ne reçoivent plus des enfants venus des quatre coins de la France : il faudrait s'en tenir aux besoins de la population locale, réputés largement satisfaits.

Je ne partage nullement ce point de vue et souhaite, comme mon collègue, confrère et néanmoins ami Jacques Blanc, le maintien de l'amendement n° 87 rectifié.

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 87 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président**. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 987, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé :

Après la référence :

L. 1411-12

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

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc**. La mise en place d'un schéma d'organisation des soins ambulatoires, même si celui-ci ne sera pas opposable dans un premier temps, débouchera à terme sur une opposabilité, à l'instar de ce qui s'est passé pour le SROS hospitalier. Or les cabinets ambulatoires sont des structures légères, dont le fonctionnement exige souplesse et adaptabilité. L'opposabilité du SROS ambulatoire instituerait, de fait, un système rigide, dont la gestion serait très difficile.

**M. Gilbert Barbier**. Très bien !

**M. le président**. L'amendement n° 1098, présenté par MM. Botrel, Fichet, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier, Blondin et Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, M. Fauconnier, 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 quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, remplacer les mots :

biologie médicale et des réseaux de santé

par les mots :

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

La parole est à M. Yannick Botrel.

**M. Yannick Botrel**. Cet amendement a pour objet de prévoir très explicitement que l'offre médicale de premier recours soit prise en compte par le schéma régional d'organisation des soins. Il s'agit pour nous de faire écho aux préoccupations et aux difficultés des territoires où cette offre n'est désormais disponible que très partiellement, voire bientôt plus du tout dans certains cas.

La population est extrêmement sensible à cette situation et s'inquiète des conséquences qui ne manqueront pas d'en découler un jour ou l'autre. J'en veux pour preuve les résultats d'une enquête sur les services à la population menée dans le département des Côtes-d'Armor : 72 % des personnes interrogées placent en tête des services au public prioritaires les médecins de premier recours. Ce chiffre se passe de commentaire !

Or, les aides à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires en médecins n'ont pas, à ce jour, produit de résultats significatifs ou se sont même révélées inopérantes.

Il paraît admis que le schéma régional d'organisation des soins doit prioritairement répondre aux besoins de santé rencontrés ou exprimés à l'échelle des territoires. Chacun a conscience de l'existence de disparités, voire d'inégalités territoriales, en matière tant d'offre de soins de proximité que de pathologies. De nombreuses régions sont aujourd'hui menacées par la démedicalisation rampante ; d'aucuns évoquent déjà des déserts médicaux, s'agissant notamment des généralistes. Ainsi, à l'heure actuelle, dans le Centre-Ouest-Bretagne, 56 % des médecins généralistes ont plus

de 55 ans, 34 % plus de 60 ans, et le remplacement des médecins qui partent à la retraite n'est d'ores et déjà plus assuré. En clair, ce territoire comptera un tiers de médecins de moins qu'aujourd'hui d'ici à cinq ans ! Ce sont là des données objectives.

Dès lors, comment faire face à cette carence ? Il appartient manifestement au schéma régional d'organisation des soins de prendre en compte une situation dont tout indique qu'elle ne peut que s'aggraver et, bien évidemment, d'y apporter des réponses.

D'un point de vue général, l'augmentation du *numerus clausus* constituerait une première réponse à la désertification médicale. Si les médecins ne sont pas en nombre suffisant, rien n'est possible.

Sans doute faudrait-il aussi que des mesures fortes d'accompagnement permettent le regroupement de ces professionnels de santé au sein de maisons médicales de proximité.

Enfin, il faudrait que les médecins puissent consacrer le meilleur de leur temps à l'exercice de leur métier plutôt qu'à des tâches administratives qui les accaparent désormais, de leur propre aveu, bien au-delà du raisonnable !

Il est urgent de passer aux actes. Il y va de l'égalité d'accès aux soins de base pour nos concitoyens, qui est aussi un aspect essentiel de l'aménagement du territoire national. Nul ne saurait être pénalisé du fait de son lieu de résidence ! On ne peut abandonner une partie de la population française, qui connaît déjà et connaîtra encore davantage à l'avenir, à défaut de mesures volontaristes, des difficultés pour se soigner.

L'amendement que nous vous proposons d'adopter, mes chers collègues, vise à permettre une meilleure prise en compte de la réalité de chaque situation territoriale. Sans doute n'est-il pas vain de rappeler, en conclusion, que le Préambule de notre Constitution dispose que la Nation garantit à tous la protection de la santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur Paul Blanc, l'exposé des motifs du projet de loi précise que le schéma ambulatoire n'est pas opposable, et aucune disposition du projet de loi ne contredit cette affirmation.

Cela étant, si le SROS ne faisait pas état des besoins en implantations dans le domaine de la médecine de ville, des laboratoires de biologie, des réseaux de santé et d'un certain nombre d'autres structures de premier recours, il serait gravement incomplet et ne permettrait pas une bonne organisation des parcours de soins et de la coordination des soins.

La commission serait défavorable à l'amendement n° 987 s'il devait être maintenu.

Quant à l'amendement n° 1098, le début de l'alinéa visé prévoit que le SROS indique les besoins en implantations des structures correspondant à l'offre de premier recours : il paraît inutile de le répéter à la fin du même alinéa !

La commission est donc défavorable à l'amendement n° 1098.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je sollicite le retrait de l'amendement n° 987. Si nous sommes tous convaincus de la nécessité de lutter contre la désertification médicale et d'agir efficacement sur la démographie médicale, nous avons besoin, pour ce faire, d'un diagnostic très précis sur la situation, à cet égard, des différents territoires.

Ce diagnostic, absolument indispensable, doit évidemment reposer sur une cartographie très fine. En effet, j'entends souvent dire que les médecins sont beaucoup plus nombreux dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur que dans la région Nord-Pas-de-Calais. Certes, mais on identifie, dans la première, des zones désertifiées sur le plan médical, et, dans la seconde, des zones de surdensité médicale.

Il convient donc d'établir une cartographie d'une grande précision, en relation avec les élus locaux, les professionnels de santé, les associations qui mettent en œuvre des projets de santé, pour faire en sorte de déboucher sur un schéma d'organisation, lequel ne sera évidemment pas opposable, comme l'a dit M. le rapporteur, et n'a pas vocation à le devenir. Il devra cependant permettre de prendre en compte l'ensemble des professionnels de santé acteurs du champ ambulatoire.

Établir cette cartographie des territoires s'impose d'autant plus que, si le SROS n'est pas opposable, l'ARS se comportera, conformément à la demande des professionnels de santé, en guichet unique pour flécher un certain nombre d'aides visant à permettre un rééquilibrage de la démographie médicale sur l'ensemble du territoire.

Nous ne pouvons donc pas nous priver d'un schéma qui dresse un état des lieux et des besoins de la population. C'est la raison pour laquelle je demande à M. Paul Blanc de bien vouloir retirer son amendement.

L'amendement n° 1098, quant à lui, me semble satisfait, puisque le projet de loi prévoit déjà clairement que le volet ambulatoire du SROS indiquera les implantations d'offres de soins nécessaires pour répondre aux besoins, s'agissant notamment des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé et des maisons de santé. Je sollicite donc également le retrait de cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Paul Blanc, maintenez-vous l'amendement n° 987 ?

**M. Paul Blanc.** Je remercie Mme la ministre de ses explications, qui m'ont rassuré. Je retire l'amendement n° 987, ayant bien noté que le SROS ne sera pas opposable.

**M. le président.** L'amendement n° 987 est retiré.

Monsieur Botrel, maintenez-vous l'amendement n° 1098 ?

**M. Yannick Botrel.** Je remercie moi aussi Mme la ministre de ses explications, mais pour ma part elles ne me satisfont pas complètement. Je partage son analyse sur la nécessité d'un diagnostic de la situation des territoires, mais il ne me paraît pas inutile d'insister une nouvelle fois dans le texte sur l'importance de définir, dans le SROS, l'offre de soins de premier recours dans les zones où la démographie médicale est déficitaire. Il s'agit là d'un problème crucial dans de nombreuses régions, de façon ponctuelle ou sur l'ensemble de leur territoire.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1098.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)*

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1279, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-6-1 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 *ter* du code général des impôts. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Il s'agit de préserver une base légale au zonage existant et, par conséquent, aux mesures incitatives et de régulation, qui sont d'ailleurs essentiellement conventionnelles.

Le présent amendement vise à préciser sans ambiguïté que les ARS définissent les zones d'application des politiques incitatives dans le cadre des SROS en s'appuyant sur des critères nationaux fixés par arrêté.

Actuellement, ces zonages sont réalisés par les missions régionales de santé, qui ont vocation à être intégrées dans les ARS.

En fait, aucune modification n'est apportée à la mécanique du zonage. Des critères sont définis à l'échelon national afin de répartir de manière juste entre les régions le bénéfice des mesures incitatives attachées aux cinq types de zones. Il faut, évidemment, en garantir le périmètre pour éviter que, dans une ou plusieurs régions, l'ensemble de la population médicale bénéficie d'une mesure d'incitation financière alors que l'accès à cette même mesure serait très restreint ailleurs.

Par ailleurs, la répartition fine de ces zones sur le territoire régional doit se faire en concertation avec les professionnels de santé, les élus et les patients. Elle tiendra compte des spécificités régionales, bien entendu, afin de contribuer véritablement à un projet d'aménagement du territoire de santé. Les mesures de régulation fondées sur les zonages pourront être définies par des accords conventionnels ou par des dispositions législatives diverses. Évidemment, il est fondamental que ces mesures viennent renforcer la politique d'organisation de l'offre de soins régionale telle qu'elle aura été mise au point, en concertation avec les acteurs, dans le cadre du SROS.

**M. le président**. L'amendement n° 988, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé :

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

des mesures

insérer le mot :

incitatives

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc**. Cet amendement, d'une simplicité enfantine, vise à préciser le caractère incitatif des mesures.

Madame la ministre, à plusieurs reprises, vous avez employé le terme « incitatives », mais je souhaite qu'il figure dans le projet de loi.

**M. Bernard Cazeau**. Vous avez voté contre !

**M. Guy Fischer**. Eh oui !

**M. Paul Blanc**. Comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, je regrette vivement que, depuis 2006 et l'établissement d'une première liste, plus rien n'ait été entrepris pour identifier les zones sous-médicalisées.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Les listes étaient incohérentes !

**M. Paul Blanc**. Or certaines collectivités territoriales ont pris des dispositions pour aider, par exemple, à l'installation de maisons médicales, uniquement dans les zones identifiées comme sous-médicalisées.

Dans les Pyrénées-Orientales, en particulier, mais c'est également le cas dans d'autres départements de France...

**M. Jacques Blanc**. La Lozère !

**M. Paul Blanc**. ... il existe des zones sous-médicalisées qui n'ont jamais été identifiées comme telles, ce qui les empêche de bénéficier des mesures incitatives prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Chat échaudé craignant l'eau tiède, je souhaite que ces mesures incitatives soient inscrites dans le présent texte.

N'attendons pas la mise en place des ARS et la parution des décrets d'application pour identifier les zones sous-médicalisées : si nous perdons encore du temps, la désertification médicale ne fera que s'aggraver compte tenu du départ à la retraite d'un certain nombre de médecins. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

**M. Bernard Cazeau**. Ils viennent de voter contre un amendement similaire, et ils applaudissent !

**M. le président**. L'amendement n° 1078, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, 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 :

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

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny**. L'article visé du code de la santé publique définit les zones de mise en œuvre des mesures prévues pour favoriser l'installation des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Cet amendement tend à inscrire clairement dans le projet de loi que les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires ont un rôle déterminant à jouer dans la lutte contre la désertification médicale, même s'il n'existe pas de solution miracle.

**M. le président**. L'amendement n° 1164, présenté par MM. Mézard, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

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

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

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

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

La parole est à M. Jacques Mézard.

**M. Jacques Mézard.** S'il est tout à fait indispensable qu'une offre de soins soit disponible partout, celle-ci peut se révéler purement théorique si elle n'est pas financièrement accessible à la partie de la population qui n'a pas les moyens d'acquitter des dépassements d'honoraires. L'offre de soins doit être accessible à tous.

**M. le président.** L'amendement n° 1165, présenté par MM. Mézard, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jean Milhau.

**M. Jean Milhau.** Dans le même esprit que les précédents, cet amendement a trait aux mesures prévues pour favoriser l'installation des professionnels de santé dans des zones considérées comme sous-dotées sur le plan médical. Il vise à prévoir que ces mesures seront incitatives dans ces dernières, et éventuellement désincitatives, de façon graduée, dans les zones considérées comme sur-dotées. Le rapport Bernier soulignait déjà l'intérêt de telles mesures.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission est favorable à l'amendement n° 1279 du Gouvernement.

L'amendement n° 988, qui vise à préciser le caractère incitatif des dispositions, nous paraît inutile dans la mesure où il est impossible de contraindre un professionnel de santé libéral à s'installer là où il ne le souhaite pas. La commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Pour ce qui est de l'amendement n° 1078 du groupe socialiste, la commission émet un avis défavorable. Sans même parler du fond, cet amendement est difficilement compréhensible. Que faut-il entendre par des mesures « désincitatives, déterminées de façon graduée » ? Il en va de même pour l'amendement n° 1165.

Enfin, en ce qui concerne l'amendement n° 1164, je note que l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1434-6 du code de la santé publique prévoit déjà, entre autres choses, l'incitation à l'installation de centres de santé, disposition qui contribuera à développer, comme le souhai-

tent les auteurs de l'amendement, une offre de soins à des tarifs accessibles. La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement n° 988 vise à préciser que les mesures mises en œuvre pour l'installation des professionnels de santé seront exclusivement incitatives.

Les schémas feront apparaître des zones plus ou moins bien dotées sur le plan médical, et cette cartographie fondera la mise en œuvre de mesures de régulation incitatives et, le cas échéant, de mesures désincitatives, à condition que ces dernières aient fait l'objet d'accords conventionnels. Je rappelle que des mesures désincitatives existent déjà, en particulier pour les infirmières.

**M. François Autain.** Oui, mais pas pour les médecins !

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

**Mme Dominique Voynet.** Si ça vaut pour les infirmières, ça devrait valoir également pour les médecins !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'ensemble des acteurs politiques et professionnels ont salué le fait que les infirmières se soient engagées volontairement, avec l'assurance maladie, dans un processus de régulation des installations dans les zones les mieux dotées, en contrepartie de revalorisations importantes de leurs tarifs.

L'adoption d'un tel amendement entraverait la démarche conventionnelle qui a été engagée par les infirmières et les infirmiers. Bien sûr, cette démarche s'appuie sur les zonages définis dans les SROS. Il est important que la loi autorise la mise en œuvre de telles mesures. Nous souhaitons privilégier les mesures incitatives, cependant la négociation conventionnelle aboutira peut-être demain à l'acceptation, par les professionnels, de certaines mesures désincitatives, qui ont d'ailleurs toujours des contreparties financières importantes. Se priver de cette possibilité ne me paraît pas opportun.

C'est la raison pour laquelle je demande le retrait de cet amendement, dont l'adoption rendrait de plus caduque la négociation conventionnelle menée par les infirmières et l'assurance maladie.

Par ailleurs, je suis défavorable à l'amendement n° 1078. Évidemment, je partage pleinement la volonté exprimée d'encourager le développement des formes d'exercice groupé. J'ai inscrit à cet effet dans le projet de loi plusieurs dispositions concrètes concernant les centres de santé, les maisons de santé, les pôles de santé. Ces dispositions, qui ont été fort heureusement renforcées par la commission, devraient répondre aux préoccupations des auteurs de l'amendement.

Concernant l'amendement n° 1164, j'ai déjà indiqué précédemment que la problématique de l'accessibilité financière de l'offre de soins ambulatoires était prise en compte par les SROS.

**M. François Autain.** Tu parles !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Votre demande est donc satisfaite, monsieur Mézard, et j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. François Autain.** Elle n'est pas satisfaite !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis défavorable, pour les raisons que j'ai déjà évoquées à propos de l'amendement n° 988, à l'amendement n° 1165, qui vise à

préciser que les mesures relatives à l'installation seront incitatives dans les zones sous-dotées, et éventuellement désincitatives et graduées dans les zones surdotées.

La répartition des internes, le volet ambulatoire des schémas régionaux, la généralisation des coopérations entre professionnels de santé, le développement des modalités d'exercice groupé sont des leviers d'action importants. L'adoption de la mesure présentée risquerait d'accentuer la fuite des médecins généralistes libéraux vers d'autres modes d'exercice que la médecine générale de premier recours. Cet argument est très souvent développé par le président de la commission, et j'y souscris totalement. Un certain nombre d'effets contre-productifs seraient à craindre.

**M. le président.** La parole est à M. Jacques Blanc, pour explication de vote sur l'amendement n° 1279.

**M. Jacques Blanc.** Cet amendement reflète un choix extrêmement précis, qui sera complété lors de l'étude du titre II du projet de loi, lequel contient un certain nombre de mesures du même ordre.

Choisir de mettre en place des incitations, des mesures positives, pour permettre à des médecins de s'installer ou d'effectuer des remplacements dans des zones qui seront définies par les ARS est une orientation fondamentale.

C'est là un élément tout à fait positif pour tous les territoires où l'avenir de la démographie médicale suscite l'inquiétude. La commission s'est engagée à votre côté, madame la ministre, dans la voie de l'incitation, et non de la contrainte. Il ne convient pas, en effet, d'obliger les médecins à s'installer là où ils ne le veulent pas. Ce choix politique noble tient compte de la réalité de l'exercice de la médecine libérale.

**M. le président.** La parole est à Mme Dominique Voynet, pour explication de vote.

**Mme Dominique Voynet.** Nous sommes confrontés à un problème crucial, comme en témoigne la provenance assez diversifiée des amendements en discussion.

J'ai tout de même le sentiment que les mesures proposées ne sont pas réellement à la hauteur des difficultés rencontrées sur le terrain. Ce disant, il ne s'agit pas pour moi de donner des leçons : je constate simplement qu'on souffle le chaud et le froid.

En effet, d'un côté, on hésite à proposer des mesures trop contraignantes, de peur d'accentuer, comme cela a été dit, la fuite des médecins libéraux de premier recours vers d'autres formes d'exercice, mais, de l'autre, on refuse de prendre des mesures fortes pour accentuer le soutien public aux centres de santé ou aux maisons médicales, qui constituent une des formes d'exercice permettant de réduire les difficultés pour les jeunes médecins, alors qu'il s'agit d'une solution qui recueille souvent l'assentiment de ces derniers.

Le Gouvernement fait le choix d'attendre que la prise de conscience survienne spontanément au sein de la communauté médicale. Mme la ministre nous dit que, demain, les professionnels accepteront peut-être des mesures « par la voie de la négociation et de la pédagogie ».

Or, sur le terrain, la situation est encore bien plus grave qu'il n'y paraît.

Chacun de nos collègues est tenté de décrire sa propre situation, je vais donc faire de même, car je ne veux pas laisser penser que les « déserts médicaux » ne se trouvent qu'en zone rurale.

Dans ma ville, qui compte 100 000 habitants, on ne trouve parfois que deux ou trois médecins généralistes tout au plus dans des quartiers où vivent près d'une dizaine de milliers d'habitants, et encore faut-il préciser que ces praticiens sont en général très proches de l'âge de la retraite. La situation n'est pas plus favorable en ce qui concerne les spécialistes : ainsi, pour toute la commune, trois cardiologues seulement sont installés en pratique de ville, ainsi que deux dermatologues ; à une exception près, tous ces spécialistes partiront en retraite dans les trois ou quatre ans qui viennent !

Le moment est donc venu de franchir une étape supplémentaire.

Madame la ministre, dans la discussion générale, vous nous avez dit que vous souhaitiez respecter la liberté d'installation des médecins du secteur libéral ; je crois, quant à moi, qu'une négociation de grande ampleur doit s'engager avec les médecins pour sécuriser les rémunérations, garantir de meilleures conditions d'exercice sur le terrain, notamment en ce qui concerne la sécurité dans les quartiers les plus difficiles ou la qualité de vie dans les zones rurales les plus écartées.

Franchement, la prise de conscience du Gouvernement ne me paraît pas à la hauteur des difficultés rencontrées au quotidien !

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

**Mme Annie David.** Dans l'objet de son amendement, le Gouvernement fait état de son souci de veiller à « un égal accès aux soins sur le territoire régional ». Nous ne pouvons que souscrire à cette déclaration de principe, d'autant qu'aujourd'hui cette égalité d'accès n'est pas garantie, notamment en matière de médecine scolaire.

Je souhaiterais vous faire part des difficultés rencontrées par de nombreuses familles pour que leurs enfants obtiennent une consultation dans un centre médico-psychologique, ou CMP. Pourtant, sous l'empire du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, le CMP est « le premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente de secteur dans l'arrondissement, la ville, le village ou le canton ». Cette proximité est l'un des principes fondateurs de la sectorisation.

Mais peut-on encore parler aujourd'hui de soins de proximité quand une famille doit parcourir plus de quatre-vingts kilomètres aller-retour pour une prise en charge ? Tel est pourtant bien le cas dans le Haut-Grésivaudan, dans l'Isère, département que je représente dans cette assemblée. Vous l'aurez compris, ce territoire est en partie situé en montagne, sur le Balcon de Belledonne.

Cette situation pose des difficultés importantes d'organisation pour les familles et induit également un coût supplémentaire, ne serait-ce qu'en termes de transports et d'attente : en effet, des CMP ferment et de plus en plus d'enfants sont suivis dans le même centre, ce qui allonge les délais pour obtenir un rendez-vous. Ainsi, au vu de l'évaluation du schéma régional d'organisation sanitaire de Rhône-Alpes, établie en janvier 2008, il apparaît que le délai d'obtention d'un rendez-vous en CMP dépasse trois mois, en moyenne régionale, dans 44,9 % des cas, alors que l'on ne relevait une telle durée que dans 10,5 % des cas lors de la première évaluation du SROS, en 2007.

Vous le savez sans doute bien mieux que moi, madame la ministre, ces délais allongés et ces difficultés d'organisation, notamment en matière de transports – les transports en commun ne sont pas donnés à tous nos territoires aujourd'hui –, sont préjudiciables au suivi de l'enfant, compte tenu des réticences que les professionnels doivent encore vaincre pour encourager les familles à ce type de prise en charge. On le sait bien, en effet, tout ce qui a trait à la santé mentale fait peur. Une réponse rapide et de proximité est donc la meilleure solution à offrir à ces enfants.

Or, sur de nombreux territoires, notamment le Haut-Grésivaudan, une telle réponse n'est plus assurée, ce qui m'amène à dire, madame la ministre, que la garantie d'égalité d'accès aux soins que vous appelez de vos vœux dans l'objet de votre amendement n'est pas effective.

Je tiens à votre disposition un dossier concernant ce territoire et je saisis cette occasion pour vous demander la création d'un CMP en Haut-Grésivaudan; cette demande semble justifiée, si j'en crois Mme l'inspectrice d'académie, qui soutient l'action des acteurs locaux engagés dans ce dossier.

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

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Permettez-moi deux interrogations, suscitez l'une et l'autre par les propos de notre rapporteur.

La première a trait à l'avis émis sur l'amendement n° 988 de notre collègue Paul Blanc: je me demande comment concilier, sur le plan juridique, le principe, que je crois constitutionnel, de liberté d'installation des médecins (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.*) et la mise en œuvre d'un arsenal de mesures à caractère incitatif ou désincitatif. Je souhaiterais bénéficier d'un éclairage sur ce point: en effet, si le principe de liberté d'installation a une valeur constitutionnelle, il suffira d'un recours pour que le dispositif proposé par le Gouvernement soit annulé par le Conseil constitutionnel.

Seconde interrogation, j'ai relevé, à trois reprises, cet après-midi, une divergence de vues entre le rapporteur et le Gouvernement: le Gouvernement a été battu une fois et le rapporteur deux fois, sur la base d'argumentaires qui me semblent *a priori* concordants, bien qu'ils aboutissent à des solutions différentes.

M. le rapporteur a objecté à notre collègue Paul Blanc l'impossibilité d'inciter les médecins à s'installer dans une zone donnée, en vertu du principe de la liberté d'installation, affirmant que l'on ne pourrait pas obliger un médecin à s'installer là où il n'a pas envie d'aller. J'admets ces arguments, mais Mme la ministre justifie son amendement en précisant que le SROS « définira [les] zones, dans lesquelles sont appliquées des mesures d'incitation ou de désincitation pour favoriser une meilleure répartition de l'offre de soins ».

Le Gouvernement entend donc bien mettre en place des mesures incitatives pour favoriser l'installation dans certaines zones où l'on manque de médecins!

**M. François Autain.** C'est déjà le cas!

**M. Alain Vasselle.** De deux choses l'une: ou bien l'on ne peut pas forcer les médecins à s'installer là où ils ne le souhaitent pas, et il est inutile de perdre du temps et de l'argent à mettre en place des mesures qui ne seront pas effectives; ou bien l'on prévoit des mesures réglementaires fortes pour inciter de force les médecins à s'installer là où ils ne le veulent pas! (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Il s'agit d'un point important de ce débat et je souhaiterais savoir comment nous pouvons nous en sortir juridiquement.

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

**M. François Autain.** Je souhaite réagir aux propos de notre collègue Alain Vasselle, qui affirme que la liberté d'installation des médecins est un principe constitutionnel...

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** C'est un comble!

**M. François Autain.** Je ne suis pas un grand constitutionnaliste, c'est le moins que l'on puisse dire, mais il me semble que cette affirmation mériterait d'être vérifiée...

**Mme Dominique Voynet.** C'est tout vérifié!

**M. François Autain.** Je suis très attaché à la liberté des médecins, comme à celle de tous nos concitoyens, d'ailleurs, mais je considère que la liberté d'installation des médecins.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Une liberté contrôlée!

**M. François Autain.** ... ne doit pas constituer un principe intangible, du moins si l'on veut mener une politique de santé digne de ce nom.

Il faudra bien, un jour ou l'autre, remettre en cause cette liberté absolue et convenir que, dans certaines circonstances, les médecins ne peuvent pas s'installer n'importe où, n'importe comment! Le conventionnement n'est pas de droit, quel que soit le lieu où l'on souhaite s'installer. Il faudra donc mener une réflexion sur ce thème et prendre le problème à bras-le-corps.

Mme la ministre refuse que l'on touche à la liberté d'installation des médecins.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Merci de m'en donner acte!

**M. François Autain.** C'est même l'alpha et l'oméga de sa politique. Elle se résigne donc à la paralysie, puisque l'on ne peut plus rien faire! (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

**M. Paul Blanc.** C'est faux!

**M. François Autain.** Comment peut-on imaginer que ce principe soit compatible avec celui de la permanence des soins? On se rend bien compte aujourd'hui, sur le terrain, que ces principes sont inconciliables et qu'il faut envisager de prendre des mesures.

**M. Gilbert Barbier.** Il ne faut pas tout mélanger!

**M. François Autain.** Je veux bien que l'on cherche le bon qualificatif pour ne pas choquer, mais il n'en reste pas moins que ces mesures devront se fonder sur les devoirs du médecin.

Lorsque j'exerçais la médecine, la permanence des soins n'était pas un problème, elle allait de soi! Un médecin libéral qui s'installait devait assurer la permanence des soins, l'obligation était implicite, sans même qu'il faille invoquer le serment d'Hippocrate.

Tel n'est plus le cas depuis 2002. En effet, au lendemain de sa réélection, le président Chirac, pour récompenser les médecins d'avoir voté pour lui, a demandé et obtenu que la permanence des soins soit non plus obligatoire, mais fondée sur le volontariat.

Nous constatons aujourd'hui le résultat: dans un nombre croissant de départements, la permanence des soins n'est plus assurée!

Pour me résumer, il faudra, un jour ou l'autre, se pencher sur cette question et imaginer des solutions qui permettent d'arbitrer en faveur des patients car, je l'ai déjà dit mais il faut le répéter, la liberté d'installation du médecin s'exerce au détriment du patient. En effet, si l'on rend cette liberté intangible, le patient n'a plus la possibilité de bénéficier, en tout lieu, de soins de qualité.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Si l'on agit au détriment des médecins, il n'y aura plus de médecins non plus ! Ce raisonnement est absurde !

**M. François Autain.** Nous devons donc opérer un choix entre une liberté dont je ne pense pas qu'elle soit de valeur constitutionnelle et le droit pour les patients, constitutionnellement garanti, cette fois, de bénéficier de soins dans des conditions équitables, où qu'ils se trouvent, et dans des conditions de rémunération qui correspondent aux exigences de notre sécurité sociale.

Personnellement, je choisis les patients !

Le problème est donc posé. Malheureusement, ce projet de loi – nous aurons l'occasion d'y revenir dans le détail lors de l'examen du titre II – ne prévoit aucune mesure pour améliorer la situation que nous connaissons actuellement.

Le ministère de la santé est très conscient de la gravité de la situation puisque, sur son site internet officiel, figure le constat suivant : actuellement, deux millions et demi de Français n'ont pas accès aux soins. Que le ministère le reconnaisse et ne fasse rien pour y remédier, voilà qui démontre bien l'absence totale de politique de ce même ministère en matière de médecine ambulatoire. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

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

**M. Paul Blanc.** Ces amendements, qui peuvent paraître anodins, touchent en fait au cœur du problème.

Tout le monde le reconnaît, notre pays dispose du meilleur système de santé au monde. (*M. le rapporteur fait un signe de dénégation.*)

**M. François Autain.** Ce système se dégrade !

**M. Paul Blanc.** Monsieur Autain, je vous ai écouté sans vous interrompre, je vous demanderai donc de faire preuve de la même délicatesse à mon égard.

**M. Gilbert Barbier.** Voilà un ton bien peu confraternel !

**M. Paul Blanc.** À nous de savoir ce que nous voulons : soit une étatisation à l'anglaise,...

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Personne n'en parle !

**M. Paul Blanc.** ... mais les méfaits avérés de ce système sont tels qu'aucun Français n'en voudra,...

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Vous caricaturez !

**M. Guy Fischer.** Il veut faire peur !

**M. Paul Blanc.** ... soit une totale libéralisation à l'américaine, mais personne n'en veut non plus !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Alors ?

**M. Paul Blanc.** Aujourd'hui, notre système de santé est extraordinairement performant, même s'il mérite d'être aménagé, au prix d'un certain nombre de mesures.

**Mme Dominique Voinet.** Cocorico ! On ne change rien, tout va bien !

**M. Paul Blanc.** À ce titre, l'amendement que nous a présenté Mme la ministre représente une avancée, et je le voterai.

Je sais que M. le président de la commission des affaires sociales souhaite que je retire mon amendement, ce que je vais faire, non sans avoir au préalable répondu à mon ami Alain Vasselle sur la question des mesures « incitatives ».

Mon cher collègue, personne ne s'est posé la question de savoir si les mesures adoptées pour les zones de revitalisation rurale, les ZRR, et les installations d'entreprises étaient constitutionnelles ou non : elles ont été appliquées, avec des résultats parfois tout à fait intéressants !

Je ne comprends pas pourquoi il ne serait pas possible d'appliquer de même des mesures incitatives en faveur de l'installation des médecins, d'autant moins que, dans les ZRR, de telles mesures leur ont déjà été appliquées.

Je regrette que nous ayons tendance dans notre pays à passer un grand coup de torchon sur des mesures qui n'ont pourtant été adoptées que quelques années auparavant.

Je l'ai déjà dit, les mesures incitatives existent depuis 2006, mais elles ne sont malheureusement guère appliquées : en effet, très peu de zones ont été désignées comme étant sous-médicalisées.

Madame la ministre, il faudrait commencer par procéder à ces désignations très rapidement, sans attendre qu'elles soient arrêtées par les ARS. Au titre des mesures incitatives, la sécurité sociale s'est engagée à financer les maisons médicales jusqu'en 2010, c'est-à-dire demain ! Si ces zones ne sont pas définies, la sécurité sociale pourrait se désengager, avec toutes les conséquences sur la création des maisons médicales.

De grâce, avant de tout chambouler, attendons d'avoir évalué les mesures que nous avons adoptées en 2006. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

**M. le président.** La parole est à M. Adrien Gouteyron, pour explication de vote.

**M. Adrien Gouteyron.** Madame la ministre, mon intervention ira dans le sens des propos tenus par Paul Blanc. En Haute-Loire, comme, j'en suis certain, dans d'autres départements, de nombreuses initiatives locales ont été lancées, mais elles ne peuvent pas être soutenues en raison d'un zonage inadapté. Établi sur des bases statistiques et non prospectives, ce zonage correspond aujourd'hui à une situation dépassée, ne serait-ce que du fait de la cessation d'activité prochaine de nombreux médecins.

J'insiste donc, après mon collègue Paul Blanc, pour que l'on aille maintenant très vite, madame la ministre, afin que les initiatives locales puissent être soutenues. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

**M. Jacques Blanc.** Très bien !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mesdames, messieurs les sénateurs, il est certes tout à fait normal d'avoir, sur cette question, de longues explications de vote, afin que chacun puisse développer ses arguments. Nous avons d'ailleurs, me semble-t-il, largement préempté un débat que nous aurons lors de l'examen, au titre II, de la question de la démographie médicale. Puisque cette discussion se prolongera, je ne vais pas répondre sur le fond à tous les intervenants.

Je veux simplement répondre à M. Vasselle : pour ma part, monsieur le sénateur, je ne trouve pas du tout choquant que le rapporteur et le président de la commission aient des avis différents du mien, différences qui ne portent d'ailleurs que sur des modalités d'application du texte, puisque nous sommes d'accord sur la philosophie.

Je vous ferai d'ailleurs remarquer que, lorsque, sous l'empire de la procédure ancienne, vous étiez saisis du texte du Gouvernement, personne n'était choqué que la commission dépose des amendements, et la discussion nous permettait d'enrichir mutuellement notre réflexion.

Je trouverais plutôt inquiétant que le Gouvernement et la commission partagent strictement la même vision, car ce serait le signe de pressions inadmissibles que j'exercerais sur le rapporteur! (*Protestations ironiques sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

**M. Guy Fischer.** Vous les avez exercées!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis trop respectueuse de la démocratie et du Parlement pour agir de la sorte!

**M. Paul Blanc.** Je retire mon amendement!

**M. le président.** L'amendement n° 988 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 1279.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1078.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1164.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1165.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1079, 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 :

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

besoins de la population,

insérer les mots :

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

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Les modalités de définition des zones de mise en œuvre des mesures décidées pour l'installation des professionnels de santé seront prises par voie d'arrêté: il est donc difficile de mesurer exactement la portée de cette disposition, d'autant que les mesures relatives à l'installation des professionnels seraient prévues par voie de convention.

Cet amendement tend à retenir le secteur d'exercice des professionnels de santé, dans le cas où ils pratiquent des dépassements d'honoraires, comme un des critères pour la détermination des zones et des aides à l'installation et au maintien.

Dans certains territoires et pour certaines spécialités, il n'y a déjà plus de solution de remplacement du secteur à honoraires libres. Permettre des dépassements supplémentaires aggraverait encore la situation.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 1079 n'a en lui-même aucune portée normative. On ne peut interdire, sauf dans le cas des missions de service public, des dépassements d'honoraires qui sont autorisés!

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1079.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 951, 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 :

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

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

en vertu des 2° et 3

par les mots :

en vertu du 2°

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** En cohérence avec les amendements précédemment défendus, nous refusons que le directeur général de l'agence régionale de santé puisse décider seul, de manière autoritaire, de la participation d'un établissement public de santé à une communauté hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire.

Nous considérons en effet que, dès lors qu'ils sont prévus dans ce projet de loi, les modes de coopération doivent impérativement reposer sur deux principes complémentaires: la satisfaction des besoins en santé et le volontariat des établissements eux-mêmes.

Madame la ministre, en dénonçant l'utilisation que vous faites des MIGAC, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, et la possibilité ouverte de mettre sous administration provisoire les établissements publics de santé, nous avons fait la démonstration que, en lieu et place de volontariat, il s'agit plus de contraintes, voire d'obligations, qui sont contraires à notre conception de la démocratie sanitaire.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Défavorable!

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous avons déjà longuement débattu de cette question au titre I<sup>er</sup>. Nous avons bien indiqué la philosophie en la matière: les coopérations inter-hospitalières sont fondées sur le volontariat.

Sur la proposition du rapporteur, nous avons prévu très explicitement dans le texte les hypothèses précises dans lesquelles le directeur général de l'ARS pourrait prendre des

mesures de sauvegarde, notamment en cas de très grandes difficultés financières ou de problèmes liés à la qualité des soins.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

**M. Guy Fischer.** Cela représente 20 000 emplois en moins !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, 25 000 en plus !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 951.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 952, 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 4° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Aux termes du 4° du texte proposé par l'article 26 pour l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, le SROS fixe les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.

Nous aurions souhaité que ce schéma détermine aussi, quand elles existent, les zones de sous-densité d'offre de soins dans lesquelles les établissements de santé privés doivent pallier l'absence de service public hospitalier.

Cette mesure est absolument indispensable pour éviter que les établissements privés ne se substituent aux établissements de service public, même en dehors des zones de sous-densité.

L'exposé des motifs du projet de loi du Gouvernement indiquait clairement que ces missions de service public ne devaient être exercées par les établissements privés que dans les zones de sous-densité.

Or l'article, tel qu'il est rédigé, ne permet pas de faire la distinction entre les missions qui sont assurées par le service public et celles qui sont exercées par le service privé lorsque le service public est défaillant. Nous demandons donc que cette distinction soit clairement établie.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Vous êtes cohérents !

**M. François Autain.** Oui, mais nous ne sommes pas entendus !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Ce nouvel alinéa n'ajouterait rien. Comme je l'ai indiqué lors de l'examen de l'article 1<sup>er</sup>, en cas de carence dans l'exercice d'une mission de service public, il faut pouvoir confier cette mission à un ou plusieurs établissements, qu'ils soient publics ou privés.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est également défavorable à cet amendement, la préoccupation de M. Autain étant satisfaite par la rédaction du texte.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 952.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1080, présenté par MM. Rebsamen, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontés, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, M. Mirassou, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Gisèle Printz.

**Mme Gisèle Printz.** Face à une grande mobilisation, le Gouvernement est enfin revenu sur la baisse programmée du montant des aides de l'État aux associations intervenant dans l'ensemble des établissements d'information, de conseil conjugal et familial : de 2,6 millions d'euros en 2008, l'enveloppe devait en effet passer à 1,5 million d'euros en 2009.

Ce recul montre qu'il importe d'être toujours vigilant et mobilisé. Le risque était en effet grand de voir près d'un tiers des soixante-dix associations départementales du Planning familial fermer, ce qui aurait été vraiment désastreux, car l'information, l'accueil, l'écoute, l'éducation à la sexualité restent des missions d'utilité publique dans une société où les relations entre les filles et les garçons se tendent, où les campagnes de prévention et d'information nationales ont besoin de relais locaux.

Ce projet de loi, plus particulièrement cet article, est l'occasion de rappeler la mission d'utilité publique qu'est l'interruption volontaire de grossesse, l'IVG, et de s'interroger sur les moyens qui y sont consacrés.

En France, le droit à l'avortement est constamment menacé. *(Exclamations sur les travées de l'UMP.)* Récemment encore, une brèche a été ouverte avec un arrêt de la Cour de cassation offrant la possibilité de l'inscription à l'état civil d'un enfant né sans vie quels que soient son terme et son poids, lui reconnaissant ainsi une personnalité juridique. Cette décision a semé le doute quant à la nature juridique du fœtus et pourrait remettre en cause le droit des femmes à disposer de leur corps.

Si l'on ne peut pas nier la douleur et la souffrance de certaines personnes face à un tel deuil, on doit tout de même rappeler qu'il ne faut pas revenir sur un droit essentiel pour les femmes.

Le droit à l'avortement est une liberté fragile dont l'exercice n'est pas assorti de moyens suffisants.

Dans la région Bourgogne, 91 % des IVG sont pratiquées à l'hôpital public, mais la situation peut se dégrader, car l'équilibre est précaire.

Il est par ailleurs nécessaire de ne pas laisser les femmes seules dans ce type de situation. Nous devons continuer à être vigilants et à défendre les associations, dont le rôle est central. Il s'agit aussi d'une question de moyens, car les restructura-

tions hospitalières et le désengagement des établissements privés de santé de la pratique des IVG restreignent les possibilités d'accès.

Dans ces conditions, il me semble indispensable que les moyens consacrés aux activités d'IVG soient fixés de façon obligatoire et coordonnée par le schéma régional d'organisation des soins.

**M. Guy Fischer.** Très bien !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La disposition prévue par cet amendement nous paraît hors de proportion avec l'objet des SROS, qui est de satisfaire l'ensemble des besoins de la population. Il n'y a en effet aucune raison de réserver une place spécifique à l'interruption volontaire de grossesse.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'attache une très grande importance au respect du droit des femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse et à la garantie que toutes peuvent y recourir de manière effective sur notre territoire. Telles sont les raisons pour lesquelles j'ai revalorisé de façon très substantielle le tarif des IVG chirurgicales, de 20 % l'année dernière et à nouveau de 20 % cette année. Vous connaissez d'ailleurs mon combat dans ce domaine, madame la sénatrice.

Cela étant, ne croyez pas que les ARS fixeront les moyens consacrés à la pratique des IVG dans le SROS selon leur bon vouloir. La prise en charge des IVG fait partie du volet « périnatalité », qui est l'un des volets obligatoires du SROS.

Ne vous inquiétez pas : les préoccupations que vous exprimez sont d'ores et déjà obligatoirement prises en compte.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1080.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1099, présenté par MM. Botrel, Fichet, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier, Blondin et Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, M. Fauconnier, 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 :

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

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

La parole est à M. Yannick Botrel.

**M. Yannick Botrel.** Comme je l'ai indiqué précédemment, les mesures adoptées il y a quatre ans visant à inciter les médecins à exercer dans les zones sous-dotées médicalement n'ont pas prouvé leur efficacité.

Que les médecins hésitent à exercer, dans les zones rurales, notamment, est désormais un fait établi auquel personne ne saurait bien entendu se résoudre. En effet, on ne peut laisser des pans entiers du territoire en déshérence et les populations éloignées de l'accès à la médecine de premier recours.

Voilà trois ans, les élus locaux, qui sont très au fait des réalités territoriales, avaient déjà mis en garde le Gouvernement à ce sujet.

Les incitations financières et fiscales au profit des médecins volontaires pour exercer en zones sous-dotées médicalement, même si elles sont utiles et nécessaires – personne ne le conteste –, ne peuvent à elles seules suffire à apporter une solution au problème. Les médecins eux-mêmes soulignent les limites de ces dispositions. Si 88 % d'entre eux approuvent les pouvoirs publics qui s'investissent pour réduire les disparités, 57 % des médecins restent persuadés qu'ils n'y parviendront pas en appliquant seulement les mesures existantes.

Il faut partir d'un constat : comme ailleurs dans la société, les jeunes médecins, en particulier, ont des aspirations différentes en termes de vie et de choix personnels. Ainsi le nombre de médecins généralistes salariés s'est-il accru beaucoup plus rapidement que celui des autres généralistes : respectivement de 29 % et de 6,9 % sur une période de dix ans.

D'un point de vue sociologique – c'est capital –, on observe une féminisation du recrutement, puisque sept étudiants en médecine sur dix sont désormais des femmes. S'ajoute à cela que l'installation d'un médecin peut également impliquer son conjoint. À titre d'exemple, une majorité de jeunes médecins vit en couple, avec un conjoint appartenant le plus souvent à une catégorie socioprofessionnelle dite « supérieure ».

Tout ce que je viens de rappeler conditionne à l'évidence le choix de l'implantation de ces médecins. Il convient donc désormais d'explorer toutes les solutions et de faire preuve d'imagination et d'innovation. C'est pourquoi permettre aux agences régionales de santé de proposer aux médecins, sur la base d'une adhésion volontaire, l'exercice salarié de la profession, y compris à temps partiel, est l'une des solutions possibles afin de remédier à la désertification médicale existante et à venir.

Aujourd'hui déjà, par le biais d'une convention tripartite entre l'URCAM, les professionnels de santé et les collectivités territoriales ou leurs groupements, les collectivités peuvent prendre en charge des dépenses d'investissement et de fonctionnement, par exemple pour la mise à disposition d'un local professionnel ou d'un logement, le versement d'une prime à l'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire.

De la même manière et suivant les mêmes dispositions, il faudrait donner la possibilité aux collectivités et à leurs groupements, dans les zones déterminées comme déficitaires par l'ARS, d'être le support du recrutement d'un médecin salarié ou de plusieurs médecins salariés en cas de temps partagé. Au nom du principe relatif à la santé énoncé dans le préambule de la Constitution, il conviendra bien entendu que les dispositions appropriées soient étudiées afin de ne pas laisser le budget correspondant à la charge des collectivités.

Reconnaissez que cette proposition n'est pas coercitive. Elle est au contraire fondée sur la libre acceptation des médecins libéraux de premier recours concernés.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement vise à ce que le SROS fixe les créations et suppressions d'activités de soins généralistes de premier recours.

Nous n'avons pas bien compris si cette disposition visait les cabinets de médecins généralistes ou les soins. En tout état de cause, nous pensons que l'on ne peut contraindre une activité de soins de premier recours à se créer ou à disparaître.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Même avis défavorable!

**M. le président.** La parole est à M. Yannick Botrel, pour explication de vote.

**M. Yannick Botrel.** Il ne s'agit pas de contraindre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si, tout de même!

**M. Yannick Botrel.** J'admets que l'on peut discuter la façon dont cet amendement est rédigé. Reste que, après les longs échanges que nous venons d'avoir, au cours desquels un grand nombre de nos collègues ont fait état de leurs difficultés à trouver une réponse en termes de médecine de premier recours, et ce sur tout le territoire, je n'arrive pas à saisir ce que propose le Gouvernement.

**M. François Autain.** Pas grand-chose!

**M. Yannick Botrel.** Monsieur le rapporteur, cet amendement vise à permettre aux collectivités dont les territoires ont été identifiés comme déficitaires en termes de médecine de premier recours de procéder au recrutement de médecins salariés, suivant des modalités qui seraient à définir dans le cadre d'une convention. Dès que l'on aura pallié cette carence, il appartiendra à la collectivité nationale de faire en sorte que les collectivités territoriales ne soient pas pénalisées financièrement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1099.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1081 est 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.

L'amendement n° 1166 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 :

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

ou confrontée à des difficultés spécifiques

La parole est à Mme Patricia Schillinger, pour présenter l'amendement n° 1081.

**Mme Patricia Schillinger.** La rédaction actuellement proposée pour cet alinéa ne fait référence qu'aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Or la liste des établissements et services donnant lieu à cette planification est bien

plus large, puisqu'elle recouvre les appartements de coordination thérapeutique, les lits halte soins santé, les CAARRUD, ou centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, et les CSAPA, ou centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

L'argument selon lequel il ne serait pas nécessaire de réintroduire cette énumération, puisque l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles présente ces établissements, n'est pas satisfaisant. En effet, on perçoit mal la logique qui voudrait que cette énumération soit limitée aux seules personnes âgées ou personnes handicapées ou qu'elle soit intégrale.

Afin de répondre à un nécessaire souci de cohérence de rédaction ainsi qu'à un besoin de clarification, il nous apparaît important de réintroduire cette énumération au sein de cet alinéa. Ainsi seront pris en compte dans leur ensemble nos concitoyens confrontés à des difficultés spécifiques telles que définies à l'article L. 312-1, 9°, du code de l'action sociale et des familles.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 1166 rectifié.

**M. Gilbert Barbier.** Mme Schillinger vient de dire l'essentiel. À partir du moment où l'on utilise l'adverbe « notamment », ce qui est le cas ici, on aboutit à des oublis fâcheux, comme en ce qui concerne les centres traitant des problèmes liés à l'usage de drogues. C'est pourquoi la formule « ou confrontée à des difficultés spécifiques » paraît souhaitable.

En visant uniquement la population handicapée ou en perte d'autonomie, je le répète, le projet de loi oublie de citer des organismes qui conduisent des actions très importantes. En tant que rapporteur pour avis des crédits de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie au sein de cette assemblée, je crois pouvoir le dire.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 1081 du groupe socialiste. En effet, le 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles n'entre pas dans le champ des compétences de l'ARS.

En ce qui concerne l'amendement identique n° 1166 rectifié de M. Barbier, j'indique, en complément, que l'ARS n'est compétente que pour les structures dont l'activité a un lien avec les activités de soins et qui reçoivent pour cette raison un financement de l'assurance maladie. La commission demande donc à notre collègue de bien vouloir retirer son amendement. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Le Gouvernement émet le même avis que la commission, et pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 1166 rectifié est-il maintenu?

**M. Gilbert Barbier.** De nombreux établissements accueillent des usagers de drogues. Des soins sont organisés dans ces centres et des consultations y sont données par des médecins ou des psychologues. Bref, des prises en charge existent. Arguer qu'il ne s'agit pas de soins n'éliminera pas le problème!

Une nouvelle fois, je le répète, à partir du moment où l'adverbe « notamment » figure dans un texte, on oublie des volets très importants de certains secteurs. En l'occurrence, tout le monde connaît les ravages que font les drogues à l'heure actuelle. Il serait donc regrettable que cette notion ne soit pas prise en compte explicitement.

Je maintiens donc mon amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 1081 et 1166 rectifié.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 1000 rectifié *bis*, présenté par MM. Leroy, Doligé, Sido, Lambert, du Luart, César et Huré, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Philippe Leroy.

**M. Philippe Leroy.** Cet amendement vise à rendre toute leur valeur aux schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Imposés par la loi à chacun de nos conseils généraux, ces schémas départementaux ne doivent pas pâtir de l'élaboration des schémas régionaux.

Il s'agit donc d'un amendement de précaution qui vise à écarter tout risque d'antagonisme entre les deux schémas.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La rédaction de l'article L. 1434-10, en particulier dans son deuxième alinéa, traduit bien l'intention selon laquelle l'action de l'État en matière médico-sociale viendra compléter et non contrarier, ce qui serait absurde, les schémas départementaux.

Pour autant, un schéma régional ne peut pas être établi uniquement sur la base des schémas départementaux. L'action de l'ARS, comme le précise le projet de loi, doit être cohérente avec les schémas départementaux.

Nous pensons que le texte, conformément aux dispositions de l'article L. 1431-1, respecte parfaitement les compétences des départements. La commission demande donc aux auteurs de cet amendement de bien vouloir le retirer. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Cet amendement prévoit que le schéma régional d'organisation médico-sociale est élaboré sur la base des schémas départementaux arrêtés par les conseils généraux dont il doit tenir compte.

À cet égard, on en revient toujours à la volonté affirmée de faire travailler de manière coordonnée l'État et les départements. Au même titre que l'on ne demande pas que les schémas départementaux soient élaborés sur la base du

PRIAC, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, dont ils doivent tenir compte, il nous semble important – la commission des affaires sociales a d'ailleurs précisé le texte du Gouvernement – que chacun reste compétent dans son domaine.

Il convient de faire en sorte que la libre administration des collectivités ne soit pas obérée, que l'État puisse assumer et définir des priorités stratégiques sur ses moyens, ses enveloppes et le dispositif de l'ARS. L'objectif, au travers d'une commission de coordination et d'un schéma qui sera défini après avis des conseils généraux compétents, est d'avoir une vision partagée en amont.

Il s'agit de définir des priorités ensemble, dans le respect des compétences de chacun.

J'ajoute que le schéma départemental relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie du conseil général n'a pas tout à fait le même périmètre que le PRIAC. L'aide-ménagère, le portage de repas, par exemple, sont intégrés par le conseil général dans son schéma départemental, mais ne relèvent pas des ARS. Les situations peuvent donc être différentes.

Nous avons eu le souci, à travers l'articulation du schéma régional et des objectifs fixés à la fois par l'État et par les schémas départementaux, de définir un maximum d'objectifs partagés, de hiérarchiser ensemble des priorités, dans le respect des compétences de chacun.

Dans la mesure où, je le répète, nous souhaitons respecter les compétences de chacun tout en encourageant un travail partagé, nous demandons le retrait de cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Leroy, l'amendement n<sup>o</sup> 1000 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Philippe Leroy.** S'il ne s'agissait que de vous, madame le secrétaire d'État, je ne serais pas inquiet. *(Rires.)* Je ne mets nullement en doute votre sincérité, ni celle du rapporteur, d'ailleurs. Oui, dans un monde parfait, les intentions de l'État et celles des conseils généraux ne manqueraient pas de converger et de se féconder mutuellement... Si je pouvais en être durablement assuré, je retirerais mon amendement, mais je n'en suis pas sûr, justement. *(Sourires.)*

Si mon amendement n'est pas adopté, une interprétation étroite de la loi risque, au fil du temps, de prévaloir, avec, au bout du compte, le transfert à l'État d'une décision que la décentralisation a confiée aux départements.

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Pas du tout !

**M. Philippe Leroy.** Il y a là une tentative de recentralisation, et cela ne va pas dans le bon sens.

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

**M. Philippe Leroy.** Madame le secrétaire d'État, je suis désolé de maintenir cet amendement, parce que je sais que vous êtes sincère.

Cher rapporteur, l'enfer est pavé de bonnes intentions...

La décentralisation est en cours, il ne faut pas chercher à la stopper.

**M. François Autain.** Voilà !

**M. Philippe Leroy.** De surcroît, ce serait, madame la secrétaire d'État, contribuer à enrichir encore le « millefeuille » que de confier à de nombreuses autorités le soin d'élaborer les mêmes schémas ; cela ajouterait à la confusion.

Je suis un décentralisateur modéré, mais volontaire. Je ne retirerai pas cet amendement, par précaution : je veux qu'il soit noté que, au Sénat, on a émis des doutes sur la validité de vos arguments dans le temps.

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

**M. Guy Fischer.** Je partage les interrogations de M. Leroy. Il existe une incertitude quant à la possibilité pour les départements de mettre en place les schémas d'une manière véritablement décentralisée, « partagée ».

Nous sommes les seuls à avoir émis de vives critiques sur les agences régionales de santé et, plus particulièrement, sur le rôle que jouera le directeur général ; nous sommes les seuls à avoir demandé la suppression des ARS conçues comme des outils de réduction des dépenses.

L'enjeu de ce débat, c'est le passage du secteur médico-social sous la coupe des agences régionales de santé. Je crains, pour ma part, que la santé ne l'emporte sur le médico-social !

Mme la secrétaire d'État a voulu nous rassurer, mais je demande un scrutin public sur l'amendement n° 1000 rectifié *bis*. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

**M. François Autain.** Eh oui !

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Notre collègue sait qu'il peut gagner !

**M. le président.** La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

**M. Michel Mercier.** J'avais déposé des amendements de même inspiration ; je les ai retirés hier par amitié pour Mme la secrétaire d'État, mais aussi parce que M. le rapporteur m'avait indiqué que la question se poserait de nouveau au présent article. Nous y sommes !

Je comprends parfaitement les arguments avancés par les uns et par les autres. Nous nous trouvons, avec cet amendement, à un point névralgique de la réforme. La loi a confié aux collectivités locales la majeure partie de la compétence dans le secteur médico-social, à l'exception de la partie sanitaire qui est comprise dans le médico-social, tant il est vrai qu'il n'y a pas de médico-social sans sanitaire.

Il y a donc une vraie nécessité de rechercher un accord, et pas seulement une coordination, entre l'État, qui va financer la partie sanitaire du médico-social, et les collectivités territoriales, pour l'essentiel les départements, qui financent le reste.

**M. Guy Fischer.** Et dont la part augmente régulièrement !

**M. Michel Mercier.** Absolument ! Il faut donc trouver une procédure pour mettre d'accord l'État et les collectivités territoriales.

Mme la secrétaire d'État nous dit que l'affaire est réglée par l'article L.1432-1 du code de la santé publique, précédemment voté. Je ne partage pas cet avis, dès lors que la section 1 dans laquelle se trouve ledit article est intitulée « Organisation des agences ». Les collectivités territoriales ne sont pas des « agences » ; ne sont visées ici que les ARS.

Je ne suis pas contre le fait que l'ARS dispose de commissions de coordination en son sein, mais les collectivités locales ont un pouvoir propre, reconnu par la Constitution, et doivent établir ces schémas, comme le dit la loi. Elles ne peuvent pas travailler au sein de l'agence régionale de santé, dont elles ne font pas partie de l'organisation !

L'amendement de nos collègues vise à réaliser un accord entre deux entités qui ont des pouvoirs particuliers, que la loi et la Constitution leur garantissent. Il convient peut-être de le rédiger autrement. En tout état de cause, cet amendement prévoit un accord entre le directeur général de l'ARS, qui arrête le schéma régional, et la collectivité territoriale, qui dispose d'un pouvoir propre garanti par l'article 72 de la Constitution.

La nécessité de rechercher un accord est évidente.

Monsieur le président, mon explication de vote est un peu longue, mais nous traitons d'un point névralgique. Nous devons organiser les choses pour que la réforme fonctionne bien dans l'ensemble des départements.

**Mme Valérie Létard,** *secrétaire d'État.* C'est l'objet de la commission de coordination.

**M. Michel Mercier.** Mais la commission de coordination est propre à l'ARS, telle qu'elle est définie dans le texte proposé pour l'article L. 1432-1 du code de la santé publique.

Les collectivités territoriales ont des capacités juridiques propres, garanties par l'article 72 de la Constitution. Alors, les commissions de l'ARS, si vous me permettez l'expression triviale, elles s'en tamponnent le coquillard ! (*Sourires.*) Voilà la vérité !

Il faudra bien, à un moment donné, que les autorités décentralisées, qui ont une compétence légale, rencontrent le directeur général de l'ARS ou le préfet, madame la secrétaire d'État. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas la commission de coordination de l'ARS qui va coordonner des collectivités locales, ce n'est pas légal ! (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et sur certaines travées de l'UMP.*)

**M. Gérard Longuet.** C'est vrai !

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

**M. Bernard Cazeau.** Madame la secrétaire d'État, j'éprouve quelques difficultés à comprendre nos débats depuis deux jours sur ce sujet.

M. Mercier évoque l'article L.1432-1 du code de la santé publique, mais nous en sommes, me semble-t-il, à l'article L. 1434-10, au sein de la sous-section 3 intitulée « Schéma régional d'organisation médico-sociale ». Ce schéma veille à l'articulation et à la cohérence de l'offre sanitaire et médico-sociale au niveau régional. L'offre sanitaire, c'est l'affaire de l'ARS, de l'État ; l'offre médico-sociale, c'est celle du département. (*Mme la secrétaire d'État s'exclame.*) Or vous mixez les deux, madame la secrétaire d'État.

Ce que nous souhaitons, comme l'ont fort bien dit nos collègues conseillers généraux,...

**M. François Autain.** Et même présidents de conseil général !

**M. Bernard Cazeau.** ... qui ont « de la bouteille », qui connaissent la musique, c'est un débat sur l'offre médico-sociale entre les départements et l'ARS. C'est en effet l'addition de l'offre médico-sociale de chacun des départements qui fait l'offre médico-sociale du secteur sanitaire de l'ARS. (*Mme la secrétaire d'État s'entretient avec M. Michel Mercier.*) Voilà le problème, mais à quoi bon poursuivre si l'on ne m'écoute pas...

Monsieur Mercier, je vous ai écouté tout à l'heure !

**M. Michel Mercier.** Je vous écoute aussi !

**M. Bernard Cazeau.** Si vous souhaitez dialoguer avec Mme Létard, demandez une suspension de séance ! En voilà assez de ces apartés !

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Si je me permets d'intervenir à ce stade du débat, c'est pour relever, une fois de plus, une certaine ambiguïté dans la rédaction de ce texte. Je parle de la lettre et non de l'esprit du texte, fort bien développé par Mme Bachelot-Narquin et par Mme Létard, pour la partie qui concerne le médico-social.

Nous butons toujours sur la même difficulté : lorsque deux partenaires sont appelés à travailler ensemble, on redoute que l'un ne domine l'autre. Nous nous sommes heurtés aux mêmes craintes quand nous avons élaboré le texte concernant la collaboration nécessaire entre la Caisse nationale d'assurance maladie, la CNAM, et le directeur général de l'Agence régionale de santé, l'ARS, en matière de gestion du risque. La commission a travaillé pendant plusieurs jours pour essayer de trouver une rédaction de compromis avec le Gouvernement, rédaction qui n'a d'ailleurs satisfait personne...

Lorsque le texte entrera en application, nous verrons à l'épreuve des faits – le cas échéant, au gré des contentieux –, si c'est l'esprit ou la lettre de la loi qui prévaut.

Comme les collectivités territoriales sont particulièrement bien représentées au Sénat, elles défendent leur point de vue avec force, ce que les autres parties prenantes ont plus de mal à faire, comme nous l'avons vu lorsque nous avons eu à traiter de la partie concernant les agences régionales de santé. Aujourd'hui, nous ne parvenons pas à trouver une rédaction permettant effectivement une action coordonnée du sanitaire et du médico-social dans l'élaboration des schémas régionaux.

C'est là que le problème se situe, et pas ailleurs ! Depuis le début de la discussion de ce texte, nous nous heurtons à la même difficulté, et je n'ai eu de cesse de le souligner, même si j'ai dû y mettre une grande modération. À mon sens, si l'examen du présent projet de loi traîne en longueur, c'est pour cette raison.

**M. Guy Fischer.** Il a raison !

**M. Alain Vasselle.** Il faudra bien trouver une porte de sortie, maintenant ou en commission mixte paritaire. (*Applaudissements sur quelques travées de l'UMP.*)

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je souhaite au préalable rappeler que la part du médico-social qui n'a pas été décentralisée – il existe un ONDAM médico-social – correspond à une enveloppe de 15 milliards d'euros, cette somme étant à la charge de l'État et de l'assurance maladie. En revanche, et cela a été précisé par les différents orateurs, la part qui a été transférée relève bien de la compétence des conseils généraux.

Dans ces conditions, l'enjeu est d'articuler les priorités, par un travail mené en cohérence et le plus en amont possible, dans l'intérêt des territoires et des populations, en respectant non seulement les projets portés par les conseils généraux, mais également les orientations stratégiques nationales décidées dans le cadre des crédits de l'assurance-maladie.

Il faut trouver une organisation qui respecte les compétences de chacun, tout en nous permettant d'avancer ensemble pour atteindre au mieux les objectifs visés, notamment en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Le projet de loi a été enrichi par la commission des affaires sociales de deux paragraphes importants – nous en avons d'ailleurs beaucoup discuté –, qui confortent cette articulation et rappellent la nécessité de respecter les compétences de chacun.

Encore une fois, il est bien indiqué que les schémas d'organisation médico-sociale seront mis en œuvre seulement après avis des présidents de conseil général compétents.

En l'occurrence, nous avons deux protagonistes, les départements et l'État. Mais notre volonté n'est pas que l'État décide à la place des départements !

**M. François Autain.** Quoique...

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Il y aura des délégations départementales, qui travailleront avec chaque conseil général compétent. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

**M. Guy Fischer.** Ce n'est pas ce qui est prévu dans le rapport Balladur !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur Fischer, si vous le souhaitez, nous pouvons relire les textes ensemble.

Je vous rappelle que les compétences sont partagées dans le secteur médico-social. Par conséquent, notre objectif est bien d'instituer de nouveaux outils, complémentaires, pour nous permettre d'avoir une approche décloisonnée, de respecter les ambitions de chacun et d'avoir des priorités stratégiques partagées.

Ainsi, dans le cadre du plan Alzheimer, il nous est tout à fait possible de lancer des appels à projets en commun pour lutter contre cette maladie. À l'inverse, si un conseil général souhaite continuer à mettre en œuvre les projets spécifiques propres à son territoire, rien ne l'en empêchera. Ce ne seront pas l'État ou l'ARS qui pourront s'y opposer.

Nous voulons simplement permettre à l'État et aux départements de s'accorder sur la mise en œuvre de projets relevant de leurs compétences communes lorsqu'ils le souhaitent. Il n'y a là aucune obligation. Il s'agit bien d'une démarche respectueuse des compétences des différents acteurs.

Par conséquent, mesdames, messieurs les sénateurs, je maintiens ma demande de retrait de cet amendement.

**M. François Autain.** Non !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Le texte de synthèse qui vous est soumis, enrichi par les travaux de la commission des affaires sociales, me semble répondre aux inquiétudes et aux attentes qui se sont manifestées, tout en respectant les compétences de chacun.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Leroy, pour explication de vote.

**M. Philippe Leroy.** Madame la secrétaire d'État, vos explications sont sympathiques. (*Marques d'ironie sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Elles sont surtout exactes ! Ce que je viens de rappeler est inscrit noir sur blanc dans le texte !

**M. Philippe Leroy.** Pour ma part, je vous crois sincère.

Toutefois, nous sommes confrontés à un véritable problème et il est, me semble-t-il, de ma responsabilité de ne pas retirer cet amendement.

Bien entendu, je suis conscient des difficultés qui tiennent, dans ce texte, au partage des compétences entre l'État et les départements. Notre collègue Alain Vasselle les a très bien rappelées.

Nous devons l'indiquer clairement, les conseils généraux, auxquels on a transféré des responsabilités supplémentaires, n'ont aucune envie de les abandonner au détour d'un texte législatif.

C'est pourquoi je pense qu'il faut voter cet amendement. Le dispositif que je propose ne réglera, certes, pas tous les problèmes, mais il aura tout de même le mérite de susciter une réflexion complémentaire, voire d'inciter la commission mixte paritaire à réexaminer l'ensemble de la problématique.

Ainsi, dans nos travaux parlementaires ultérieurs, nous pourrions éviter de tomber de nouveau dans les pièges liés au partage de compétences entre le pouvoir décentralisé et l'État. Actuellement, les conflits de compétence sont toujours arbitrés dans un sens favorable à l'État, qui reprend d'une main ce qu'il avait donné de l'autre.

C'est donc pour des raisons de principe que je souhaite l'adoption de cet amendement.

Je sais bien que Mme la secrétaire d'État et M. le rapporteur sont parfaitement sincères et qu'ils veulent instituer des cadres de concertation. Simplement, la concertation, cela ne fonctionne pas systématiquement. Après tout, nous n'aurons pas toujours Mme Valérie Létard comme interlocuteur... (*Sourires.*)

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

**M. Yves Daudigny.** Je souhaite exprimer mon entier soutien à l'amendement déposé par notre collègue Philippe Leroy.

Certes, madame la secrétaire d'État, vous nous expliquez avec beaucoup de conviction, de fougue et – je n'en doute pas – de sincérité que la loi est une ligne pure, qu'il y aura un respect mutuel et que le travail sera partagé.

Mais, en réalité, ce partage ne sera pas du tout égal. Dans un cas, on émet un simple avis ; dans l'autre, on prend seul la décision...

**M. Jacky Le Menn.** Exact !

**M. Yves Daudigny.** Ainsi, ce projet de loi représente bien un danger pour la décentralisation et menace effectivement les compétences aujourd'hui assumées par les conseils généraux.

Le risque est grand de voir le département réduit au rôle d'opérateur social pour la mise en œuvre d'orientations définies ailleurs, pour l'exécution de décisions prises ailleurs, en l'occurrence par le représentant de l'État ou par l'ARS.

Désormais, le conseil général sera simplement chargé de collecter l'impôt, et l'on sait combien cette tâche est populaire, pour financer une politique qu'il ne lui appartiendra plus de définir ! C'est le comble du comble !

**M. François Autain.** Très bien !

**M. Guy Fischer.** C'est ce qui est prévu par le rapport Balladur !

**M. Yves Daudigny.** Voilà pourquoi ce texte représente bien un danger pour la décentralisation. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

**M. Paul Blanc.** Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, pour ma part, je comprends les inquiétudes tant du Gouvernement que des présidents de conseil général.

De mon point de vue, l'ambiguïté est avant tout liée aux modes de financement.

Aujourd'hui, dans le domaine du handicap, nous avons des maisons d'accueil spécialisées financées par l'État, à travers la sécurité sociale. Nous avons également des établissements et services d'aide par le travail, les ESAT,...

**M. Guy Fischer.** Justement ! Parlons-en !

**M. Paul Blanc.** ... qui sont financés par l'État, sur les crédits de missions relevant du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

Dans le même temps, nous avons des foyers d'hébergement et des foyers occupationnels qui sont financés par les conseils généraux, et il y a même des foyers à double tarification qui incluent les deux modes de financement ! L'imbroglie est donc total !

Les conseils généraux, qui participent au financement des foyers d'hébergement et des foyers occupationnels, veulent à juste titre conserver leurs compétences. Et l'État, qui contribue également au financement à travers les maisons d'accueil spécialisées et les centres d'aide par le travail, les CAT, veut conserver les siennes...

À mon humble avis, tant que nous n'aurons pas réglé le problème de ces financements mêlés, nous resterons confrontés à des conflits de compétence.

D'ordinaire, celui qui commande, c'est celui qui paie. En l'occurrence, l'État, qui paie, veut commander et les départements, qui paient également, veulent aussi commander ! *Großes Problem*, pourrait-on dire ! (*Sourires.*)

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Mesdames, messieurs les sénateurs, si vous tenez absolument à adopter cet amendement, je vous propose un sous-amendement.

Actuellement, l'amendement n° 1000 rectifié *bis* est ainsi rédigé : « [...] ce schéma régional est établi et actualisé sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale [...] ».

Pour ma part, je suggère de le sous-amender en remplaçant les mots : « sur la base » par les mots : « notamment au regard ».

**M. Guy Fischer.** Non ! Nous ne voulons pas de « notamment » !

**M. François Autain.** Pas de « notamment » !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Au demeurant, la réciproque sera-t-elle effective ? En d'autres termes, les schémas départementaux seront-ils élaborés « au regard » des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie, les PRIAC ?

**M. Guy Fischer.** Mme la secrétaire d'État est en train de nous enfumer ! (*Exclamations amusées.*)

**M. le président.** Restons courtois, mes chers collègues !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur Fischer, si je voulais vous « enfumer », je déposerais un sous-amendement tendant à introduire une règle de réciprocité. En effet, le dispositif que vous soutenez est, pour le moment, à sens unique...

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 1346, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

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

sur la base

par les mots :

notamment au regard

Quel est l'avis de la commission sur ce sous-amendement ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Jusqu'à présent, tout le monde s'est exprimé sur la démographie médicale, et le rapporteur que je suis s'est tenu à l'écart, bien sagement. (*Sourires.*)

Je m'exprimerai sur la démographie médicale lorsque nous examinerons les articles portant sur cette question. Je donnerai alors le point de vue de la commission sur le prétendu principe constitutionnel de liberté d'installation des médecins, principe constitutionnel qui, je vous le rappelle, n'existe pas. Je reviendrai également sur l'affirmation, à mes yeux erronée, selon laquelle la santé en France serait la meilleure au monde. Mais nous aurons l'occasion de débattre de ces questions à l'occasion de l'examen des articles concernés.

Dans l'immédiat, je souhaite revenir sur la discussion qui vient d'avoir lieu.

Nul ne peut mettre en doute la sincérité de Mme la secrétaire d'État, ni la mienne, ni celle de notre collègue Philippe Leroy, qui a déposé l'amendement n° 1000 rectifié *bis*.

**M. François Autain.** Ni celle de l'opposition !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Bien entendu, mon cher collègue !

Certains propos m'ont un peu choqué, et je souhaite ici répondre à leurs auteurs.

D'abord, le présent projet de loi ne remet pas en cause les schémas départementaux.

Ensuite, et je vous réponds directement, monsieur Daudigny, les schémas départementaux ne peuvent pas être mis en œuvre sans l'avis du préfet. Ainsi, il y a déjà un contrôle de l'État. Je ne peux donc pas vous suivre lorsque vous affirmez que l'État reprendra un peu de pouvoir. On ne reprend pas un pouvoir que l'on a déjà !

En outre, et cela a été fort bien défendu par notre collègue Alain Vasselle, le texte issu des travaux de la commission, tout en laissant un espace de liberté aux départements, embrassait la totalité des problèmes posés.

Ce texte était ainsi rédigé : « 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. »

À mon sens, avec le texte de la commission, tout était couvert.

Certes, si vous souhaitez aller plus loin, vous en avez le droit. Toutefois, d'une manière générale, la commission apprécie peu l'adverbe « notamment ».

**M. Gilbert Barbier.** Il est tout de même quelquefois utile !

**M. Alain Milon, rapporteur.** C'est pourquoi M. le président de la commission des affaires sociales réfléchit en ce moment à un autre terme.

J'avais le sentiment, d'ailleurs partagé par les autres membres de la commission, que nous avions bien bordé le dispositif dans le domaine médico-social. Mais si vous souhaitez aller au-delà, je pense qu'un scrutin public s'impose.

**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.** Je crois comprendre que l'auteur de l'amendement ne souhaite pas le retirer et je constate que le Gouvernement, pour sa part, présente un sous-amendement. N'étant pas partisan de notions telles que « notamment » ou « au regard de », je proposerai simplement que nous remplacions « sur la base » par « en tenant compte ». Ce terme évoque un lien réciproque, chacun des partenaires tenant compte des contraintes des autres.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Monsieur le président de la commission des affaires sociales, j'entends bien que le terme « notamment » est combattu sur chacun des textes présentés.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il y en a plein le projet de loi !

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** C'est vrai, monsieur le président, il y en a encore beaucoup !

Cela étant dit, à mon avis, il n'y a aucune différence entre « sur la base » et « en tenant compte ». Je propose donc d'utiliser « au regard », sans le faire précéder du terme « notamment », ce qui est tout de même plus fort. Il me semble que les conseils généraux trouveront là plus qu'une garantie, d'autant que, je le répète, le texte ne prévoit pas la réciprocité. Je rappelle tout de même que l'assurance maladie compte pour 15 milliards d'euros dans l'ONDAM médico-social !

C'est la dernière modification que je proposerai pour ce sous-amendement : remplacer « sur la base » par « au regard ».

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 1346 rectifié, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

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

sur la base

par les mots :

au regard

La parole est à M. Philippe Leroy, pour explication de vote sur le sous-amendement ainsi rectifié.

**M. Philippe Leroy.** La dernière proposition de Mme la secrétaire d'État est intéressante. Il me semble d'ailleurs qu'elle satisfait également M. Nicolas About.

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

**M. Philippe Leroy.** Je pense que ce débat était utile !

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1346 rectifié.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Monsieur Fischer, maintenez-vous votre demande de scrutin public ?

**M. Guy Fischer.** Nous la retirons, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix, modifié, l'amendement n° 1000 rectifié *bis*.

*(L'amendement est adopté à l'unanimité des présents. - Applaudissements.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1146, présenté par M. Gouteyron, est ainsi libellé :

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

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

« Dans la détermination de ses orientations, le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les éléments d'appréciation comparée apportés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie concernant la densité de l'offre des différentes catégories de structures. Le schéma contribue à la réduction des inégalités entre les régions, les départements et les territoires de santé pertinents définis à l'article L. 1434-14.

La parole est à M. Adrien Gouteyron.

**M. Adrien Gouteyron.** Après le débat de fond que nous venons d'avoir et qui, paraît-il, a même touché à des principes constitutionnels chers à notre collègue Michel Mercier, j'ai bien conscience que cet amendement porte, plus modeste-ment, sur la méthode.

Il tend à prévoir que le schéma régional d'organisation médico-sociale est élaboré sur la base d'un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre, mettant en perspective les établissements existants, mais aussi les objectifs et moyens apportés par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, le PRIAC.

La situation actuelle, on le sait, est caractérisée par une grande hétérogénéité entre départements, voire entre territoires. Cette hétérogénéité a souvent été mise en évidence : il est bon que l'on s'efforce de la corriger.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La procédure d'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale ne nous paraît pas être de nature législative.

Bien entendu, on ne peut pas établir ces schémas sans avoir, au préalable, dresser l'inventaire des besoins à satisfaire et les méthodes préconisées par l'amendement pour réaliser cet état des lieux sont tout à fait pertinentes. Il ne nous semble cependant pas nécessaire que ces précisions soient détaillées dans la loi.

Aussi, nous serions satisfaits, monsieur Gouteyron, si vous acceptiez de retirer votre amendement.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

**M. le président.** L'amendement est-il maintenu, monsieur Gouteyron ?

**M. Adrien Gouteyron.** Connaissant son extrême vigilance, j'aurais été déçu que M. le rapporteur ne remarque pas que ce sujet n'est effectivement pas d'ordre législatif !

Mais j'ai aussi entendu le reste de son propos, avec d'autant plus d'attention que cela n'a rien d'évident. Il y aura donc des décrets d'application, qui devront, eux, tenir compte de ce bilan de l'offre et des projections du PRIAC.

Avant de décider du sort de mon amendement, j'aimerais bien entendre Mme la secrétaire d'État.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Nous ferons effectivement en sorte de préciser ces points dans tous les décrets et toutes les mesures réglementaires qui seront prises pour la mise en application de la loi. Il s'agit bien de permettre que tous les éléments soient réunis pour prendre les bonnes décisions.

**M. le président.** Monsieur Gouteyron, qu'en est-il de votre amendement ?

**M. Adrien Gouteyron.** Je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1146 est retiré.

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

L'amendement n° 1082, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, M. 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 troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique :

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** J'ai indiqué précédemment que le partage était inégal entre avis et décision. Je ne vais pas reprendre l'ensemble de la discussion, mais je vous propose, avec le présent amendement, d'aller plus loin. Il s'agit de prévoir que le schéma régional d'organisation médico-sociale et le PRIAC soient élaborés et arrêtés conjointement par le directeur de l'ARS et les présidents de conseil général concernés.

**M. le président.** L'amendement n° 953, 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 :

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

après consultation

insérer les mots :

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

La parole est à Mme Mireille Schurch.

**Mme Mireille Schurch.** Nous anticipons sans doute le débat qui aura lieu à l'occasion de l'examen de l'article 28 relatif à la suppression des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale, les CROSMS, suppression à laquelle nous sommes opposés.

Madame la secrétaire d'État, vous envisagez, dans la rédaction prévue par cet article pour l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, que le schéma régional d'organisation médico-sociale et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, tel que défini à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination et avis des conseils généraux compétents.

Nous apprécions, bien sûr, cette disposition, compte tenu de l'implication des départements dans la prise en charge de la dépendance et de l'autonomie, dont nous venons longuement de discuter.

Toutefois, au vu de l'importance de ces schémas et de la disparition annoncée des CROSMS, qui associaient les représentants des usagers et des familles ainsi que des entreprises gestionnaires, nous jugeons nécessaire que la conférence régionale de santé et de l'autonomie soit également consultée. Cette instance est composée de plusieurs collègues, dont un représentant les gestionnaires des établissements médico-sociaux et un représentant les usagers.

Nous sommes convaincus que les appels à projets ne peuvent se construire qu'en associant pleinement les représentants des gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux à l'élaboration des cahiers des charges censés servir de base à ces appels à projets.

C'est pourquoi nous proposons que le schéma régional d'organisation médico-sociale soit arrêté après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie.

**M. le président.** L'amendement n° 1084, 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 :

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

avis

insérer les mots :

du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Nous retirons cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 1084 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 1082 et 953 ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 1082.

L'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale ne nous paraît pas relever d'une compétence conjointe de l'ARS et des départements. Nous ne pensons pas non plus que le directeur général de l'ARS, qui est placé sous la tutelle des ministres compétents, et non sous celle des conseils généraux, ait à rendre compte de son exécution aux présidents de ces assemblées. Je crois d'ailleurs que ces derniers ne souhaiteraient pas davantage élaborer les schémas départementaux conjointement avec l'ARS...

S'agissant de l'amendement n° 953, notre avis est également défavorable.

La consultation de la commission de coordination compétente, prévue par le texte, paraît plus adéquate. Par ailleurs, le projet régional de santé, dans lequel est inclus le schéma régional d'organisation médico-sociale, est soumis pour avis à la conférence régionale de santé et de l'autonomie, ce qui permettra aux responsables des établissements de s'exprimer.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Dans le droit fil de l'argumentation que nous avons déjà développée précédemment, nous émettons un avis défavorable sur l'amendement n° 1082.

L'amendement n° 953, quant à lui, tend à préciser que le schéma régional d'organisation médico-sociale et le PRIAC sont arrêtés après avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Je comprends bien la volonté de ses auteurs de voir renforcer la démocratie sanitaire dans le cadre de la mise en place des ARS, ce qui correspond d'ailleurs au sens de ce projet de loi.

La conférence régionale de santé et de l'autonomie émettra, dans le cadre de sa commission plénière, un avis sur le plan stratégique régional de santé dans lequel seront déterminés les objectifs de santé et la stratégie de l'ARS.

L'enjeu est majeur : il s'agira de permettre aux différents acteurs régionaux du système de santé de prendre part plus directement à la préparation et à l'évaluation des politiques de santé dans la région.

Cette même conférence, à travers ses commissions spécialisées, émettra un avis sur chacun des différents schémas établis par l'agence, dont le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale, dans des conditions qui seront définies par décret. Ces schémas déterminent les grands types de mesures permettant de décliner les orientations du plan stratégique régional de santé dans le domaine des soins, du médico-social, de la prévention.

La demande des auteurs de l'amendement n° 953 est donc satisfaite. Aller plus loin en prévoyant que la conférence régionale de santé et de l'autonomie puisse aussi rendre un avis sur les programmes d'action de l'ARS, dont le PRIAC,

serait contre-productif. En effet, en impliquant directement la CRSA dans l'opérationnel, on risque de réduire sa force et sa cohérence.

C'est pourquoi je demande le retrait de l'amendement, sur lequel, à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1082.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 953.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1085, 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 :

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

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement est un cousin plus que germain de l'amendement n° 1146 déposé par M. Adrien Gouteyron, mais, pour notre part, nous n'avons pas l'intention de le retirer !

En effet, le fameux bilan que nous avons assez longuement évoqué à l'occasion de l'examen de l'amendement n° 1146 nous semble nécessaire. Nous précisons de plus que l'analyse des besoins doit émaner des maisons départementales des personnes handicapées et des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur le territoire départemental.

Ces instances, mises en place par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, sont effectivement les

seules à pouvoir recenser les véritables besoins, qui sont issus de leur bilan annuel. Ces bilans mettent en relation, au titre de l'évaluation, les moyens d'accompagnement existants et les besoins exprimés dans les projets personnalisés d'accompagnement et les projets personnalisés de scolarisation.

Le préfet et le président du conseil général devront donc recueillir préalablement l'avis du comité départemental consultatif des personnes handicapées, qui, à ma connaissance, n'a pas disparu, sur les besoins exprimés. Tous les partenaires seront ainsi parties prenantes de la démarche d'expression des besoins.

Cette disposition est d'autant plus importante que la disparition des CROSMs entraîne un véritable affaiblissement de la concertation. Les associations du secteur médico-social, dans leur ensemble, sont très attachées à ce que ces bilans soient établis et les consultations opérées.

De ce fait, et malgré les éléments que Mme la secrétaire d'État nous a présentés dans le but de nous rassurer, nous souhaitons un vote sur cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement a en effet le même objet que l'amendement n° 1146.

Il tend à organiser la procédure d'évaluation et de recensement des besoins préalable à l'élaboration du schéma régional médico-social, procédure qui sera certainement indispensable, mais dont l'organisation relève, selon nous, de la compétence du pouvoir réglementaire.

J'avais pensé solliciter le retrait de cet amendement, mais son auteur ayant indiqué qu'il ne le retirerait pas et qu'il souhaitait un vote, j'émet un avis défavorable.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Le Gouvernement émet le même avis sur cet amendement que sur l'amendement n° 1146, en indiquant, là encore, que les précisions concernant tous les aspects évoqués par cet amendement seront données par voie réglementaire, comme nous nous y sommes engagés.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1085.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 954, 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 :

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

abondée des crédits correspondant à ces activités médico-sociales

par les mots :

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

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Avec cet amendement, nous revenons au débat que nous avons eu précédemment sur la rédaction quelque peu ambiguë de cet article. Nous allons également anticiper sur la discussion que nous aurons dans les prochains jours s'agissant du secteur médico-social.

Cet amendement concerne le devenir des fonds attribués par l'agence régionale de santé aux établissements de santé publics qui auraient fait le choix de se reconvertir en établissements médico-sociaux.

La rédaction actuelle du projet de loi prévoit que, dans de tels cas, et en raison de la fongibilité asymétrique, seuls les crédits correspondant à ces activités médico-sociales sont transférés aux nouveaux établissements ainsi constitués ou, devrais-je dire, ainsi reconvertis.

Si nous comprenons bien l'idée qui sous-tend cette rédaction - permettre qu'une partie des financements relevant de l'ONDAM « soins de ville » serve à financer la reconversion des établissements -, nous regrettons que seule une partie, celle qui était destinée initialement aux activités médico-sociales, soit transférée.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'est pourtant normal!

**Mme Annie David.** Nous estimons que les crédits ainsi transférés risquent de ne pas être suffisants, notamment pour faire face à certains impératifs.

C'est pourquoi nous proposons, par cet amendement, que tous les moyens affectés aux activités des établissements du secteur sanitaire avant la reconversion dans le secteur médico-social soient transférés à l'ONDAM médico-social.

**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 Valérie Létard, secrétaire d'État.** S'agissant de la fongibilité asymétrique, nous avons largement précisé les modalités du transfert des moyens du sanitaire au médico-social.

Lorsqu'une unité de soins de longue durée, USLD, se transforme en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD, les grilles d'évaluation de la dépendance - la grille PATHOS - permettent de déterminer précisément le niveau de dépendance de chaque personne transférée et de constituer l'enveloppe correspondant exactement au besoin transféré du sanitaire vers le médico-social.

L'amendement nous paraît donc satisfait et nous sollicitons son retrait.

**M. le président.** Madame David, l'amendement n° 954 est-il maintenu ?

**Mme Annie David.** Je le maintiens, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 954.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 999 rectifié *bis*, présenté par MM. Leroy, Doligé, Sido, Lambert, César et Huré, est ainsi libellé :

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

, sans pouvoir être inférieur à son niveau de financement antérieur

La parole est à M. Philippe Leroy.

**M. Philippe Leroy.** C'est un amendement de précaution, qui n'a pas la même portée que l'amendement précédent.

Il s'agit simplement de s'assurer, en cas de « déclassement » d'un établissement du type USLD et de sa transformation en EHPAD, que, au moment de ce passage, les dotations transférées de l'USLD vers l'EHPAD sont maintenues à leur niveau antérieur.

**Mme Annie David.** Très bien !

**M. François Autain.** Tout à fait !

**M. Philippe Leroy.** Bien entendu, comme Mme la secrétaire d'État l'a souligné, une telle mesure n'a pas vocation à s'appliquer longtemps, la durée de vie dans les EHPAD étant malheureusement courte, de sorte que les personnes relèveront très rapidement des forfaits soins des EHPAD, selon les dispositifs existants.

La mesure que je propose concerne donc uniquement la période de transition.

Ce n'est certes pas crucial, mais, dans la mesure où les départements vont devoir mettre en œuvre ces nouveaux EHPAD, je ne souhaite pas donner aux familles le sentiment que, par le biais d'une mesure administrative, les anciens qui se trouvaient dans une USLD bénéficient de moins bonnes conditions d'accueil dans un EHPAD.

Cet amendement constitue donc une simple mesure de prudence, de surcroît transitoire.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement est le cousin germain de l'amendement n° 954, sur lequel la commission a émis un avis défavorable. N'ayant pas donné de justification à ce moment-là, elle souhaite les apporter maintenant.

À l'évidence, il est tout à fait souhaitable que les dotations « soins » des EHPAD soient fixées à un niveau suffisant.

Pour autant, il ne paraît pas possible d'imposer un report automatique des financements accordés à des unités de soins longue durée avant leur reconversion en EHPAD s'il n'est pas justifié.

En effet, la fongibilité asymétrique ne doit pas être interprétée comme un droit acquis au maintien de financements antérieurs.

En outre, pour répondre à la question posée tout à l'heure, si le coût des activités médico-sociales nouvelles devait être moins important que celui des activités qu'elles remplacent, il n'y a aucune raison de leur affecter la totalité des financements antérieurs.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement. *(Mme Annie David s'exclame.)*

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État.** Le Gouvernement partage l'avis défavorable de la commission. L'amendement est satisfait par le texte du projet de loi tel qu'il est rédigé.

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

**M. Guy Fischer.** Je crois que M. Leroy est quelque peu en retrait par rapport à ce qu'il semble vouloir exprimer. *(Rires sur les travées de l'UMP.)*

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Non, c'est le même amendement ! Leroy-Autain, même combat !

**M. Guy Fischer.** La transformation des USLD en EHPAD constitue un point très important de ce projet de loi et vise, me semble-t-il, un objectif économique.

Le coût des lits en USLD étant incomparablement plus élevé qu'en EHPAD, la volonté aujourd'hui affirmée par le ministère est peut-être d'accélérer les transformations en EHPAD...

Compte tenu des enjeux économiques, j'aimerais savoir combien de fermetures d'USLD sont prévues par le ministère. C'est une question que je m'attacherai à poser au Gouvernement tout au long de l'examen de l'article 26, voire jusqu'à la fin de la discussion de ce texte.

Selon les calculs auxquels je me suis livré avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière, la transformation en établissements de santé de proximité concernera peut-être deux cents ou trois cents USLD.

**Je fais hurler quand je dis que cela représentera, non pas demain, mais à terme, 20 000 emplois en moins.**

**M. Nicolas About**, président de la commission des affaires sociales. Non, 5 000 tout au plus!

**M. Guy Fischer**. M. About me reproche toujours d'exagérer et Mme la secrétaire d'État, de dire des mensonges! (*Exclamations aux bancs des commissions et du Gouvernement.*) Je crois pourtant être dans le vrai.

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

**M. Guy Fischer**. L'expérience l'a d'ailleurs montré.

Je reconnais que la transformation progressive de lits d'USLD permettra peut-être de créer des EHPAD, qui sont absolument nécessaires. Reste que, si j'en crois le courrier que nous venons de recevoir de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, et toute une série de documents édifiants qui traitent de la situation des EHPAD, nous sommes dans la plus grande perplexité.

En tant que co-auteur de l'amendement n° 954, je rejoins la préoccupation de M. Leroy et j'attire l'attention sur le fait que ce sera par le biais de cette substitution intelligente que l'on s'orientera vers la création d'EHPAD et que l'on parviendra, à terme, à une réduction non négligeable des dépenses.

**M. le président**. La parole est à M. Philippe Leroy, pour explication de vote.

**M. Philippe Leroy**. Compte tenu des explications fournies par la commission, je suis prêt à retirer cet amendement.

La réponse de M. le rapporteur semble honnête en ce qu'il nous assure qu'un soin particulier sera apporté au traitement des cas lourds transférés en EHPAD.

Pour autant que Mme la secrétaire d'État le confirme, je pourrai m'en prévaloir par la suite lors des discussions dans mon département. En effet, l'idée de la transformation des USLD en EHPAD me paraît bonne et j'y adhère, à condition toutefois que les promesses soient tenues.

Si Mme la secrétaire d'État confirme les propos du rapporteur à cet égard, je retirerai l'amendement.

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

**Mme Valérie Létard**, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur, tous ces éléments figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, à laquelle je vous renvoie si vous voulez vérifier que le montant de l'enveloppe « soins » affectée au secteur médico-social sera bien à la hauteur des besoins fixés en fonction d'une grille spécifique d'évaluation permettant de déterminer le degré de dépendance de chaque personne.

Dans le cadre du plan Alzheimer, de nombreux appels à projets sont prévus, relatifs notamment à des unités spécifiques et visant à renforcer les dotations en personnels soignants, ergothérapeutes, psychologues, afin de renforcer les outils dans ce domaine et faire en sorte que l'EHPAD soit non pas un sous-établissement, mais un établissement adapté à cette réalité-là également.

Il s'agit, en 2009 comme 2008, de 10 000 emplois soignants supplémentaires dans le budget médico-social pour les établissements existants.

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

**M. Jacky Le Menn**. Je profite de cette occasion pour souligner que vous avez bien effectué des coupes PATHOS pour toutes les USLD, mais pas pour les EHPAD. (*Mme la secrétaire d'État s'exclame.*) Or, dans le cadre d'une prise en considération globale, il importe de tenir compte de la population qui est accueillie dans ces établissements, dont on voit la fragilité.

Dans mon département - je suis, au sein du conseil général, vice-président chargé de l'action sociale -, sur les 1 515 lits en USLD, un peu plus de 1 000 ont été transférés en EHPAD.

Une clause fixe à trente le nombre de places nécessaires pour créer une nouvelle unité de soins redéfinis. Or, si l'on avait appliqué les coupes PATHOS aux EHPAD, il aurait certainement été possible, non seulement dans l'Ille-et-Vilaine, mais sur l'ensemble du territoire national, de créer des unités de soins de longue durée redéfinis.

Pourquoi s'est-on arrêté?

**Mme Valérie Létard**, secrétaire d'État. On ne s'est pas arrêté!

**M. Jacky Le Menn**. Pourquoi n'a-t-on pas réalisé une coupe systématique sur tous les EHPAD?

Il aurait d'ailleurs été opportun de rebâtir une grille en concertation avec les conseils généraux, car j'ai entendu dire qu'il n'y avait pas toujours congruence entre les coupes faites par les médecins de la sécurité sociale et celles des présidents de commission médicale qui, par le biais des médecins chargés de ces secteurs, ont réalisé eux-mêmes leurs propres coupes!

Ne serait-il pas possible de mettre tout cela à plat, afin de bâtir un système qui ne soit pas sujet à critiques et ne mette pas en difficultés de nombreux établissements, tout en assurant la continuité de la prise en charge et des soins pour les personnes âgées fortement dépendantes?

**M. le président**. Monsieur Leroy, qu'en est-il de l'amendement n° 999 rectifié *bis*?

**M. Philippe Leroy**. Je le retire, monsieur le président.

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

Je vous rappelle, mes chers collègues, que les amendements portant sur le texte proposé pour l'article L.1434-11 du code de la santé publique ont été examinés par priorité.

L'amendement n° 1087, 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 texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-11 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Les programmes pluriannuels de gestion du risque assurantiel en santé ainsi que les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie sont transmis pour avis à la conférence régionale de la santé visée à l'article L. 1432-4 et, le cas échéant, à la conférence de territoire visée à l'article L. 1434-15. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1087 est retiré.

L'amendement n° 1032, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, 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 :

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

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

La parole est à Mme Dominique Voynet.

**Mme Dominique Voynet.** La définition des territoires de santé par l'agence régionale de santé conditionnera la répartition de l'offre de soins sur les territoires, aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine ambulatoire, notamment l'accès aux soins de premier recours. Elle conditionnera également la réforme de la carte hospitalière à travers les restructurations et les regroupements d'établissements, ainsi que la définition des zones sous-denses ou sur-denses en termes d'offre de soins de premier recours. Il s'agit donc d'un élément central de cette réforme.

Aussi quelques principes généraux s'imposent-ils pour garantir réellement les conditions de l'égalité d'accès aux soins. C'est pourquoi nous souhaitons qu'il soit précisé dans le projet de loi que les territoires de santé « doivent être établis en fonction des besoins de santé et de soins des populations concernées, en leur garantissant des conditions réelles d'égalité d'accès aux soins ».

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'égalité d'accès aux soins constitue bien entendu l'objectif de la définition des territoires de santé. Pour autant, comme nous l'avons déjà indiqué au cours de ce débat, il n'est pas possible d'imposer aux agences régionales de santé une obligation de résultat en la matière.

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.** Le Gouvernement émet un avis défavorable pour les mêmes raisons.

J'ai déjà eu l'occasion de le souligner, dans la définition des missions confiées aux agences régionales de santé, nous avons tenu à clairement inscrire le principe de la garantie de l'égalité

d'accès aux soins et la satisfaction des besoins en santé de la population. Il n'est donc pas nécessaire de rappeler à tous les articles ce principe, qui fonde l'existence même des agences régionales de santé et est à la base des politiques mises en œuvre, y compris donc en ce qui concerne les territoires de santé.

Cet amendement est donc satisfait.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1032.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 887, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

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

et du président du conseil régional

La parole est à Mme Dominique Voynet.

**Mme Dominique Voynet.** Si vous le permettez, monsieur le président, je présenterai ensemble les amendements n° 887 et 888, dont les objets sont similaires.

**M. le président.** Je suis en effet saisi d'un amendement n° 888, également présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, et ainsi libellé :

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

et des présidents des conseils régionaux

Veuillez poursuivre, madame Voynet.

**Mme Dominique Voynet.** La rédaction proposée pour l'article L. 1434-14 du code de la santé publique présente une curiosité. S'il est précisé au premier alinéa que « les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux » et qu'est requis l'avis du représentant de l'État dans la région, il n'est en revanche nullement fait mention de la nécessité de recueillir l'avis du président du conseil régional,...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il n'a pas la compétence !

**Mme Dominique Voynet.** ... alors que celui des présidents de conseil général est sollicité.

Bien sûr, on pourra m'objecter que le conseil régional n'est pas véritablement compétent dans le domaine de la santé.

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

**Mme Dominique Voynet.** Pourtant, même si cela ne relève pas directement de sa compétence, la région intervient dans de nombreux domaines, qui ont un impact sur l'organisation du système de santé,...

**M. Guy Fischer.** Les aides-soignants !

**Mme Dominique Voynet.** ... en matière tant d'offres de soins et d'accès aux soins que de santé publique ou de formation.

Cet amendement, qui prévoit l'avis des présidents de conseil régional, est de nature à corriger cet oubli et à rétablir un parallélisme des formes avec les présidents de conseil général.

L'amendement n° 888 tend à insérer la même précision, mais cette fois dans le second alinéa du texte proposé pour le même article.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

La région n'ayant pas de compétence spécifique en matière de santé, la consultation du président du conseil régional ne paraît pas justifiée. Je rappelle que sont déjà sollicités les préfets de région, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les présidents de conseil général.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet également un avis défavorable sur ces deux amendements.

Les représentants des conseils régionaux siégeront à la conférence nationale de la santé et de l'autonomie et seront donc consultés par ce biais.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 887.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 888.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1088, 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 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 troisième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique par deux phrases ainsi rédigées :

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

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement se justifie par son texte même.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La procédure ici proposée serait tout à la fois formelle et lourde.

Si elle ne reçoit pas de réponse ou ne se satisfait pas de celle qu'elle a reçue, la conférence de territoire aura toute latitude pour le faire savoir. Par ailleurs, elle pourra donner aux propositions qu'elle aura émises la publicité qu'elle jugera utile.

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.** Sur la forme, j'observe que le dispositif proposé est de nature réglementaire.

Sur le fond, la mission que cet amendement vise à confier au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé ne relève absolument pas de sa compétence. Il ne saurait être en situation de devoir répondre aux propositions de la conférence de territoire, qui demande en fait une réaction de l'autorité ayant un pouvoir de décision, à savoir le directeur général de l'agence régionale de santé.

Pour ces raisons tant de forme que de fond, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1088.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 957, 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 :

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Alors que ce projet de loi est pointilleux à l'extrême, par exemple sur le champ hospitalier et le statut de ses agents, nous ne pouvons que nous étonner du flou qui entoure la question des contrats locaux de santé. C'est d'autant plus dommageable que les contrats locaux de santé constituent un outil prioritaire dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales.

La rédaction retenue pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique ne nous satisfait pas. Nous aurions préféré qu'elle soit plus détaillée et précise la nature des contrats locaux de santé ainsi que les collectivités locales concernées. Cette question n'a cessé d'émerger dans nos discussions cet après-midi.

Madame la ministre, nous ne doutons pas que les contrats locaux de santé seront sollicités par les collectivités locales – des expériences ont déjà été menées –, elles qui sont en attente de tout ce qui permet d'améliorer l'accès aux soins et aux services médico-sociaux des populations.

Je vous renvoie au débat que nous avons eu à l'occasion de la discussion de notre amendement visant à associer les centres communaux d'action sociale, amendement que vous avez écarté. Pourtant, à n'en pas douter, ces établissements seront des acteurs des contrats locaux de santé.

En outre, l'imprécision de ce texte ne facilitera pas la lutte contre les inégalités territoriales et sociales devant la santé. Or, mieux détaillés et plus précis, ces contrats locaux de santé pourraient être de bons outils en ce sens.

Nous souhaitons donc que soit explicité dans le projet de loi le rôle des contrats locaux de santé.

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

**M. Guy Fischer.** Aussi cet amendement vise-t-il à réécrire les deux derniers alinéas du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique, qui à trait à la conclusion entre les agences régionales de santé et les collectivités locales et territoriales de contrats, appelés contrats locaux de santé, censés porter sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Il est également précisé que les modalités d'application des contrats locaux de santé seront définies ultérieurement par décret.

**M. le président.** L'amendement n° 1089, 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 :

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

peut faire

par le mot :

fait

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Avec cet amendement nous abordons la question délicate, mais ô combien importante des contrats locaux de santé.

La rédaction proposée est pour le moins étonnante. En effet, comme le disait à l'instant Guy Fischer, alors que ce texte est pointilleux à l'extrême sur nombre de sujets – je pense notamment au champ hospitalier mais aussi au statut des agents –, il se caractérise par un flou préoccupant quand il s'agit des contrats locaux de santé et, plus spécifiquement, des liens qui uniront les agences régionales de santé aux collectivités locales.

Le Gouvernement impose que les contrats locaux de santé soient passés sur la base du volontariat. Une fois de plus, il affecte de considérer que l'incitation est plus productive que la contrainte... Les mesures adoptées en matière de lutte contre la désertification médicale ou les dispositions sur la permanence de soins, pour rester dans le domaine sanitaire, en sont la preuve !

Pour notre part, dans la mesure où nous considérons que les contrats locaux de santé constitueront le socle à partir duquel pourront être définies, en partenariat avec les acteurs locaux, les politiques de territoire nécessaires à la population, nous entendons que chaque territoire soit dans l'obligation de signer un tel contrat.

**M. le président.** Les amendements n° 958 et 1090 sont identiques.

L'amendement n° 958 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° 1090 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 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

et leurs groupements

insérer les mots :

ou les services de santé au travail

La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 958.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement constitue pour nous l'occasion de réaffirmer, sans doute en vain, l'urgente nécessité d'intégrer les services de santé au travail, en leur permettant, à l'image des collectivités locales, de signer des contrats locaux de santé avec l'agence régionale de santé.

Il est nécessaire de mieux appréhender les maladies d'origine professionnelle et de développer les politiques de prévention, partout où cela se peut et par tous les moyens possibles.

La prévention étant précisément au cœur des contrats locaux de santé, il nous semble opportun d'associer les services de santé au travail, d'autant plus que, nous le savons, certaines pathologies sont identifiées géographiquement, en raison de l'implantation d'une activité industrielle ou professionnelle sur un territoire donné. Il n'est qu'à penser à tous les cancers d'origine professionnelle survenus en raison d'une exposition prolongée à l'amiante au Havre, à La Ciotat ou dans les villes du Nord marquées par l'importance des chantiers navals.

Compte tenu de l'implication entre activité professionnelle et territoires, nous vous invitons à voter cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 1090.

**M. Jacky Le Menn.** Nous retirons cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1090 est retiré.

L'amendement n° 1091, 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 l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique par trois phrases ainsi rédigées :

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Procédant de la même inspiration que l'amendement n° 1089, cet amendement concerne les contrats locaux de santé et vise à en faire un outil prioritaire de lutte contre les inégalités sociales et territoriales.

À cette fin, nous vous proposons une réécriture beaucoup plus précise de l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1434-15 du code de la santé publique.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 957, 1089, 958 et 1091 ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 957.

Il n'y a pas lieu d'obliger l'ARS à proposer des contrats locaux de santé aux collectivités territoriales ni ces dernières à les accepter. Or tel sera le cas si la loi prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé « fait » l'objet de contrats locaux de santé, cette formule étant impérative.

La commission émet le même avis, et pour les mêmes motifs, sur l'amendement n° 1089. La conclusion de contrats locaux de santé ne saurait être obligatoire.

Elle est également défavorable à l'amendement n° 958, par cohérence avec sa position antérieure à l'égard des amendements tendant à inclure systématiquement la santé au travail dans les compétences des ARS. Ces agences auront de toute façon la faculté de passer des contrats avec les services de santé au travail si les deux parties le souhaitent et si elles ont des raisons de le faire dans le cadre de l'articulation de leurs compétences.

La commission émet enfin un avis défavorable sur l'amendement n° 1091. Le contrat obligatoire risque de ne pas être une bonne solution. Par ailleurs, comment définir les territoires présentant des indicateurs de santé significativement défavorables au regard des indicateurs nationaux ?

L'ARS et les collectivités territoriales seront parfaitement en mesure de passer des contrats si elles ont des raisons de le faire et si une telle conclusion peut permettre de mettre en œuvre des actions utiles pour la population et d'atteindre les objectifs définis dans le projet régional de santé.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour les mêmes raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces quatre amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 957.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1089.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 958.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1091.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1092, 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 :

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

« Section 4

« Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

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

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

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

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement a trait aux missions assignées aux ARS. En l'occurrence, il vise à créer une section supplémentaire consacrée à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, qui comprend deux volets spécifiques.

Dans le premier volet, sont assignés à l'agence des objectifs et des moyens à déployer. Dans le second volet, nous entendons articuler le rôle de l'agence sur celui des contrats de cohésion sociale et de la politique de la ville.

Depuis plusieurs années, nombre d'enquêtes démontrent que le renoncement aux soins s'étend à des strates de population de plus en plus importantes. Nous le savons tous : il existe une corrélation entre pauvreté et recours aux soins et à la prévention.

Ainsi, les enquêtes menées dans le domaine de la sécurité et de la protection de la santé démontrent un accroissement extrêmement préoccupant du nombre de personnes déclarant avoir renoncé à des soins durant les douze derniers mois. Alors qu'en 2004 ces personnes représentaient 10 % de la population, deux années plus tard, ce chiffre atteignait 14 %.

De plus, 21 % de nos concitoyens faisant partie des ménages pauvres n'ont effectué aucune visite chez le médecin sur une année, alors que ce pourcentage s'établit à 17 % pour le reste de la population.

L'écart est encore plus grand si l'on prend en considération les enfants. Ainsi, 58 % des enfants d'extraction très modeste n'ont consulté aucun spécialiste au cours d'une année donnée, contre 41 % pour les enfants d'une autre origine sociale.

À ce sujet, le dernier rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale est on ne peut plus édifiant. Il renforce ce constat et note une aggravation. Et il est fort à craindre que les ravages que cause l'actuelle crise économique et sociale n'amplifient malheureusement cette dynamique.

Aussi, il nous semble indispensable que l'ARS prenne en charge cette réalité et agisse.

Dans cette logique, le premier volet de la section que nous voulons ajouter permettra de fixer des objectifs à l'agence et de lui assigner les moyens idoines. En outre, il permettra de mesurer la pertinence des moyens mobilisés, des stratégies mises en œuvre et des progrès réalisés, faute de quoi aucune lisibilité, aucune mise en perspective, aucune planification des moyens ne sera possible.

Le second volet tend à permettre une indispensable articulation entre les contrats de cohésion sociale et la politique de la ville. En effet, si auparavant la santé était peu prise en considération, elle figure désormais parmi les priorités assignées à la politique de la ville. Afin de réduire les inégalités sociales et spatiales de santé et d'inscrire dans le quotidien l'égalité d'accès aux soins pour tous, cette politique vise à mieux répartir l'offre médicale, notamment à l'échelon des quartiers en difficulté.

À titre d'exemple, la santé figure parmi les cinq thèmes majeurs des contrats urbains de cohésion sociale.

Dans ce cadre, la démarche des Ateliers santé ville paraît particulièrement pertinente : elle permet de rapprocher acteurs et professionnels lors de l'élaboration des programmes de santé publique à l'échelle locale, si possible en collaboration avec les habitants.

Aussi nous semble-t-il indispensable que les politiques développées par les ARS puissent directement s'articuler sur les actions déjà entreprises.

Parce que la santé est le bien le plus précieux, parce qu'elle conditionne l'ensemble de l'existence, parce que l'accès aux soins et encore plus à la prévention n'est plus garanti, il est essentiel que les ARS inscrivent leurs actions dans une logique de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il y va non seulement de la simple justice, mais aussi du devenir de la cohésion sociale dans notre pays.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission juge positif le fait d'encourager la mesure des inégalités de santé et de définir des territoires prioritaires et des objectifs d'actions précis. Les interventions des ARS pourront être ainsi mieux ciblées.

Il serait aussi intéressant de prévoir un rapport annuel qui contribue à l'évaluation des résultats obtenus. La commission s'en remet donc à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je le répète volontiers, le Gouvernement est favorable à ce que la réduction des inégalités de santé soit inscrite dans les objectifs des agences régionales de santé. C'est même l'une de leurs missions capitales. D'ailleurs, l'article 26 créant ces instances fait référence à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, qui cite expressément, parmi les objectifs de la

politique nationale de santé, la réduction des inégalités de santé. Ce même objectif est également rappelé dans l'article relatif au conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Pendant, la détermination des moyens qui permettront à l'agence régionale de santé d'agir dans ce sens relève du domaine réglementaire, voire du plan d'action concret de l'ARS et des initiatives qu'elle prendra. Monsieur le rapporteur, même si, selon l'une de vos expressions favorites, cela ne mange pas de pain, cela consomme tout de même du papier, ce qu'il faut éviter ! (*Sourires.*)

Quoi qu'il en soit, le Gouvernement émet un avis défavorable.

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1092.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 959, 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 premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Mireille Schurch.

**Mme Mireille Schurch.** Cet amendement a pour objet de préciser que le directeur général de l'agence régionale de santé est tenu de signaler aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, de l'Agence de la biomédecine, de l'Autorité de sûreté nucléaire, de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail et de l'Institut de veille sanitaire tout événement survenu dans son territoire de compétence et étant susceptible de relever de l'une ou l'autre des institutions que je viens d'énumérer.

Il s'agit de maintenir une certaine cohérence nationale dans le traitement d'événements sanitaires ou environnementaux survenus dans une région.

La pandémie de grippe A/H1N1 à laquelle est confrontée la planète doit nécessairement nous inciter à prévoir des mécanismes d'alerte transversaux, allant de l'échelon national à l'échelon régional, et inversement.

Selon nous, une approche plus globale et multilatérale des problématiques sanitaires et environnementales exige une réaction sérieuse, compte tenu de l'importance des risques et de la vitesse de propagation de certains événements. L'amendement n° 959 tend à permettre aux ARS de déclencher de véritables alertes en direction des agences spécialisées.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le texte prévoit déjà que l'ARS doit saisir le préfet. Par ailleurs, il importe de ne pas remettre en cause tous les systèmes de vigilance existants.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le signalement aux agences nationales de veille et de sécurité sanitaire ou à l'Autorité de sûreté nucléaire de toute situation qui relève de leur mission est important, mais la rédaction de cet amendement ne me paraît pas pertinente. Ce texte est en effet de portée très générale et engendrerait la transmission d'un flux considérable d'informations du niveau régional à l'échelon national, ce qui peut être néfaste, comme vous le savez, mesdames, messieurs les sénateurs. Conservons plutôt les dispositions actuelles qui organisent les fonctions de veille et d'alerte des agences nationales.

D'ailleurs, aux termes de l'article 33 du présent projet de loi, le Gouvernement sera autorisé à prendre par ordonnances les mesures permettant de procéder aux ajustements nécessaires pour assurer la cohérence des textes, notamment pour tenir compte de la création des ARS.

S'agissant de la veille sanitaire, l'article L. 1413-4 du code de la santé publique prévoit que l'État et les organismes placés sous sa tutelle transmettent à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à l'exercice de ses missions. Point n'est besoin d'en rajouter, ce texte a fait ses preuves !

Pour ce qui concerne la mise en œuvre des actions de police sanitaire, le texte proposé pour l'article L. 1435-7 du code précité prévoit que le directeur général de l'ARS, sur le rapport des agents chargés des missions d'inspection, est tenu de signaler au représentant de l'État ainsi qu'aux agences de sécurité sanitaire toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

Le projet de loi comporte des mesures spécifiques et d'autres qui concernent les administrations de l'État. L'amendement n° 959, tel qu'il est rédigé, crée la confusion. Par conséquent, madame Schurch, je vous demande de bien vouloir le retirer.

**M. le président.** Madame Schurch, l'amendement n° 959 est-il maintenu ?

**Mme Mireille Schurch.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 959 est retiré.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je souhaite simplement rappeler à nos collègues que la commission, dès que la séance sera suspendue, se réunira brièvement salon Victor Hugo, afin d'examiner deux amendements déposés par le Gouvernement aux articles suivants. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

**M. Guy Fischer.** Encore ?

**M. le président.** Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-neuf heures trente, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de M. Roger Romani.*)

#### PRÉSIDENCE DE M. ROGER ROMANI vice-président

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

Nous poursuivons la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein de l'article 26, à l'amendement n° 1316.

Cet amendement, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

Sous son autorité,

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je n'ignore pas que, dans un premier temps, cet amendement a reçu un avis défavorable de la commission.

Je souhaite néanmoins le défendre devant la Haute Assemblée et apporter un complément d'information.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais c'est en cela que consiste un vrai débat parlementaire, monsieur Autain ! Il s'agit non pas de camper sur ses positions, mais d'avancer, en commission, en séance, dans le débat. Bien souvent, M. le rapporteur m'a convaincue, et je ne renonce pas à faire de même à mon tour !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Vous m'avez convaincu bien souvent aussi ! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai d'ailleurs recueilli des éléments supplémentaires qui nourriront notre débat.

Le texte adopté par la commission insiste à juste titre sur la nécessaire coordination des services de l'agence régionale de santé et de ceux de l'État. Cela doit en effet permettre de réduire les risques pour la santé liés au milieu.

Il souligne par ailleurs le rôle majeur des services communaux d'hygiène et de santé dans ce domaine. Il n'était pas inutile de rappeler le besoin de coordination entre ces services. C'est en effet grâce à des approches complémentaires que nous obtiendrons les meilleurs résultats en matière de salubrité et d'hygiène publiques.

Je salue également l'initiative de la commission qui a mis en évidence le rôle majeur des services communaux d'hygiène et de santé en matière de prévention des risques sanitaires.

Ces coordinations et ces collaborations entre ces services sont évidemment indispensables – nous en sommes tous convaincus –, mais tout cela doit pouvoir s'établir dans la clarté et la totale transparence des compétences et des responsabilités de chacun.

À cet égard – et je me tourne vers M. le rapporteur, M. le président de la commission et les membres de cette dernière –, le texte proposé pour le troisième alinéa de

l'article L. 1435-1 – « Sous son autorité, les services de l'agence et les services de l'État [...] » – introduit une ambiguïté.

Je vous renvoie d'ailleurs aux discussions que nous avons eues tout au long du débat, cet après midi. L'ensemble des intervenants, quelles que soient les travées sur lesquelles ils siègent, ont insisté pour que la santé environnementale fasse bien partie du paquet de responsabilités de l'ARS, et ils ont réaffirmé leur volonté à travers un certain nombre d'amendements. En effet, comment la santé environnementale pourrait-elle ne pas relever de la structure au sein de laquelle se décident les politiques de santé ?

Cela s'inscrit dans la réforme des agences qui vise à nous doter d'une administration de la santé capable de définir et de conduire une approche globale des questions de santé, la santé dépendant d'un ensemble de facteurs et de déterminants sur lesquels il convient d'agir pour être plus efficace.

Chacun le reconnaît maintenant, et nombre d'entre vous, d'ailleurs, n'ont pas attendu le Grenelle de l'environnement pour me le rappeler : les questions de santé environnementale sont tout à fait majeures.

**M. Guy Fischer.** C'est bien vrai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous avons donc voulu que les missions et les moyens des services déconcentrés du ministère de la santé, la DDASS, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, et la DRASS, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, fassent partie, dans leur intégralité, des ARS, dès lors que ces missions portaient sur des sujets de santé humaine. Cela concerne bien sûr aussi les services santé-environnement.

Simultanément – c'est peut-être de là que vient la confusion que nous avons mentionnée –, le texte proposé pour le deuxième alinéa de l'article L. 1435-1 – c'est le texte du projet de loi, non modifié par la commission – prévoit que le préfet dispose « à tout moment des moyens de l'agence » au niveau régional, et pas seulement départemental, « pour l'exercice de ses compétences ».

Le préfet est comptable de l'ordre public, il a besoin de puiser dans la capacité d'expertise de l'ARS pour exercer ses missions au service de l'ordre public. Et Dieu sait si les questions environnementales peuvent être au cœur des missions d'ordre public ! Je pense notamment aux grandes catastrophes environnementales. Pour avoir été élu député dans une circonscription qui compte des zones considérées comme inondables, je connais cette question. Dans de telles circonstances, le préfet a besoin de la capacité d'expertise des ARS.

Par conséquent, la santé environnementale doit faire partie des missions de l'ARS, mais le préfet de département, responsable de l'ordre public, doit pouvoir puiser dans les capacités d'expertise de l'agence régionale de santé. Cette dernière étant un établissement public, ses services ne sauraient être placés sous l'autorité directe du préfet du département, sauf bien sûr en cas de crise ou de menace à l'ordre public,...

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... où il ne peut y avoir qu'un seul chef de file, le préfet. Voilà la difficulté qu'il nous faut résoudre.

C'est sur la base de ce schéma que mes services et ceux du ministère de l'intérieur travaillent en étroite collaboration depuis plusieurs mois. En effet, cette organisation n'était pas facile à gérer ; elle pouvait être source d'ambiguïtés et, parfois, de querelles de chapelles.

Le maintien du terme « autorité » pour qualifier les relations de l'ARS avec les préfets, même réduites aux actions coordonnées, remettrait en cause l'ensemble de cet équilibre et serait mal compris par l'ensemble des personnels concernés qui travaillent depuis plusieurs mois à la mise en place de cette nouvelle organisation.

Je peux vous le dire en leur nom, les personnels souhaitent que la santé environnementale relève de la responsabilité sanitaire des agences régionales de santé.

L'amendement n° 1316 vise à rétablir clairement l'autorité du directeur de l'ARS sur ces services, en dehors des situations de crise ou de menace à l'ordre public, tout en conservant la mention d'une nécessaire coordination à établir entre les services de l'agence régionale de santé et ceux de l'État, et en rappelant le rôle éminent joué par les services communaux d'hygiène et de santé.

Voilà, monsieur le rapporteur, la clarification que je souhaitais apporter. Lors de l'examen du texte en commission, je n'ai pas dû être suffisamment explicite quant à cette dualité.

**M. François Autain.** Sûrement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** D'un côté, certains ne raisonnent qu'en termes de santé et souhaitent donc que cela relève des ARS. D'un autre côté, ceux qui raisonnent en termes de crise veulent que cela ressortisse à l'État.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Très bien ! C'est très clair !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement que je vous propose permet de sortir de cette difficulté par le haut.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il y a eu en effet une confusion au niveau de la commission.

Madame la ministre, je souhaite revenir sur les trois alinéas du texte proposé pour l'article L. 1435-1 afin d'expliquer, en particulier aux membres de la commission, ce que vous venez de rappeler.

Le premier alinéa – « Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie informe sans délai le représentant de l'État territorialement compétent [...] » – ne pose pas de problème.

Le deuxième alinéa fait référence à « l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques », en cas de trouble à l'ordre public. Dans ce cas, c'est « le représentant de l'État territorialement compétent », c'est-à-dire le préfet du département, qui « dispose à tout moment des moyens de l'agence ».

Quant au texte proposé par la commission pour le troisième alinéa, il débute, d'une manière peut-être un peu malencontreuse, par les mots : « Sous son autorité ». Pour certains, il s'agissait de l'autorité du directeur de l'ARS, pour d'autres, de l'autorité du préfet départemental !

Or, il s'agit en réalité de l'autorité du directeur de l'ARS et non pas de celle du préfet départemental.

L'avis de la commission sur l'amendement n° 1316 rectifié devient donc favorable. On pourrait d'ailleurs préciser les choses avec la rédaction suivante : « Sous l'autorité du directeur de l'ARS, les services de l'agence [...] ». Il n'y aurait alors plus aucune confusion. (*Mme Roselyne Bachelot-Narquin acquiesce.*)

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

**M. François Autain.** Monsieur le rapporteur, nous avons assisté à la même réunion de commission. Mais nous souhaitons tous, me semble-t-il, préciser l'autorité dont il est question dans le texte proposé pour le troisième alinéa de l'article L. 1435-1.

Certains d'entre nous avaient proposé que l'on indique : « Sous l'autorité de ce dernier ».

Pour ma part, je n'avais pas compris qu'il s'agissait de l'autorité du directeur général de l'agence régionale de santé, et je pensais que c'était celle du préfet.

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

**M. François Autain.** L'ambiguïté est donc bien réelle, et c'est pourquoi la précision est nécessaire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il faut apporter une précision à cet égard !

**M. François Autain.** Mais la suppression des mots : « Sous son autorité » ne permet pas pour autant de lever l'ambiguïté.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Autain, je souhaite évidemment que les mots : « Sous son autorité » fasse référence au directeur général de l'ARS.

Toutefois, le texte proposé pour le troisième alinéa de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique se poursuit ainsi : « [...] les services de l'agence et les services de l'État mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires [...] ». Or nous ne pouvons placer les services de l'État sous l'autorité du directeur général de l'ARS !

**M. Michel Mercier.** Oui, d'autres textes législatifs s'y opposeraient !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'en reste donc à la rédaction que je vous ai proposée : « Les services de l'agence » – bien sûr sous l'autorité du directeur général de l'ARS – « et les services de l'État » – à l'évidence placés sous l'égide du préfet – « mettent en œuvre les actions coordonnées nécessaires [...] ».

Monsieur le rapporteur, aucune confusion n'est possible, à mon avis, ou alors il faut réécrire complètement l'amendement.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il doit être clair pour tous que les services ne seront pas placés sous l'autorité du directeur général de l'agence, car nous ne pouvons inscrire dans la loi une telle disposition. À l'évidence, seul le préfet pourra coordonner les actions, mais on ne veut pas le dire...

**M. le président.** La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Si j'ai bien compris, nous supprimons les mots : « Sous son autorité », les actions étant donc mises en œuvre par « les services de l'agence », dont nous sous-entendons qu'ils sont placés sous l'autorité du directeur général de l'ARS, et par « les services de l'État », dont nous sous-enten-

dons qu'ils sont placés sous l'autorité du préfet?... (*Mme la ministre et M. le président de la commission des affaires sociales acquiescent.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1316.

(*L'amendement est adopté à l'unanimité des présents.*)

**M. Guy Fischer.** La soirée commence bien ! (*Sourires.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1293, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'Assemblée nationale a introduit dans le présent projet de loi une disposition donnant à l'agence régionale de santé compétence pour signer le volet sanitaire des contrats urbains de cohésion sociale, que certains appellent les CUCS mais qu'il faut bien distinguer des contrats d'union civile et sociale...

Ces contrats sont conclus avec les collectivités locales pour le développement social et urbain des quartiers relevant de la politique de la ville. Ils intègrent le plus souvent des dispositions visant à favoriser l'accès aux soins et à développer la prévention en faveur des populations vivant dans ces quartiers socialement défavorisés. Je salue au passage le très bon travail qui est réalisé dans ce cadre.

Cette disposition est tout à fait pertinente, me semble-t-il. Je souhaite donc non pas la remettre en cause, mais seulement l'amender, dans un souci de cohérence juridique.

En effet, ces CUCS ne relèvent pas du domaine de la loi ; ils font partie des programmes d'action dans les zones urbaines sensibles – c'est le débat qui nous a animés tout à l'heure sur les structures et les chaînes de responsabilité – prévues à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.

Pour rendre cette disposition plus conforme à l'état du droit existant, je vous propose donc, mesdames, messieurs les sénateurs, un amendement rédactionnel tendant à substituer à la référence aux CUCS un renvoi général aux programmes d'action prévus à l'article 1<sup>er</sup> de la loi précitée.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette proposition ne devrait pas susciter de débats philosophiques, sauf peut-être de la part de M. Mercier ! (*Sourires.*)

**M. Michel Mercier.** Ne me cherchez pas, madame la ministre ! (*Nouveaux sourires.*)

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il s'agit véritablement d'un amendement rédactionnel, sur lequel la commission a émis un avis favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1293.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1317, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Avant le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé : « Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé. Le directeur général peut, sauf pour les matières exclues par la décision de délégation, subdéléguer sa signature à des agents placés sous son autorité. Le représentant de l'État peut mettre fin à tout ou partie d'une subdélégation.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette fois encore, j'ai conscience que la commission a déjà émis un avis défavorable sur cette disposition. Et comme pour l'amendement n° 1316, je voudrais argumenter et m'expliquer de nouveau ; ainsi serai-je peut-être mieux comprise.

Cet amendement a pour objet de permettre au préfet de déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé pour les mesures de police sanitaire.

Vous me demanderez, mesdames, messieurs les sénateurs, s'il ne s'agit pas là d'une disposition sans importance ou purement rédactionnelle.

En réalité, il faut bien mesurer que le présent projet de loi inclut la santé environnementale dans le champ des missions de l'ARS – nous poursuivons là, finalement, le débat que nous menions voilà un instant – et transfère à cette agence les personnels qui travaillent aujourd'hui sur ces questions, c'est-à-dire, pour le dire clairement, les agents des DDASS et des DRASS.

Par ailleurs, la compétence du préfet de département pour les décisions de police administrative reste inchangée. Il est donc utile de prévoir – une telle disposition ne figure pas dans le texte, dans sa rédaction actuelle – que les préfets pourront déléguer leur signature aux directeurs des ARS, comme ils le font aujourd'hui au bénéfice des directeurs des DDASS et des DRASS.

Cette mesure permettra de simplifier les procédures et d'assurer une meilleure réactivité des pouvoirs publics, en particulier en cas de crise, puisque les DDASS seront désormais incluses dans les ARS, notamment pour toutes les questions relatives à la consommation humaine d'eau, au contrôle des piscines ou des baignades ou à la lutte contre l'habitat insalubre.

À titre d'exemple, je rappellerai que la seule notification commune des résultats du contrôle sanitaire de l'eau potable représente en moyenne, pour un département, quelque 3 000 actes, et donc 3 000 signatures !

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous comprenez pourquoi les préfets donnent délégation aux directeurs des DDASS ! Imaginez l'encombrement des services de l'État, et la lenteur des procédures qui en découlerait, si, alors que les missions des DDASS sont reprises par les ARS, vous ne permettiez pas aux préfets de déléguer leur signature aux directeurs des agences ! Et au final, ce seraient les communes et leurs administrés qui seraient pénalisés !

Pis, dans ces matières, qu'il s'agisse de la consommation d'eau, du contrôle des baignades ou de la salubrité de l'habitat, il est souvent nécessaire de prendre des mesures d'urgence. L'encombrement des services de l'État nuirait considérablement aux populations que nous cherchons à

protéger. À l'évidence, aucun délai ne doit s'intercaler entre la signature et l'application des actes de police qui sont nécessaires à la protection de chacun.

Telles sont, mesdames, messieurs les sénateurs, les précisions que je souhaitais apporter s'agissant de cette nécessaire délégation de signature. Mon objectif est de garantir le bon fonctionnement des services de l'État, mais aussi de veiller à la protection des populations. Et sans doute ne m'étais-je pas suffisamment expliquée sur ce point devant la commission.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cette fois, la commission a du mal à se laisser convaincre par les explications de Mme la ministre. (*Exclamations amusées sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

D'une part, les mécanismes de la délégation de signature du préfet ne relèvent pas de la loi, nous semble-t-il.

D'autre part, le texte que vous présentez, madame la ministre, prévoit que le préfet « peut déléguer » sa signature. Est-il bien utile de préciser dans le projet de loi ce point, qui, à la rigueur, est évident ? C'est une question que nous nous posons, d'autant qu'il existe un véritable problème de compétence entre le ministère de l'intérieur, qui gère les préfets, et le ministère de la santé, qui s'occupe des ARS.

La commission avait émis sur cet amendement un avis défavorable, que je maintiens pour l'instant.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le rapporteur, si je vous ai bien compris, et sans vouloir me faire l'exégète de vos propos, vous vous interrogez non pas sur la disposition prévue au fond par cet amendement, mais sur le respect de la hiérarchie des normes : est-il nécessaire de passer par la loi, ou une mesure réglementaire suffirait-elle ?

Précisément, nous avons fait procéder à une analyse juridique. L'ARS étant un établissement public, une mesure législative est bien nécessaire. En outre, le ministère de l'intérieur nous a demandé d'inscrire cette disposition dans la loi, faute de quoi un véritable problème se poserait.

Monsieur le rapporteur, je n'étais pas capable de vous apporter cet élément juridique lors de l'examen du texte en commission, mais je puis le faire à présent ! (*Ah ! sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

**M. Alain Milon, rapporteur.** Dans ce cas, la commission émet un avis favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

**M. Michel Mercier.** Je comprends bien l'objectif de Mme la ministre, mais l'amendement qui nous est soumis présente, me semble-t-il, une incongruité juridique.

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

**M. Michel Mercier.** Si, madame la ministre, et je vais m'en expliquer !

Le préfet peut sans problème déléguer sa signature au directeur général de l'ARS, mais ce dernier ne peut subdéléguer la signature qu'il a reçue aux agents placés sous son autorité. Il faudrait, pour ce faire, que l'arrêté du préfet prévoie que la signature est déléguée au directeur de l'ARS et, en son absence, aux agents placés sous son autorité, en indiquant lesquels.

En revanche, il est impossible que le bénéficiaire d'une délégation subdélègue la signature qu'il a reçue. Or c'est malheureusement ce que prévoit cet amendement.

Je souhaitais relever cette incongruité juridique, afin que ce texte soit parfait.

**M. Guy Fischer.** Quel orfèvre, ce M. Mercier! (*Sourires.*)

**M. Michel Mercier.** Il serait donc nécessaire de rectifier l'amendement afin de le rédiger ainsi : « [...] le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en son absence, à des agents placés sous son autorité ».

**M. le président.** Madame la ministre, que pensez-vous de la suggestion de M. Mercier ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La rédaction proposée par M. Mercier me convient tout à fait. Par conséquent, je rectifie en ce sens l'amendement du Gouvernement, monsieur le président.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 1317 rectifié, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Avant le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé : « Pour les matières relevant de ses attributions au titre du présent code, le représentant de l'État dans le département peut déléguer sa signature au directeur général de l'agence régionale de santé et, en son absence, à des agents placés sous son autorité.

Je le mets aux voix.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 960, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Compte tenu de l'importance des prérogatives confiées aux agences régionales de santé, il nous semble utile de fixer les modalités de l'éventuelle saisine de ces dernières.

En outre, il nous paraît légitime d'ouvrir ce droit de saisine aux associations, comme il est d'usage de le faire dans les domaines de la santé publique et de la sécurité sanitaire, que ce soit auprès de l'Agence de la biomédecine, de la Haute autorité de santé et de l'Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail.

Tel est l'objet de cet amendement.

**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.** Avis défavorable.

**M. Guy Fischer.** Sans commentaire...

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

**M. François Autain.** Monsieur le rapporteur, madame la ministre, je n'ai pas vraiment été convaincu par vos arguments, même si je dois reconnaître qu'ils étaient particulièrement riches! (*Rires.*) Pourrai-je disposer d'un peu plus d'éléments ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai toujours clairement indiqué à Mmes et à MM. les sénateurs que, lorsque j'émet un avis défavorable, je le fais sous le bénéfice des explications complémentaires que je suis toujours prête à leur fournir s'ils me les demandent.

**M. Guy Fischer.** Ah !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je le redis à M. Autain, comme je l'ai dit tout au long des débats.

Vous proposez, monsieur le sénateur, qu'un décret en Conseil d'État précise les modalités de saisine de l'ARS par les ministres intéressés, les établissements publics de l'État, les organismes siégeant au conseil de surveillance et les associations agissant en faveur de la santé, des patients ou des consommateurs.

Dans ce domaine, la vocation de l'agence sera avant tout de rassembler les capacités d'expertise en santé humaine nécessaires à l'organisation de la veille et de la surveillance sanitaires. À ce titre, la loi dispose – nous en avons d'ailleurs parlé avant la suspension de séance, à l'occasion de l'examen d'un amendement défendu par Mme Voynet, je crois – que l'agence saisira les agences de sécurité sanitaire des situations pouvant requérir leur action. L'agence pourra également diffuser ses compétences, notamment auprès des collectivités locales, dans le cadre de la commission de coordination consacrée aux actions de prévention.

S'agissant des associations de patients, celles-ci sont représentées au conseil de surveillance de l'agence et seront donc appelées à en examiner la stratégie. Elles participeront aux travaux de la conférence régionale de santé et de l'autonomie ; nous en avons également parlé. Elles pourront aussi intervenir sur tout sujet de leur choix.

L'ARS devra présenter les résultats de ses actions devant ces instances et indiquer les suites données à leurs avis.

Comme vous le constatez, nous sommes déjà en présence d'un système assez complexe d'avis, de consultation, de concertation, de procédures d'information avec les associations et les partenaires publics, qu'ils relèvent de l'État et de ses établissements publics ou bien des collectivités locales.

Dès lors, l'alinéa qu'introduirait votre amendement ne me paraît pas nécessaire. Oui, monsieur Autain, les ARS pourront bien entendu être saisies par les uns et par les autres ! Oui, les temps d'échange et de dialogue seront nombreux !

Et je l'avoue franchement, je peine à comprendre cette religion du décret en Conseil d'État. Chacun a...

**M. François Autain.** Ses croyances !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... ses idoles ! Je n'ai pas les mêmes que vous, monsieur le sénateur, mais vous l'avez déjà compris ! C'est pourquoi je suis défavorable à votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 960 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Les explications complémentaires de Mme la ministre m'ont pleinement convaincu. C'est pourquoi je retire mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 960 est retiré.

L'amendement n° 1005 rectifié, présenté par M. Dériot, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Gérard Dériot.

**M. Gérard Dériot.** Cet amendement vise à transposer ce qui existe déjà aujourd'hui pour les zones de défense, plus importantes, dans l'organisation de la défense nationale, que les régions administratives.

Aujourd'hui, un préfet est désigné préfet de zone. À ses côtés, un directeur régional des affaires sanitaires et sociales coordonne les actions qui relèvent de ses compétences. Le projet de loi que nous examinons impose de remplacer le directeur régional des affaires sanitaires et sociales par le directeur général de l'ARS du chef-lieu de la zone de défense concernée.

Pour ce faire, comme vous l'avez rappelé tout à l'heure, madame la ministre, les ARS étant des établissements publics, une disposition législative doit être édictée pour procéder à cette transformation...

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

**M. Gérard Dériot.** ... et indiquer que c'est le directeur général de l'ARS de la zone de défense qui se tiendra aux côtés du préfet de zone. Il convient donc de qualifier l'ARS qu'il dirige d'« agence régionale de santé de zone ».

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Tout à fait !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement fait du directeur général de l'ARS le délégué de zone du ministère chargé de la santé, ce qui paraît une excellente transposition, en chargeant le directeur général de l'ARS du chef-lieu de zone de défense d'animer et de coordonner l'action des ARS dans cette zone.

L'amendement n° 1005 rectifié précise que « le directeur de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences ». Cette clarification améliore encore le texte proposé.

La commission émet donc un avis favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'apprécie d'autant plus l'amendement présenté par le M. Gérard Dériot que nous traversons une crise sanitaire liée à la grippe dite « A/H1N1 » dont je crains que nous ne soyons pas complètement sortis et qui montre, à l'évidence, qu'une organisation tout à fait performante est nécessaire pour faire face aux grandes crises sanitaires. Il est très probable que, si nous étions confrontés à une véritable pandémie de grippe, ce qui sera peut-être le cas à l'automne, une organisation dépassant le simple cadre départemental ou régional serait alors nécessaire. La possibilité d'une ARS de zone complète très utilement notre dispositif. Je remercie donc M. Gérard Dériot, et j'émet un avis favorable sur son amendement n° 1005 rectifié.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1005 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1282, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

centres de santé

insérer les mots :

, les pôles de santé

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

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement vise à permettre à l'ARS de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ou CPOM, avec les pôles de santé, au même titre que les maisons, centres et réseaux de santé, et à subordonner le versement d'aides financières par l'ARS ou les collectivités territoriales à la conclusion d'un CPOM.

Il a pour objet de compléter l'inscription des pôles de santé dans l'offre de soins ambulatoire et, ainsi, de finaliser le dispositif qui donnera à la fois sa cohérence et son efficacité à la mise en œuvre des volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation sanitaire, ou SROS. Comme cela est prévu pour les maisons de santé, les centres de santé, les réseaux de santé et les laboratoires de biologie médicale, l'ARS pourra conclure des CPOM avec les pôles de santé.

Cet amendement tend ensuite à soumettre le versement d'une subvention à une structure de soins ambulatoire à la signature d'un CPOM. Le SROS ambulatoire, je le répète, n'est pas opposable – nous en avons longuement discuté avant la suspension de la séance –, mais il permet de définir un projet commun d'aménagement santé du territoire. Cela n'est évidemment possible que si l'ensemble des financements publics disponibles convergent vers ce projet partagé. Il est donc essentiel qu'un CPOM soit conclu préalablement au

versement de toute aide financière à ces structures ambulatoires, que le financeur soit une ARS ou une collectivité territoriale.

Cette conformité au SROS évitera – je pense que vous serez sensible à l’argument – que les élus ne se retrouvent en concurrence sur un même territoire, ce qui est véritablement un scénario « perdant-perdant » que l’on rencontre parfois à l’heure actuelle, comme certains d’entre vous, mesdames, messieurs les sénateurs, me l’ont dit. En pratique, elle évitera que les collectivités les plus riches n’attirent à elles les professionnels de santé au détriment des zones moins riches mais souvent moins bien dotées en offre de soins. Cela aboutirait évidemment à une incongruité : si la densité médicale demeure importante par rapport à celle des pays comparables, nous nous situons actuellement sur le pic d’une démographie médicale qui ne cessera de décliner jusqu’en 2020. Il serait tout de même assez regrettable que les collectivités qui ne rencontrent pas de problèmes d’offre de soins puissent s’offrir, si j’ose employer un verbe aussi trivial, ces professionnels médicaux.

C’est une mesure importante de justice sociale et d’optimisation des moyens.

Cela permettra aussi d’éviter que des projets immobiliers de maisons de santé ne demeurent vides ou ne s’installent inutilement dans des zones où les besoins de santé sont déjà satisfaits. Un certain nombre d’entre vous, mesdames, messieurs les sénateurs, m’ont d’ailleurs indiqué que cela ne relevait pas de la science-fiction et que c’était déjà une réalité constatée dans un certain nombre de territoires.

D’un strict point de vue juridique, cet amendement n’interdit aucune décision et aucune dépense. Il ne porte donc pas atteinte à l’autonomie fonctionnelle des uns et des autres. Il ne porte pas davantage atteinte à leur autonomie institutionnelle en réduisant leurs attributions. Les principes constitutionnels de libre administration des collectivités territoriales sont ici totalement préservés.

Tel est le sens de mon amendement.

**M. le président.** L’amendement n° 961, 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 :

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

les centres de santé

insérer les mots :

, les pôles de santé

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Le texte de mon amendement n° 961 est identique à celui du I de l’amendement n° 1282, défendu par Mme la ministre.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L’avis de la commission est mixte, monsieur le président.

La commission émet un avis favorable sur le I de l’amendement n° 1282 et sur l’amendement n° 961, qui présentent une disposition identique.

Le II de l’amendement n° 1282 tend à rétablir une disposition du projet de loi que la commission n’a pas retenue. Cette disposition interdit aux collectivités territoriales de soutenir des organismes qui n’auraient pas conclu de CPOM avec l’ARS. Défavorable à cette mesure, la commission a réécrit l’ensemble de la deuxième phrase de cet alinéa pour permettre d’associer les collectivités à la conclusion des CPOM. Elle souhaite en rester à son texte,...

**M. Alain Gournac.** Très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** ... et a donc émis un avis défavorable sur le II de l’amendement.

Elle demande par conséquent que le I et le II de l’amendement n° 1282 soient mis aux voix séparément.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je voudrais être tout à fait explicite.

**M. Bernard Cazeau.** On a compris !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Cazeau, vous avez compris, mais peut-être laisserez-vous le Gouvernement s’exprimer ?

**M. Bernard Cazeau.** Il n’y a que vous qui parlez !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ai-je montré le moindre signe d’énervement lorsque vous parliez ? Non, je suis toujours parfaitement imperturbable et polie, même lorsque vous tenez des propos désagréables. Puis-je bénéficier du même traitement de faveur ? Je vous remercie de votre urbanité. (*Applaudissements sur les travées de l’UMP.*)

Que voulons-nous tous, dans cette enceinte ? Nous voulons, tout d’abord, que soit respectée, au nom du principe de subsidiarité, la capacité d’intervention des collectivités territoriales, ce qui est bien normal. Ce n’est pas moi qui, en tant que ministre, dirai autre chose devant cette assemblée représentant les collectivités territoriales.

Cependant, nous voulons aussi répondre aux problèmes de démographie médicale qui se posent dans notre pays, et qui se poseront de manière toujours plus aiguë. Nous le voyons et nous le savons tous, ce sont les collectivités territoriales les plus riches qui rencontrent le moins de problèmes de démographie médicale. Elles ont effectivement des moyens d’intervention considérables.

Actuellement, la démographie médicale est encore suffisamment dense pour que ces zones privilégiées ne rencontrent pas de véritables problèmes de démographie médicale.

Néanmoins, compte tenu de la chute de la démographie médicale, même des zones privilégiées à fort potentiel fiscal connaîtront bientôt des problèmes à cet égard. La concurrence entre les collectivités les plus fragiles et les plus riches, au niveau des départements ou des communes, s’annonce très rude : ce sera « au plus fort la poche » !

Mesdames, messieurs les sénateurs, mon objectif est de sauvegarder une véritable égalité territoriale. C’est la raison pour laquelle je souhaite que vous votiez l’amendement du Gouvernement « dans sa pureté de cristal », c’est-à-dire en acceptant non seulement le I, sur lequel la commission a d’ailleurs émis un avis favorable, mais aussi le II, afin que les zones les plus fragiles puissent elles aussi disposer d’une véritable organisation du territoire leur permettant de lutter contre cette sous-densification médicale.

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

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Madame la ministre, je peux comprendre votre préoccupation, mais je préférerais lire dans le II de votre amendement que les agences régionales de santé peuvent subventionner les services de santé seules, ou avec le concours des collectivités territoriales.

La rédaction que vous préconisez donne en effet l'impression de vouloir imposer la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens même lorsque l'agence régionale de santé ne ferait rien, qu'elle ait ou non vu la nécessité de faire quelque chose.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Ce sera la loi de la jungle !

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. J'insiste, parce que c'est important : il convient de prévoir que les agences régionales de santé subventionnent les services de santé seules, ou avec le concours des collectivités territoriales. Nous devons nous prémunir contre toutes ces tentatives incessantes visant à encadrer le principe de libre administration des collectivités territoriales. Certes, je le sais bien, ces dernières sont libres de faire ce qu'elles veulent dans le cadre de la loi. Mais il ne faudrait pas que le législateur mette sans arrêt des obstacles à ce qu'elles peuvent imaginer comme aides ; ou alors, il faudrait que l'ARS s'associe aux collectivités territoriales...

**M. le président**. Monsieur le président de la commission, s'agit-il là d'une proposition de rectification du II de l'amendement n° 1282 ?

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Non, monsieur le président, il s'agissait simplement de donner une explication et d'inviter Mme la ministre à la réflexion.

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

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Madame la ministre, permettez-moi de revenir un instant sur le II de votre amendement. Vous voulez éviter, selon vos propres mots, « la loi de la jungle ». Mais je vois mal le Sénat interdire aux collectivités territoriales de participer financièrement à des actions de santé au motif qu'elles n'auraient pas été subventionnées par les ARS ! (*Mme la ministre fait un signe de dénégation.*) La rédaction que vous proposez subordonne à la conclusion d'un CPOM le versement par les ARS de subventions à ces actions de santé. Or, les collectivités territoriales doivent pouvoir conserver leur liberté.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Il s'agit d'un sujet évidemment capital, que nous aurons sans doute l'occasion de revoir lors de l'examen de l'article 2. Personne ne doit craindre d'avoir à perdre dans le cadre du SROS.

Monsieur le rapporteur, vous redoutez que l'intervention des collectivités territoriales ne soit finalement subordonnée à celle de l'ARS. Mais il importe d'avoir à l'esprit que le SROS fait l'objet d'une coécriture : c'est le résultat d'une concertation totale avec l'ensemble des acteurs concernés, notamment les élus.

Le schéma régional d'organisation des soins n'a pas d'autres objectifs que de trouver les solutions les plus satisfaisantes afin de répondre aux besoins de santé des populations. Ce n'est en rien un cadre élaboré de façon autoritaire par l'agence régionale de santé. Il est d'ailleurs bien précisé dans le texte qu'il est

élaboré avec les élus, qui sont à la manœuvre pour les subventions, avec les professionnels de santé et avec les associations d'usagers : c'est le fruit d'une « architecture partagée ».

Le SROS a été conçu pour faire en sorte que l'ensemble des acteurs concernés décident de coordonner leurs actions et n'aient ainsi pas à subir les *desiderata* de la collectivité la plus riche, qui, faute d'un tel schéma, pourrait choisir d'utiliser son argent à seule fin d'attirer les professionnels de santé sur son territoire, au détriment de tous les autres.

Avec le SROS, chacun respecte le principe de subsidiarité et agit non pas selon une ligne hiérarchique verticale, mais bien dans le cadre d'une coopération horizontale.

**M. le président**. Mes chers collègues, nous allons procéder à un vote par division sur l'amendement n° 1282.

Je mets aux voix le I de l'amendement n° 1282, identique à l'amendement n° 961.

(*Ce texte est adopté.*)

**M. le président**. La parole est à M. René Beaumont, pour explication de vote sur le II de l'amendement n° 1282.

**M. René Beaumont**. Madame la ministre, la rédaction du II de l'amendement n° 1282 n'est absolument pas acceptable par le Sénat, représentant des collectivités territoriales, qui ne peut voter une disposition subordonnant les subventions des collectivités territoriales à l'accord de l'agence régionale de santé !

Pour que votre proposition puisse emporter notre adhésion, il vous faudrait rectifier votre amendement afin de supprimer les termes : « ou les collectivités territoriales » et rédiger ainsi la phrase : « Le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les agences régionales de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. » Ainsi, les collectivités territoriales seraient libres de faire ce qu'elles veulent.

En l'état actuel, votre amendement n'est pas soutenable politiquement.

**M. Bernard Cazeau**. Oh que non !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je comprends bien la préoccupation de M. Beaumont. Avant que le Sénat ne vote, je souhaite donc intervenir une dernière fois.

Mesdames, messieurs les sénateurs, la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue la meilleure protection pour les collectivités territoriales.

**M. René Beaumont**. Certes.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Ces collectivités sont comptables des deniers publics. L'argent étant rare, les subventions difficiles à trouver, elles essaient véritablement de mener une action la plus pertinente possible.

À l'heure où chaque collectivité territoriale, qu'elle soit dirigée par l'opposition ou la majorité, s'implique dans le plan de relance, personne n'a intérêt à ce que l'argent public, dont tout le monde a besoin, soit dilapidé.

Vous qui êtes aussi des élus locaux, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens vous protège : en permettant de définir un territoire de santé, un centre de santé et une maison de santé pluridisciplinaire, il garantit que l'argent dont vous êtes comptables et responsables sera utilisé pour des projets qui répondent aux véritables besoins de vos concitoyens en termes d'offre de soins.

Pour ma part, je ne vois aucun lien de subordination. Je le redis, le SROS est élaboré en commun. Sur la base du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, vous définirez ensemble les attentes de vos concitoyens en la matière. Cela revient à subordonner non pas les uns aux autres, mais l'action publique aux besoins des populations.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

**M. Michel Mercier.** Je souscris aux propos de mon collègue René Beaumont, tant il paraît difficile, pour ne pas dire impossible, de subordonner le versement d'une subvention par une collectivité territoriale à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'établissement de santé.

En revanche, madame la ministre, la commission, dans le texte qu'elle a adopté, suggère que ce CPOM soit négocié et conclu entre l'agence régionale de santé, la collectivité territoriale et le centre de santé concerné.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** D'accord!

**M. Michel Mercier.** La situation est tout à fait différente, puisqu'il s'agit alors d'une décision prise par les trois parties au contrat.

Par conséquent, la rédaction retenue par la commission me convient parfaitement, dans la mesure où la collectivité territoriale n'est pas soumise à l'ARS. À partir du moment où la collectivité est partie au contrat, l'affaire est réglée!

**M. Alain Gournac.** Voilà!

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, la suggestion de M. Mercier est intéressante. Je rectifie donc mon amendement, afin de préciser que l'attribution des subventions est conditionnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale de santé, la collectivité territoriale et, évidemment, l'attributaire de la subvention.

**M. René Beaumont.** C'est parfait!

**M. le président.** Madame la ministre, cette rédaction correspond, me semble-t-il, au texte adopté par la commission...

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Madame la ministre, mes chers collègues, pour la clarté du débat, je vous relis la rédaction adoptée par la commission pour le premier alinéa du texte proposé par l'article 26 pour l'article L. 1435-3 du code de la santé publique: « L'agence régionale de santé [...] 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. »

Comme l'a indiqué M. Mercier, la proposition que fait le Gouvernement est équivalente.

**M. Alain Gournac.** Conservons alors le texte de la commission!

**M. le président.** Madame la ministre, le II de l'amendement n° 1282 n'aurait donc plus d'objet.

**M. François Autain.** Sentiment partagé, monsieur le président!

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, je souhaite quelques instants de réflexion. Je vous demande donc une brève suspension de séance.

**M. le président.** Le Sénat va, bien sûr, accéder à votre demande, madame la ministre.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à vingt-deux heures vingt-sept, est reprise à vingt-deux heures trente.)*

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

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, je supprime le II de l'amendement n° 1282 *(Applaudissements sur certaines travées du groupe CRC-SPG, du groupe socialiste et de l'UMP.)*

**M. Alain Gournac.** Voilà!

**M. François Autain.** Enfin!

**M. le président.** Il s'agit donc de l'amendement n° 1282 rectifié, identique à l'amendement n° 961.

Je mets aux voix ces deux amendements identiques.

*(Ces amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n° 81, présenté par M. Beaumont, est ainsi libellé:

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé:

« Le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ainsi que les modalités de leur financement seront précisés par décret après concertation avec les organisations représentant ces différents services de santé.

La parole est à M. René Beaumont.

**M. René Beaumont.** Monsieur le président, madame la ministre, vous allez gagner du temps! Le nouveau système est quelque peu déroutant, en tout cas en ce qui me concerne. Je ne suis pas membre de la commission des affaires sociales et n'ai pas suivi tous ses débats. J'ai déposé un amendement, et je m'aperçois maintenant qu'il est satisfait. Je le retire donc.

**M. le président.** L'amendement n° 81 est retiré.

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

L'amendement n° 1283 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

I. - Après le mot:

soins

supprimer la fin du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique.

II. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du même texte, après le mot:

services

insérer le mot:

, pôles

III. - Dans la deuxième phrase du même alinéa, après les mots:

le service

insérer les mots :

, le pôle

IV. - Après les mots :

contrat type régional

rédiger comme suit la fin du même alinéa :

qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce sont des dispositions de mise en cohérence des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Ces contrats se substitueront aux dispositifs actuels qui sont peu lisibles localement et incitent peu à un exercice décloisonné des soins. Les contrats d'amélioration constitueront un outil de contractualisation simplifié permettant à l'agence de s'engager avec les acteurs locaux en matière d'organisation et de qualité des soins. Ils déclineront des orientations nationales sur la base d'un contrat type national ; ils pourront également être régionaux pour répondre à des problématiques locales. C'est donc un contrat qui présente deux avantages : associer tous les professionnels à son élaboration et assurer une égalité de traitement entre tous ceux qui seront appelés à le signer.

Je vous propose un certain nombre d'améliorations rédactionnelles. La première vise à simplifier le texte proposé pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique en supprimant une redondance entre le premier et le deuxième alinéa. La deuxième consiste à bien préciser que les pôles de santé pourront conclure de tels contrats avec les ARS. Enfin, la troisième amélioration tend à rendre plus souple et plus simple la procédure de validation des contrats types régionaux. Ces trois améliorations, qui n'affectent pas le fond de l'article, sont de nature à bien faire comprendre ce dispositif.

**M. le président.** L'amendement n° 962, 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 :

Dans la première phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, après le mot :

centres

insérer le mot :

pôles

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement vise à permettre aux pôles de santé d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques de santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis favorable sur le I de l'amendement n° 1283 rectifié, qui tend à supprimer la référence au cadre négocié au niveau national avec les organisations syndicales représentatives des professions de santé, ainsi que sur les II et III, qui n'appellent aucune objection.

En revanche, l'approbation tacite des contrats types régionaux pour l'amélioration de la qualité des pratiques de santé prévue dans le IV de l'amendement n° 1283 rectifié pose problème à la commission. Cette dernière, avant d'examiner cet amendement, avait en effet émis un avis favorable sur l'amendement n° 989, qui vise à supprimer la possibilité de contrats types régionaux en l'absence d'un contrat type national.

Par conséquent, madame la ministre, la commission n'émettra un avis favorable sur l'ensemble de l'amendement n° 1283 rectifié que si vous acceptez l'amendement n° 989 relatif au contrat type national.

Enfin, la commission émet un avis favorable sur l'amendement n° 962, qui a le même objet que le II de l'amendement n° 1283 rectifié et ne présente qu'une rédaction différente.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je voudrais souligner la nécessité de conserver dans ce domaine des possibilités de déconcentration. Je suis d'ailleurs très étonnée que vous ne vouliez pas d'une procédure de contrats types régionaux.

Le Gouvernement souhaite simplifier la procédure de validation des contrats types régionaux afin de fournir aux agences régionales de santé un outil souple et pragmatique.

L'amendement n° 1283 rectifié prévoit donc, à l'instar de ce qui est en vigueur pour les actuels contrats d'amélioration des pratiques hospitalières, une approbation tacite du contrat type régional quarante-cinq jours après sa réception par l'UNCAM et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. Cette procédure présente l'avantage de rester simple tout en permettant à l'UNCAM de se prononcer sur le contrat type régional.

L'UNCAM pourra donc – j'insiste sur ce point, notamment auprès de ceux qui voient là une possibilité de captation de ses prérogatives –, grâce à la rédaction que je vous propose, se prononcer sur un contrat type régional, et, le cas échéant, s'y opposer. Les prérogatives de l'UNCAM concernant le contrat national sont donc respectées, et une certaine souplesse est introduite dans le dispositif.

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

**M. Paul Blanc.** Madame la ministre, je ne peux voter le IV de l'amendement n° 1283 rectifié. J'ai en effet déposé un amendement n° 989, accepté par la commission, tendant à supprimer les contrats types régionaux, et ce afin d'éviter toute balkanisation : les contrats pourraient en effet être extrêmement différents selon les régions.

À mon avis, la politique de santé doit avant tout être nationale. Certes, elle peut être déclinée région par région, mais une certaine unité me paraît nécessaire pour les contrats types régionaux.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Blanc, il ne s'agit pas de revenir sur le contrat type national. Celui-ci conserve toute sa valeur, et le contrat type régional ne s'y substitue pas.

C'est dans le cas où un contrat type national n'existe pas que le contrat type régional peut permettre des adaptations. Vous n'avez donc aucun souci à vous faire !

**M. le président.** La parole est à M. Michel Mercier, pour explication de vote.

**M. Michel Mercier.** La différence entre le texte de la commission et celui du Gouvernement porte non pas du tout sur le contrat type national, mais bien plutôt sur le mode d'approbation du contrat régional.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Bien sûr !

**M. Michel Mercier.** La commission souligne que l'approbation de l'UNCAM doit être explicite tandis que, pour le Gouvernement, le contrat est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'UNCAM.

Il suffit donc de faire figurer les deux éléments ! Inscrivons les deux possibilités dans un amendement de synthèse qui, à vingt-deux heures trente-cinq, me semble s'imposer !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si M. Mercier n'existait pas, il nous faudrait l'inventer ! (*Sourires. – Applaudissements sur les travées de l'Union centriste.*)

**M. René Beaumont.** Hélas, il existe ! (*Nouveaux sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je vais donc rectifier mon amendement.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** M. Mercier a raison, et je suis ravi que Mme la ministre se rallie à son idée.

Pour parvenir à une sorte de parallélisme des formes et s'assurer qu'aucune partie ne soit lésée dans cette affaire, il faudrait ajouter, dans le IV de l'amendement n° 1283, après les mots : « qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie », les mots : « par les parties aux conventions », le reste étant sans changement.

Si nous n'ajoutions pas les « parties aux conventions » ou les partenaires conventionnels, ce serait, en fin de compte, pour les contourner ! Ce seraient en effet les seuls à ne pas être consultés au sujet du contrat régional ! Il suffirait donc d'envoyer un contrat national à l'UNCAM qui trouverait un accord avec le Gouvernement pour ne pas avoir à négocier avec les partenaires conventionnels. Le contrat régional s'imposerait après constatation d'une absence de réponse après quarante-cinq jours. Ce serait un peu facile !

Pour la clarté des choses et pour montrer la bonne foi de tous, il faut donc envoyer le contrat type régional non seulement à l'UNCAM, mais également aux parties aux conventions, c'est-à-dire à l'ensemble de ceux qui auraient normalement eu à en discuter au niveau national. À défaut de retour au bout de quarante-cinq jours, le contrat sera considéré comme réputé approuvé par tous. Alors là, il n'y aura rien à dire !

**M. le président.** Madame la ministre, que pensez-vous de la suggestion de M. le président de la commission ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'y suis favorable, et je rectifie mon amendement en ce sens, monsieur le président.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 1283 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

I. - Après le mot :

soins

supprimer la fin du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique.

II. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du même texte, après le mot :

services

insérer le mot :

, pôles

III. - Dans la deuxième phrase du même alinéa, après les mots :

le service

insérer les mots :

, le pôle

IV. - Après les mots :

contrat type régional

rédigé comme suit la fin du même alinéa :

qui est réputé approuvé quarante-cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

Je le mets aux voix.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 962 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 1094, 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 :

Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le contrat d'amélioration des pratiques en santé peut notamment confier aux professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux qui y adhèrent un mandat de santé publique, sur le fondement duquel ces professionnels, centres, établissements, maisons, services ou réseaux participent à des actions de prévention, de promotion de la santé ou de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement est directement inspiré d'une recommandation du rapport d'information présenté en octobre 2008 par M. Marc Bernier, au nom de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présidée par M. Christian Paul ; ce rapport a été adopté à l'unanimité par nos collègues députés.

Notre amendement vise à attribuer des « mandats de santé publique » aux professionnels de santé.

Dans une optique de réduction des inégalités dans le domaine de la santé, il s'agit de confier à ces professionnels des missions de santé publique individualisées, tenant compte des besoins spécifiques de la population de chaque territoire de santé, tels qu'ils figurent dans le projet régional de santé. Cette dynamique conjugue tout à la fois une approche globale de la santé et une approche tenant compte des spécificités inhérentes au lieu d'exercice des professionnels.

Dans le cadre du contrat d'amélioration des pratiques en santé, ces mandats de santé publique pourraient ouvrir droit à une rémunération forfaitaire, plus adaptée que le paiement à l'acte, pour mobiliser les professionnels de santé autour des actions de santé publique.

Sur la forme, vous nous direz, madame la ministre, que le terme « mandat » ne vous plaît pas et que « forfait » ne vous convient guère plus ; vous soutiendrez également, sans doute, que les outils de contractualisation, dont l'objectif est de rémunérer les missions de santé publique, existent déjà sous la forme des contrats d'amélioration des pratiques en santé. Il n'en demeure pas moins que ces mandats pourraient jouer un rôle particulièrement important dans l'amélioration des actions de prévention et auraient une incidence sur le développement de certaines pathologies, comme l'obésité, les addictions, etc.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement. Elle s'est effectivement interrogée sur la notion de « mandat de santé publique », qui appellerait de toute façon une définition plus claire et plus précise.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1094.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 963, 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 :

Dans la quatrième phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, après les mots :

les centres de santé

insérer les mots :

, les pôles de santé

Cet amendement n'a plus d'objet

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

L'amendement n° 989, présenté par MM. P. Blanc et Laménié, est ainsi libellé :

Supprimer la dernière phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique.

L'amendement n° 80, présenté par M. Beaumont, est ainsi libellé :

Dans la dernière phrase du deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, après le mot :

établit

insérer les mots :

, en concertation avec les représentants des structures et des professionnels susvisés,

Ces amendements n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 1284, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique :

Ses modalités sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement vise à préciser que la permanence des soins est organisée sous la responsabilité des agences régionales de santé.

Tout le monde connaît les problèmes de la permanence des soins.

Le texte adopté par la commission des affaires sociales prévoit que les professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont associés à la définition des modalités d'organisation de la permanence des soins, ce qui est normal. Actuellement, les professionnels de santé, au premier rang desquels figure l'ordre des médecins, sont d'ores et déjà consultés dans le cadre du comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires, le CODAMUPS.

La rédaction que je vous présente conserve ce type d'organisation, qui fonctionne de façon satisfaisante dans l'ensemble des départements, et renvoie les modalités de cette consultation au niveau réglementaire, comme c'est le cas aujourd'hui.

Je propose ainsi de ne pas faire figurer dans la loi le dispositif de concertation des professionnels de santé, qui existe actuellement et qui sera mis en place, dans les régions, par l'agence régionale de santé, pour l'organisation de la mission de service public de la permanence des soins.

Il est bien évident que tous les acteurs mobilisés par les CODAMUPS, notamment le Conseil national de l'ordre des médecins et l'Union régionale des professions de santé, qui représentent les professionnels libéraux, demeureront associés à l'organisation et au suivi du dispositif, qui sera placé sous la responsabilité du directeur général de l'ARS.

Je présenterai par ailleurs, à l'occasion de l'examen de l'article 19 *ter*, au titre II du projet de loi, un amendement tendant à prévoir explicitement la consultation par l'ARS du Conseil national de l'ordre des médecins, sur les projets et questions relevant de ses compétences.

Cet amendement tend donc à rappeler les responsabilités de chacun et à placer au bon niveau de la hiérarchie des normes les dispositifs dont nous avons besoin dans ce cadre.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** C'est une soirée difficile pour moi, monsieur le président, puisque la commission a de nouveau émis un avis défavorable. Elle a souhaité, en effet, maintenir les dispositions du texte prévoyant que les modalités de la permanence des soins seront élaborées en

association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins. Cela n'ôte rien à la compétence des ARS pour diriger la permanence des soins.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai bien précisé, monsieur le rapporteur, qu'une disposition serait prévue explicitement au titre II, lors de l'examen de l'article 19 *ter*. Peut-être serait-il judicieux de réserver l'amendement n° 1284 ?

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Mme la ministre vient de nous annoncer le dépôt, à l'article 19 *ter*, d'un amendement dont nous n'avons pas encore pris connaissance. Le moins que nous puissions faire – et je parle sous le contrôle du président de la commission des affaires sociales – serait de réserver l'amendement n° 1284 jusqu'à la discussion de cet article 19 *ter*. Comment pourrions-nous apprécier la coordination entre ces deux articles si nous n'avons pas pu examiner en commission l'amendement annoncé ?

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** La réserve de l'amendement n° 1284 aboutirait à bloquer l'adoption de l'article 26. Ce serait dommage dans la mesure où, si nous obtenions satisfaction sur l'article 19 *ter*, il suffirait d'une simple coordination en commission mixte paritaire.

Il serait donc à mon avis plus simple de maintenir pour l'instant le texte de la commission, puis de faire ensuite du « toilettage ».

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis un roseau flexible entre les mains du président de la commission des affaires sociales ! (*Rires.*) Je m'en remets à sa sagesse.

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

**M. Bernard Cazeau.** Le texte de la commission me paraît bien meilleur que l'amendement du Gouvernement. Tout le monde sait quelle « pagaille » ont semée les préfets, dans bien des départements, notamment le mien, lorsqu'ils se sont occupés de la permanence des soins !

Écarter les professionnels de santé qui avaient su, à une époque, mettre en place la permanence des soins, et qui savent encore le faire, pour confier cette mission au directeur de l'ARS ne serait pas d'excellente manière.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Sensible aux arguments de M. Vasselle, je retire l'amendement n° 1284, afin de ne pas retarder le vote sur l'article 26.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Merci, madame la ministre !

**M. le président.** L'amendement n° 1284 est retiré.

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

L'amendement n° 990, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé :

Supprimer le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc.** Le second alinéa du texte proposé par l'article 26 pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique dispose : « 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. »

J'estime, pour ma part, que l'agence régionale de santé n'a pas à déterminer les rémunérations des professionnels de santé participant à la permanence des soins. Ces rémunérations doivent être fixées nationalement par la convention, et ne peuvent être variables d'une région à l'autre.

**M. le président.** Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 1095 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 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.

L'amendement n° 1158 rectifié est présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter le second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique par les mots :

et après consultation des organisations représentatives des professionnels concernés.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 1095.

**M. Jacky Le Menn.** Nous tenons également à ce que la détermination des rémunérations des professionnels donne lieu à une consultation nationale.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 1158 rectifié.

**M. Gilbert Barbier.** Deux possibilités s'offrent à nous : soit nous suivons Paul Blanc en supprimant le second alinéa du texte proposé par l'article 26 pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, soit nous adoptons les amendements identiques n°s 1095 et 1158 rectifié. Dans les deux cas, le résultat sera le même.

La détermination des honoraires pose un véritable problème. Comment l'une des parties concernées pourrait-elle être écartée de la négociation ?

Mme la ministre a accepté de retirer son amendement. Très bien ! Mais il faut absolument associer les représentants des professions de santé à ces négociations.

Je profite de cette intervention pour remercier Mme la ministre de n'avoir pas prononcé, à l'occasion de l'examen de cet article, le terme d'« offreur de soins », qu'elle a bien voulu rayer de son vocabulaire ! (*Mme la ministre sourit.*)

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 990, car elle préfère sa rédaction.

L'avis est également défavorable sur les amendements identiques n°s 1095 et 1158 rectifié, la commission souhaitant que les représentants des professionnels de santé soient associés à l'élaboration des modalités de la permanence des soins. En revanche, il ne paraît pas indispensable de prévoir la consultation de ces représentants sur les rémunérations. Cette consultation aurait d'ailleurs une portée limitée, l'ARS n'étant pas liée par cet avis.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je tiens à rappeler un principe : je souhaite que l'organisation de la permanence des soins fasse appel à la participation des médecins, bien sûr sous l'égide de l'autorité responsable. Les médecins, monsieur Barbier, sont en effet les mieux à même d'organiser la permanence des soins !

**M. François Autain.** Pourquoi n'y parviennent-ils pas ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce principe étant posé, il faut pouvoir moduler. Le système actuel présente la double caractéristique de coûter très cher et de ne pas donner satisfaction. Il nous faut donc trouver, grâce à une organisation faisant appel aux professionnels, sous l'égide d'une autorité responsable, les meilleurs moyens d'adaptation.

Il est tout à fait évident que les besoins ne sont pas les mêmes selon qu'on est à la campagne, en montagne, sur le littoral ou dans un quartier urbain en difficulté. Les professionnels de santé peuvent, à un moment, convenir d'être mieux rémunérés parce qu'en moins grand nombre.

Avec ce dispositif, ce que nous voulons, c'est, au bout du compte, rendre la main aux professionnels de santé en leur donnant les moyens de s'organiser et en mettant chacun face à ses responsabilités. Il s'agit de substituer une obligation de résultats à l'actuelle obligation de moyens, qui a montré ses limites. C'est la raison pour laquelle la modulation me paraît tout à fait importante.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur les trois amendements.

**M. le président.** Monsieur Paul Blanc, l'amendement n° 990 est-il maintenu ?

**M. Paul Blanc.** J'ai bien entendu les explications de Mme la ministre. Dans la mesure où cet article va être modifié pour indiquer que les professionnels de santé participeront bien à l'organisation de ces services, je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 990 est retiré.

La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 1095 et 1158 rectifié.

**M. Alain Vasselle.** Il me paraît nécessaire, à ce stade de la discussion, d'obtenir des éclaircissements de la part du Gouvernement sur la manière dont vont évoluer les modalités de rémunération des professionnels de santé.

Pour ceux qui exercent dans les établissements publics de santé, les choses sont claires : ils sont soumis au statut de la fonction publique hospitalière, et leur rémunération s'inscrit dans ce cadre.

Mais que va-t-il se passer pour les médecins libéraux ? Actuellement, leur rémunération, sous forme d'honoraires, fait l'objet de négociations conventionnelles au niveau de la CNAM ou de l'UNCAM.

Quelles seront les incidences des nouvelles modalités financières ? Il semble que l'on sorte du dispositif des négociations conventionnelles puisque les modalités de rémunération des médecins seront déterminées par le préfet du département ou par décret en Conseil d'État.

Cela laisse-t-il supposer que, à l'avenir, les modalités de rémunération des médecins libéraux sortiront du champ des négociations conventionnelles pour être dévolues à l'État ? Autrement dit, faut-il comprendre que le Gouvernement compte exercer directement une compétence dans un domaine sur lequel il ne pesait jusqu'à présent qu'indirectement, par le biais de la nomination du directeur de la CNAM ?

Il serait intéressant pour nous d'être informés sur les évolutions prévisibles. Le Gouvernement entend-il déterminer directement les honoraires des médecins libéraux, ou le cadre conventionnel sera-t-il maintenu ? Pour la permanence des soins, entend-il remplacer la modulation des honoraires par une rémunération spécifique, dont les modalités, encore inconnues, seraient dévoilées à l'occasion de la parution du décret ou des instructions données aux préfets ? Il serait intéressant d'en savoir un peu plus !

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** La question, parfaitement résumée par M. Vasselle, consiste à savoir qui va payer et selon quelles modalités. Y aura-t-il une enveloppe particulière, ou bien les choses continueront-elles de se dérouler dans le cadre conventionnel ?

Je vois mal sous quelles formes la décision sera prise. On peut admettre que le représentant de l'État impose sa décision à l'UNCAM. Mais les professionnels de santé devront être associés pour que la décision conserve un caractère conventionnel.

Je retire mon amendement, sous réserve d'explications de la part de Mme la ministre.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Rassurez-vous, les professionnels, et tout particulièrement les conseils de l'ordre, demeureront impliqués dans les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins. Les relations fonctionnelles entre les acteurs de la permanence des soins seront définies par décret, afin de ne pas alourdir la loi. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai déposé, au nom du Gouvernement, un amendement visant à revenir à la rédaction initiale du projet de loi.

Sur le plan du financement, il faut à la fois garantir un cadre national et ouvrir la possibilité d'une modulation régionale pour tenir compte des spécificités locales.

La totalité de l'enveloppe consacrée à la permanence des soins s'élève actuellement, de mémoire, à 430 millions d'euros, soit une somme importante. Or, un certain nombre de rapports ont bien indiqué que ce système était coûteux et souvent inefficace,...

**M. Guy Fischer.** C'est bien de le reconnaître !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ...en tout cas qu'il présentait des lacunes considérables. C'était donc un système « perdant-perdant » !

Je souhaite garantir un cadre national tout en autorisant ces modulations au plus près du terrain qui permettront au système de mieux fonctionner. Franchement, je crois que, par rapport à la situation actuelle, on peut faire mieux! (*M. le président de la commission des affaires sociales applaudit.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1095 est retiré.

La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 1158 rectifié.

**M. François Autain.** Le problème n'est pas tant le montant ou le mode de rémunération des médecins participant à la permanence des soins que les moyens qu'il faudrait consacrer à cette dernière pour qu'elle fonctionne effectivement.

Or, la réalité du terrain, c'est que cette mission de service public n'est pas exercée convenablement. Ce n'est pourtant pas faute de déployer des efforts ni de donner des pouvoirs aux préfets! On ne peut pas davantage incriminer les conseils de l'ordre, qui apportent leurs concours dans de nombreux départements!

La création des maisons médicales de garde, solution préconisée par le rapport Grall, s'est révélée d'autant plus insuffisante pour assurer ce service que la plupart de ces structures sont déficitaires. Et les municipalités, souvent sollicitées pour leur venir en aide, considèrent qu'elles n'ont pas à prendre en charge la totalité de ce financement.

Il y a dans ce domaine une carence de l'État. Madame la ministre, vous qui parlez souvent de cette mission régaliennne qu'est la santé, que ne saisissez-vous cette occasion de l'exercer dans le cadre de la permanence des soins! Force m'est de constater que vous ne le faites pas! Est-ce dû à des problèmes financiers? Ou bien voulez-vous ménager la profession médicale?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous avez raison! Ils pensent que je les ménage! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Je sais bien que les médecins sont un puissant relais d'opinion avec lequel il faut compter: ils peuvent faire gagner des élections, mais aussi en faire perdre... Par conséquent, il ne faut surtout pas les brutaliser!

Vous êtes allée jusqu'à vous en remettre au seul volontariat pour assurer la permanence des soins! Or, l'évidence s'impose: le volontariat des médecins ne suffit pas. Dès lors, c'est au Gouvernement de faire preuve de volontarisme. Or, dans ce domaine, il ne se passe rien!

On ne peut s'attaquer aux rémunérations sans avoir préalablement réglé le problème de l'organisation. Je veux bien croire que la création des agences régionales de santé va poser le problème en termes différents. Je crains pourtant que les directeurs des ARS n'échouent: pas plus que les préfets avant eux, ils n'obtiendront du Gouvernement qu'il prenne les mesures susceptibles de contraindre la profession médicale à exercer effectivement cette mission de service public. Tant que vous n'aurez pas cette volonté, madame la ministre, vous échouerez!

Et pendant ce temps, les patients seront toujours à la recherche d'un médecin, la nuit ou les jours non ouvrables. Dans ces cas-là, il reste les urgences de l'hôpital pour les accueillir. Mais il ne faudra pas vous plaindre qu'elles soient surchargées! Et je ne pense malheureusement pas que les dispositions contenues dans ce texte puissent considérablement changer les choses!

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1095.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 964, 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 texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-5 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé:

« Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé peut décider de diminuer la rémunération prévue à l'alinéa précédent s'il constate que le professionnel de santé chargé d'assurer la mission de service public de la permanence des soins ne respecte pas les tarifs opposables.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Nous estimons que le directeur général de l'agence régionale de santé doit pouvoir diminuer la rémunération prévue à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique s'il constate que le professionnel de santé chargé d'assurer la mission de service public de la permanence des soins ne respecte pas les tarifs opposables.

**M. Gilbert Barbier.** C'est de l'acharnement thérapeutique! (*Sourires.*)

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Effectivement, M. Autain fait preuve vis-à-vis des médecins d'un acharnement thérapeutique! (*Nouveaux sourires.*)

La commission est défavorable à l'amendement n° 964.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 964.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1142, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé:

I. - Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6, supprimer les mots:

à l'exception des données personnelles

et remplacer les mots:

mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32 du code de la sécurité sociale

par les mots:

et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment à ceux mentionnés aux articles L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale et L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles.

II. - Après cette même phrase, insérer une phrase ainsi rédigée:

« Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

III. - Au début de la deuxième phrase du premier alinéa du même texte, remplacer le mot:

Elle

par les mots :

L'agence régionale de santé.

La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** Le I de cet amendement tend à corriger une erreur rédactionnelle et à ajouter la CNSA parmi les sources d'information auxquelles les ARS doivent pouvoir accéder pour remplir leurs missions, puisque celles-ci concernent également la prise en charge dans les établissements médico-sociaux.

Le II vise à encadrer l'accès de l'ARS aux données de santé personnelles afin que soient respectées les garanties fondamentales de protection des données à caractère personnel. Pour exercer leurs missions, les ARS ont uniquement besoin d'accéder à des données agrégées ou à des données individuelles « anonymisées » et non indirectement nominatives.

L'amendement autorise l'accès à des données individuelles à la condition que le mode d'accès préserve bien l'anonymat des personnes et rende impossible leur identification même indirecte, dans le respect des dispositions de la loi de 1978 en matière de protection des données.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le I de cet amendement rédactionnel vise à supprimer une précision tenant en quelques mots tandis que le II tend à la réintroduire un peu plus loin dans l'article L. 1435-6 sous la forme d'une phrase de plusieurs lignes.

Toujours pour ce qui concerne le I de l'amendement, il est vrai que la commission avait oublié la CNSA ; sa mention explicite peut effectivement être importante.

Quant au III, il a pour objet de remplacer le pronom « elle » par « l'agence régionale de santé », ce qui alourdit une nouvelle fois la rédaction.

La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** L'accès aux données de l'assurance maladie et de la CNSA est indispensable aux ARS pour l'exercice de leurs missions.

Cet amendement tend à encadrer l'accès aux éventuelles données à caractère personnel en garantissant leur caractère anonyme. Le Gouvernement émet donc un avis favorable.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur le président, je m'en suis remis tout à l'heure à la sagesse du Sénat, mais, si Mme la secrétaire d'État est favorable à cette proposition, la commission l'est également !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1142.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1143, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

I. - Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, après les mots :

des établissements de santé

insérer les mots :

et des établissements médico-sociaux

II. - Dans la troisième phrase du même alinéa, après les mots :

situation sanitaire

insérer les mots :

et médico-sociale

III. - Compléter cette même phrase par les mots :

et places

IV. - Compléter la dernière phrase du même alinéa par les mots :

et médico-sociaux

La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** La rédaction de l'article L. 1435-6 du code de la santé publique issue du vote de l'Assemblée nationale permet à l'agence régionale de santé d'avoir accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions et contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé ainsi que des organismes d'assurance maladie.

Compte tenu du champ nouveau des compétences acquises dans le secteur médico-social, il convient de compléter cet article par la mention des établissements médico-sociaux : l'accès, dans les mêmes conditions d'anonymat, aux données dont ils disposent sera tout aussi nécessaire à l'ARS pour l'accomplissement de ses missions.

**M. Guy Fischer.** C'est le fichage !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les paragraphes I, III et IV de cet amendement n'appellent pas de remarque particulière.

En revanche, le II pose une difficulté. La phrase qu'il est proposé de modifier pose que « le directeur général détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles » qui seront transmises. Or c'est après les mots : « en fonction de la situation sanitaire » qu'il est demandé d'ajouter les mots : « et médico-sociale ». Je ne comprends pas bien le sens de la phrase qui en résulterait.

**M. le président.** La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** Je rectifie mon amendement en en supprimant l'actuel paragraphe II, qui est en effet un peu confus.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 1143 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, qui est ainsi libellé :

I. - Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, après les mots :

des établissements de santé

insérer les mots :

et des établissements médico-sociaux

II. - Compléter la troisième phrase du même alinéa par les mots :

et places

III. - Compléter la dernière phrase du même alinéa par les mots :

et médico-sociaux

Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Valérie Létard**, *secrétaire d'État*. Favorable.

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 1143 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président**. L'amendement n° 1096, 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 premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les agents ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn**. L'article L. 1435-6 du code de la santé publique permet à l'agence régionale de santé d'avoir accès aux données de santé contenues dans les bases de données et d'information des organismes d'assurance maladie.

Cet accès est limité aux données considérées comme nécessaires à l'ARS pour l'exercice de ses missions : il s'agit des informations sur les prestations dont ont bénéficié les affiliés, sur les actes effectués, sur les pathologies diagnostiquées...

Nous le savons tous, les données de santé sont entrées dans le cadre des données dites « sensibles », ce qui suppose que leur traitement est subordonné à l'autorisation expresse des personnes concernées.

En outre, le principe de protection des données de santé, imposé par la CNIL, interdit le traitement des données de santé sans le consentement de la personne et affirme le droit des patients à un accès sans limite aux données.

Compte tenu du fait que, pour exercer les missions de contrôle dévolues à l'agence, les inspecteurs et contrôleurs désignés par le directeur de l'ARS pourraient avoir accès à des données médicales individuelles, il conviendrait de limiter cet accès aux seuls fonctionnaires et agents ayant la qualité de médecin. De la sorte, ces personnels se verraient soumis au même régime de restriction que celui qui s'applique déjà aux membres de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection de la santé ainsi qu'aux experts de la Haute Autorité de santé.

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

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Cet amendement a paru intéressant à la commission, qui s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

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

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 1096.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président**. L'amendement n° 1006 rectifié, présenté par M. Lardeux et Mme Procaccia, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-6 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des agences régionales de santé les applications informatiques et les accès à son système d'information nécessaires pour l'exercice de leurs missions. Une convention nationale conclue entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'autorité compétente de l'État pour le compte des agences régionales de la santé fixe le contenu et les conditions de cette mise à disposition et des services rendus.

Cet amendement n'est pas soutenu.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je le reprends, monsieur le président !

**M. le président**. Il s'agit donc de l'amendement n° 1006 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement.

Vous avez la parole, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. J'ai considéré avec intérêt cet amendement déposé par André Lardeux et Catherine Procaccia, qui n'ont malheureusement pas pu être parmi nous ce soir. Il vise à permettre que soient mis à la disposition des ARS les applications informatiques développées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, et les accès à son système d'information nécessaires à l'exercice des missions des agences. Cette mise à disposition se fait, bien évidemment, dans le cadre d'une convention nationale.

Cette mesure est fort opportune, certaines applications utilisées aujourd'hui dans les caisses régionales d'assurance maladie et les unions régionales des caisses d'assurance maladie pour des missions bientôt transférées aux ARS ayant été développées par la CNAMTS, ou par la CNAV par délégation de la CNAMTS.

Au vu de l'architecture des ARS, on comprend que l'amendement de M. Lardeux et de Mme Procaccia soit particulièrement bienvenu : il complète le dispositif juridique permettant un très bon transfert des moyens pour accompagner les missions des ARS.

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

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. La commission est favorable à cet amendement.

**M. le président**. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle**. M. Lardeux et Mme Procaccia ont été particulièrement bien inspirés et disposent certainement de très bonnes sources pour que leur amendement ait été repris aussi rapidement par le Gouvernement !

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Ce n'est pas bien de dénoncer ses petits camarades ! *(Sourires.)*

**M. Alain Vasselle**. Cet amendement ne présente pas d'inconvénient, à mes yeux, dans la mesure où le projet de loi obéit à une certaine logique. Nous voyons bien, au fur et à mesure que nous avançons dans l'examen du texte, quels sont

les chemins empruntés pour atteindre, notamment, les objectifs de gestion du risque et pour remplir diverses missions assumées précédemment par la CNAM.

J'ai cependant le sentiment – mais sans doute suis-je malintentionné, ou trop peu clairvoyant pour aborder le sujet positivement (*Sourires.*) – ...

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

**M. Alain Vasselle**. ... que nous faisons, indirectement, le procès de la CNAM.

Adopter des dispositions de cette nature, n'est-ce pas, au fond, considérer que, pendant des années, la CNAM n'a pas bien effectué son travail et que les ARS sauront s'en acquitter mieux qu'elle ?

Il est donc proposé de transférer aux ARS tous les moyens dont la CNAM disposait pour qu'elles remplissent en son lieu et place un certain nombre de compétences et de missions.

Je m'interroge sur un point. Il a été affirmé, notamment lorsque nous avons adopté à l'article 26 l'amendement n° 1010 rectifié de M. Nicolas About, que, par voie contractuelle, le directeur de l'ARS demanderait aux réseaux de la CNAM de mettre en œuvre la politique du risque définie à la fois au niveau national et au niveau régional. Dès lors, pourquoi transférer l'ensemble des données à l'ARS si, en définitive, c'est bien le réseau de la CNAM qui, par le biais de contrats que celle-ci aura signés, met en œuvre l'ensemble des missions que l'ARS lui fixera dans le cadre des conventions et des contrats ?

**M. Guy Fischer**. Très bien !

**M. Alain Vasselle**. Mes interrogations ne sont certainement pas fondées, mais il m'est apparu utile, à ce stade de la discussion, d'exprimer mon sentiment.

Je ne mets pas en cause l'amendement n° 1006 rectifié *bis* lui-même, puisqu'il répond à une certaine logique et qu'il est cohérent avec tout ce qui a décidé jusqu'à présent.

Quoi qu'il en soit, je vois un peu mieux aujourd'hui dans quelle direction nous allons.

J'ai pris date tout à l'heure sur un certain nombre d'amendements. Nous verrons à l'usage si la voie que nous avons décidée d'emprunter est la bonne !

**M. le président**. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier**. Effectivement, nous assistons à une véritable révolution.

Jusqu'à présent, la CNAM gardait jalousement ses données, qui restaient difficilement accessibles. Mme la ministre doit veiller à ce que la convention nationale ne puisse régler que des problèmes statistiques, et non des problèmes individuels. Il est très important que certaines données ne sortent jamais du réseau des caisses.

Certes, pour élaborer une politique nationale, il faut disposer de statistiques ; pour autant, l'anonymat me paraît devoir être préservé.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Bien entendu, la convention sera très stricte sur ce sujet. J'ai d'ailleurs émis un avis favorable sur un amendement du groupe socialiste qui allait tout à fait dans ce sens, et je remercie ses auteurs de l'avoir déposé.

Bien évidemment, tout sera placé sous le contrôle de la CNIL, la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

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

**M. François Autain**. Madame la ministre, quelle est l'autorité de l'État qui aura compétence pour recueillir pour le compte des ARS les informations communiquées par la CNAM ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Il me semble qu'il y a une confusion entre la convention et les informations.

La convention sera bien évidemment signée par l'État, tandis que la mise à disposition des informations nécessaires sera une mise à disposition opérationnelle qui se jouera entre la CNAM et les ARS.

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 1006 rectifié *bis*.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président**. L'amendement n° 1097, 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 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 premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1435-7 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Ces fonctions sont incompatibles avec celles ayant trait à la délivrance des autorisations, des habilitations financières, de conventionnement et de planification des établissements et services.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn**. Afin d'éviter la confusion des fonctions et de conserver une réelle neutralité dans l'analyse des dossiers, il faut distinguer les fonctions d'inspection et de contrôle de celles de pilotage des établissements et services, notamment d'allocation des ressources.

Pour une bonne et équitable administration, le mélange des rôles n'est pas souhaitable.

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

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je comprends bien la philosophie qui vise à rendre les fonctions d'inspection et de contrôle incompatibles avec celles qui portent sur les autorisations de financement et la planification des établissements ainsi que des services, et je partage absolument la conviction que l'observation de principes déontologiques très clairs est absolument nécessaire dans la conduite des actions d'inspection et de régulation.

Cependant, je pose une question : faut-il aller jusqu'à interdire totalement à un agent exerçant des fonctions de contrôle des établissements de santé et des services de santé – cela vaut aussi pour le secteur médico-social – de travailler sur des

fonctions de régulation, c'est-à-dire de planification, d'auto-risation et de financement? Je ne le crois pas et, pour étayer mon propos, je vais vous indiquer trois raisons qui militent en ce sens.

En premier lieu, il est clair que les compétences acquises dans ces deux types de mission sont complémentaires: les agents qui possèdent cette double expérience sont les mieux formés et remplissent le mieux leur mission, dès lors que la qualité du service est au cœur de leurs préoccupations.

En deuxième lieu, l'application de règles déontologiques claires n'exclut pas totalement la possibilité, pour un agent, d'exercer ces deux types d'activité. Il faut savoir que nous n'ouvrons pas une nouvelle possibilité et qu'il s'agit du système en vigueur actuellement: il a fait la preuve de sa rigueur et de son efficacité et, à ma connaissance, aucun reproche n'a jamais été formulé sur ce point, bien au contraire! Je ne vous présente donc pas une défense virtuelle, mes arguments s'appuient sur la réalité de ce qui se passe aujourd'hui.

En dernier lieu, il ne faut pas perdre de vue que, compte tenu des effectifs réduits de fonctionnaires disposant de certaines compétences techniques – je pense notamment aux compétences médicales, même si ce ne sont pas les seules concernées: dans ces corps de fonctionnaires, les personnes les possédant se comptent parfois sur les doigts d'une main –, l'application de la règle d'incompatibilité totale préconisée par les auteurs de l'amendement aboutira mécaniquement à une forte réduction du nombre des contrôles effectués. C'est donc la mission de contrôle qui pâtira de l'instauration de cette règle, ce qui irait à l'encontre du but recherché par les auteurs de l'amendement.

Je suis donc tout à fait favorable au respect des règles déontologiques, mais celui-ci ne doit pas conduire à des cloisonnements rigides et contre-productifs pour l'agence régionale de santé. C'est la raison pour laquelle j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1097.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

**M. Guy Fischer.** Avec l'adoption de l'article 26, nous franchissons une étape importante: il s'agit du deuxième volet de ce projet de loi qui permettra d'atteindre les objectifs de réduction des dépenses de santé. La création des agences régionales de santé et les pleins pouvoirs conférés à leurs directeurs généraux constituent, avec le titre I<sup>er</sup>, le véritable cœur de cette réforme.

Le titre I<sup>er</sup> comporte des dispositions justifiant notre totale opposition au projet de loi: il consacre notamment le démantèlement du service public hospitalier, la principale cible visée étant l'hôpital public, et conduit inexorablement à la privatisation de la santé.

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

**M. Guy Fischer.** C'est le plus beau cadeau que Nicolas Sarkozy pouvait offrir aux établissements de santé privés, commerciaux et lucratifs!

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

**M. Guy Fischer.** C'est le plus beau cadeau que Nicolas Sarkozy pouvait offrir aux fonds de pension anglo-saxons, italiens ou d'autres pays européens!

Le projet de loi conduira inévitablement à des fusions et à la disparition de deux cents à trois cents établissements hospitaliers de proximité, ainsi qu'au plus grand plan social jamais mis en œuvre au sein de la fonction publique hospitalière, avec la suppression, à terme, de plusieurs dizaines de milliers d'emplois – vingt mille selon les organisations syndicales. On massacre l'hôpital public!

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

**M. Guy Fischer.** L'article 26, qualifié de fondamental, sera l'outil privilégié de la mise en œuvre du démantèlement du service public hospitalier. Il impose un étrangement financier et installe le « superpréfet » sanitaire, ...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous n'en avons pas encore entendu parler, ce soir!

**M. Guy Fischer.** ... véritable bras armé de l'État, doté des pleins pouvoirs pour redessiner une carte hospitalière qui, immanquablement, subira une cure d'amaigrissement. Cette cure, les collectivités territoriales la subiront également, en parallèle, avec la réforme Balladur – nous y reviendrons plus tard. Avec ce « superpréfet », nous venons de créer un monstre administratif – et nous connaissons le rôle que jouent actuellement les préfets dans la mise en œuvre de la politique du Gouvernement!

Pour toutes ces raisons, nous nous opposerons fondamentalement à cet article, sur lequel nous demanderons un scrutin public.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Voilà qui est envoyé!

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

**M. Yves Daudigny.** Nous voterons contre l'article 26, et ce pour plusieurs raisons.

En premier lieu, l'architecture retenue pour les agences est fondée sur l'autorité; elle ne construit pas la démocratie sanitaire, limite très souvent le rôle des partenaires à l'expression d'avis et ne permet donc pas de véritables partenariats.

En second lieu, cet article ne s'inscrit en rien dans le mouvement de décentralisation qui caractérise la France depuis plus de vingt-cinq ans. Au contraire, nous pensons même – les discussions de cette journée l'ont démontré – qu'il porte atteinte à certains de ses acquis.

Enfin, une autre idée se fait jour dans cette assemblée, au fil de l'examen des articles et des amendements, dont certains sont tout de même surprenants, il faut le reconnaître. Madame la ministre, vous avez souvent affirmé que la construction proposée dans le cadre du projet de loi s'appuyait sur le pacte de 1945, voire le renforçait, et s'inspirait de ses idéaux. Au contraire, la véritable étatisation de la santé à laquelle il procède ne préfigure-t-elle pas la disparition du paritarisme?

**M. Guy Fischer.** C'est vrai!

**M. Yves Daudigny.** Nous voterons donc contre l'article 26. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

**M. François Autain.** Très bien!

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

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC-SPG.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(Le scrutin a lieu.)

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 169 :

Nombre de votants .....	341
Nombre de suffrages exprimés .....	340
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	171
Pour l'adoption .....	187
Contre .....	153

Le Sénat a adopté.

#### Article additionnel après l'article 26 (réservé)

**M. le président.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 26 a été réservé jusqu'après l'examen de l'article 34.

#### Article 26 bis

##### (Texte modifié par la commission)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6121-6 est abrogé ;

2° Après la référence : « L. 6321-1 », la fin du dernier alinéa de l'article L. 6147-9 est supprimée. – (Adopté.)

#### Article 26 ter

##### (Texte non modifié)

Les deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

« Le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. » – (Adopté.)

#### Article 26 quater

**M. le président.** L'article 26 quater a été supprimé par la commission.

## CHAPITRE II

### REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES

#### Article 27

##### (Texte modifié par la commission)

I. - Après le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique tel qu'il résulte de l'article 19, il est inséré un titre III ainsi rédigé :

« TITRE III

« REPRÉSENTATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4031-1. - Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 4031-2. - Les membres des unions régionales des professionnels de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

« Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins un quart des départements et un quart des régions.

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.

« Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en collèges qui regroupent les disciplines médicales et chirurgicales en fonction des critères tenant :

« - aux contraintes particulières relatives à la pénibilité et à la permanence des soins ;

« - à la proportion d'actes médico-techniques dans l'exercice de l'activité ;

« - à la participation aux soins de premier recours.

« Cette classification est déterminée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.

« Par dérogation au premier alinéa, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les

unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« *Art. L. 4031-3.* - Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Les unions régionales des professionnels de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et de l'autonomie et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

« Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales prévues au titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 4031-4.* - Les unions régionales des professionnels de santé perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 4031-3. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

« Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouverte et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

« Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. - Le chapitre IV du titre III du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé.

III. - Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque union régionale des médecins exerçant à titre libéral à l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins du même ressort font l'objet d'une convention entre ces deux instances. À défaut d'accord, le juge judiciaire est saisi à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition.

IV. - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-33.* - Sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres

chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience. »

V. - Après l'article L. 162-14-1-1 du même code, il est inséré un article L. 162-14-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-1-2.* - La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code. »

VI. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du même code est ainsi rédigé :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord mentionnés au premier alinéa par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »

VII. - Par dérogation à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi, les enquêtes de représentativité qui doivent être organisées compte tenu des échéances conventionnelles sont reportées jusqu'à la mise en place des unions régionales des professionnels de santé. Les organisations syndicales reconnues représentatives, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le restent jusqu'à l'organisation des enquêtes de représentativité suivantes.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 902 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 991 est présenté par MM. P. Blanc et Laménié.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, après le mot :

syndicales

insérer le mot :

nationales

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 902.

**M. Alain Houpert.** Cet amendement tend à préciser que seules les organisations syndicales nationales peuvent être habilitées à présenter des listes de candidats aux élections aux unions régionales des professionnels de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 991.

**M. Paul Blanc.** Il est défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Ces deux amendements ont pour objet de réserver aux seules organisations syndicales nationales la possibilité de présenter des listes de candidats aux élections aux unions régionales des professionnels de santé, les URPS.

La commission estime qu'il n'est pas nécessaire que les organisations syndicales soient présentes sur l'ensemble du territoire national pour être représentatives. En effet, il peut être légitime que les organisations locales ou implantées sur une partie seulement du territoire présentent des candidats aux élections des URPS ; nous y reviendrons lors de la discussion des amendements suivants.

La commission demande donc le retrait de ces deux amendements identiques ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ces amendements ont pour objet de réserver aux organisations syndicales nationales le droit de présenter des candidats aux élections des URPS.

Or le projet de loi apporte déjà une réponse équilibrée à cette préoccupation concernant la représentativité en permettant de s'assurer que les organisations syndicales autorisées à déposer des listes disposent d'une certaine assise territoriale et ne sont pas des regroupements de circonstance, ce qui serait dommageable. Aussi, au seul caractère national, nous avons préféré un critère précis : la présence dans au moins un quart des départements et un quart des régions.

Se référer au concept de syndicat national serait à mon sens moins efficace. En effet, soit il faudrait se contenter de prendre en compte les statuts du syndicat pour vérifier qu'il s'agit bien d'une organisation à vocation nationale, et le critère serait alors, il faut bien l'avouer, peu sélectif ; soit il faudrait exiger que le syndicat soit présent sur tout le territoire, dans chacune des vingt-six régions, ce qui rendrait la condition excessive : un syndicat peut très bien avoir une vocation nationale tout en étant absent de quelques régions.

Je demande donc le retrait des amendements n°s 902 et 991 au bénéfice des amendements n°s 903 et 992, qui visent à augmenter les exigences d'implantation des syndicats de un quart à la moitié des départements et des régions, sur lesquels j'émetts un avis favorable.

**M. le président.** Monsieur Houpert, l'amendement n° 902 est-il maintenu ?

**M. Alain Houpert.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 902 est retiré.

Monsieur Blanc, l'amendement n° 991 est-il maintenu ?

**M. Paul Blanc.** Je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 991 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 903 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 992 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans la seconde phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, remplacer (deux fois) les mots :

un quart

par les mots :

la moitié

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 903.

**M. Alain Houpert.** Pour que les accords auxquels elles souscrivent soient crédibles, les organisations syndicales doivent être présentes sur la majeure partie du territoire. Ainsi seront évitées des disparités régionales trop importantes.

**M. le président.** La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 992.

**M. Paul Blanc.** Il est défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Ces amendements identiques de repli tendent à ce que seules les organisations syndicales présentes dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions, contre un quart dans le texte de la commission, puissent présenter des listes aux élections des URPS.

La commission estime que la présence des organisations syndicales dans au moins un quart des départements et des régions est suffisante pour garantir leur assise territoriale, et par conséquent leur légitimité. Elle souhaite donc le retrait de ces amendements ; sinon, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme je viens de l'indiquer, je suis favorable à ces amendements identiques, au bénéfice desquels j'ai demandé le retrait des amendements n°s 902 et 991.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Nous ne pouvons qu'être séduits par l'avis de Mme la ministre, et nous nous rallions à sa position. *(Sourires.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 903 et 992.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 968, 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 :

Remplacer les troisième à huitième alinéas du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le collège d'électeurs de chaque union régionale professionnelle est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans les régions. Les élections sont organisées, à la même date pour toutes les unions professionnelles, selon un calendrier fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** La rédaction initiale du projet de loi, où n'était prévu qu'un seul collège pour chacune des professions de santé, me semblait beaucoup plus équilibrée que le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale, qui a créé trois collèges pour les médecins. Une telle disposition n'a aucun sens du point de vue des pratiques médicales ; de plus, elle contribuerait à balkaniser la profession, à l'heure où celle-ci, grâce à la création de la spécialité de médecine générale, bénéficie d'un statut unique.

La commission des affaires sociales, estimant sans doute que cette mesure n'était pas suffisante, a ouvert très largement les vannes, mais sans préciser ni le nombre ni la nature des collèges qu'elle souhaitait créer : elle s'en remet sur ce point au Gouvernement, qui aura la possibilité, par décret, de multiplier les collèges en fonction du nombre de spécialités.

Or, si le Gouvernement va au bout de cette logique, ce ne sont pas moins de sept collèges qui pourraient être créés, rendant le dispositif ingérable. De plus, certains collèges seront très fournis, notamment celui de médecine générale, qui comptera plusieurs milliers d'adhérents, et d'autres moins, en particulier ceux des spécialités, qui n'auraient que quelques centaines de membres.

Nous sommes là face à une véritable difficulté. C'est la raison pour laquelle je propose, par cet amendement, de revenir à la rédaction initiale du projet de loi.

**M. le président.** L'amendement n° 1132 rectifié, présenté par MM. Retailleau et Darniche, est ainsi libellé :

Après le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les élections sont organisées selon un calendrier fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et au moins six mois avant la date d'échéance des conventions ou accords mentionnés aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du présent code, les résultats devant être un critère de représentativité.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Les amendements n° 247 rectifié, 904 et 993 sont identiques.

L'amendement n° 247 rectifié est présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gilles.

L'amendement n° 904 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 993 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer les quatrième à septième alinéas du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique.

La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter l'amendement n° 247 rectifié.

**M. Alain Vasselle.** Monsieur le président, je m'interroge sur la façon dont nous travaillons : comment pouvons-nous encore examiner des amendements qui n'ont plus de justification puisqu'ils portent sur la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale alors que nous discutons le texte modifié par la commission ? Et ce n'est pas la première fois que nous nous trouvons dans cette situation !

Je vais néanmoins exposer les raisons qui m'ont poussé à déposer cet amendement.

Dans le texte adopté par l'Assemblée nationale était prévue la création de trois collèges regroupant respectivement les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les médecins de plateaux techniques. Cette création ne nous paraissait pas judicieuse, car elle risquait de diviser encore plus la profession.

Par ailleurs, la mise en place de ces trois collèges poserait des problèmes majeurs dans les établissements privés, où les médecins seraient répartis dans deux collèges différents alors qu'ils travaillent sur un même site et sont réunis dans la même commission médicale d'établissement.

Enfin, la répartition en deux collèges de certaines spécialités chirurgicales ou médicales serait particulièrement difficile à réaliser.

Je retirerai mon amendement après avoir entendu l'avis de M. le rapporteur.

**M. le président.** Mon cher collègue, la présidence de séance n'est pour rien dans le fait que l'amendement que vous venez de présenter porte sur une rédaction antérieure du projet de loi, et vous ne pouvez reprocher son dépôt qu'à ses auteurs !

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je voudrais signaler amicalement à M. Vasselle que ce n'est pas non plus la faute de la commission s'il a déposé un amendement ayant trait au texte transmis par l'Assemblée nationale alors qu'il avait connaissance du texte adopté par la commission ! Il aurait fallu le modifier au moment du « tour extérieur », c'est-à-dire lorsqu'il l'a déposé en vue de son examen en séance publique, de façon qu'il porte sur le texte de la commission.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 904.

**M. Alain Houpert.** Je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 904 est retiré.

La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 993.

**M. Paul Blanc.** Monsieur le président, je me couvre la tête de cendres et fais amende honorable au président de la commission et à M. le rapporteur pour avoir déposé cet amendement, qui n'avait pas lieu d'être ! (*Sourires.*)

Bien évidemment, je le retire.

**M. le président.** L'amendement n° 993 est retiré.

Monsieur Vasselle, l'amendement n° 247 rectifié est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle.** Monsieur le président, je ne vous mettais pas en accusation, ni le président de la commission. Je souhaite simplement, puisque nous modifierons bientôt le règlement du Sénat, que nous puissions tirer tous les enseignements des conditions dans lesquelles nous examinons ce projet de loi.

Après mon collègue Paul Blanc, je fais à mon tour amende honorable. Je voudrais cependant rappeler à M. About que, lors de l'examen en commission, il a été demandé à tous les commissaires de retirer leurs amendements, quitte à les déposer de nouveau, mais comme amendements « extérieurs ».

Il est vrai que mes collègues et moi-même aurions dû rectifier nos amendements pour les adapter à la nouvelle rédaction du texte. Mais il faut bien avouer que nous avons travaillé dans des conditions difficiles et disposé de peu de temps! (*Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

**M. Guy Fischer**. Enfin, vous le reconnaissez!

**M. Alain Vasselle**. Je retire donc mon amendement.

**M. le président**. L'amendement n° 247 rectifié est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 968?

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Dans son exposé, M. Autain a longuement évoqué les collègues alors que l'amendement n° 968 traite essentiellement des élections.

**M. François Autain**. Il s'agit des collègues d'électeurs!

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Il vise en effet à rétablir la disposition, supprimée par l'Assemblée nationale, en application de laquelle les élections des URPS se tiendraient à la même date pour l'ensemble des professions de santé.

La commission estime qu'il n'est pas souhaitable de réintroduire cette mesure: d'une part, elle poserait des problèmes d'organisation; d'autre part, elle risquerait de retarder le calendrier des élections. Or celles-ci doivent avoir lieu le plus tôt possible avant l'échéance de chaque convention professionnelle afin que leurs résultats puissent être pris en compte au moment d'apprécier la représentativité des syndicats au niveau national.

La commission étant également opposée à la modification des collèges proposée, elle a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 968.

Enfin, je voudrais apporter aux auteurs des trois amendements qui viennent d'être retirés quelques explications sur les positions adoptées par la commission.

La création de plusieurs collèges, proposée à l'Assemblée nationale par le député Domergue, a pour objet non pas de « balkaniser » la profession, mais de mieux prendre en compte les spécificités de chaque discipline et de permettre une meilleure représentation des intérêts de chacune.

En effet, certaines spécialités, en particulier les plateaux techniques, connaissent aujourd'hui des problèmes d'attractivité et de représentativité. Afin d'y remédier, la commission a estimé qu'une approche par blocs de spécialités visant à couvrir l'ensemble des activités médicales, qu'elles soient cliniques, médico-techniques ou mixtes, serait plus adaptée.

Une telle démarche est d'ailleurs préconisée par l'IGAS, l'inspection générale des affaires sociales, qui, dans sa récente enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers, a identifié sept grands blocs de disciplines médicales et chirurgicales: la chirurgie et l'anesthésie-réanimation; les spécialités à actes médico-techniques majoritaires; les spécialités principalement cliniques; les spécialités

mixtes; l'imagerie, l'anatomo-cyto-pathologie et la biologie; la médecine générale et les urgences; les fonctions d'appui nécessaires à la pratique médicale.

Voilà pourquoi la commission a décidé de répartir les électeurs des unions régionales de médecins en plusieurs collèges. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point à la fin de l'article 27, lorsque nous examinerons l'amendement n° 1340 du Gouvernement.

Telle est, mes chers collègues, la position de la commission. Je tenais à l'expliquer, car il me semble qu'elle est extrêmement intéressante pour les professions médicales en général.

**M. Guy Fischer**. Bien sûr, on les soigne!

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Il est nécessaire d'introduire un peu de souplesse dans l'organisation des élections tout en garantissant la stabilité des fédérations régionales et la légitimité des représentants professionnels sur le plan conventionnel. Il n'est donc pas souhaitable, comme vient de le dire M. le rapporteur, que les élections se tiennent à la même date pour toutes les unions professionnelles.

Je le répète, les collèges électoraux des unions régionales des professionnels de santé n'auront pas pour effet de diviser les médecins. Ceux-ci conserveront bien entendu une convention médicale unique, qu'il n'a d'ailleurs jamais été question de supprimer. Ce sera au contraire un moyen de dynamiser une vie conventionnelle dont vous avez été nombreux, mesdames, messieurs les sénateurs, à considérer qu'elle méritait de retrouver un peu de tonicité.

Les collègues permettront simplement de désigner de manière démocratique les syndicats représentatifs dans chacun des groupes de spécialités, distingués selon le mode d'exercice et la logique de rémunération. À ce titre, comme l'a excellemment souligné M. le rapporteur, le rapport de l'inspection générale des affaires sociales qui m'a été remis en janvier 2009 préconise de répartir les médecins en sept grands blocs de spécialités obéissant aux mêmes logiques de fonctionnement et de rémunération.

La création de sept collèges est un objectif qu'il faudra, à terme, atteindre, car ce système correspond véritablement aux différentes modalités de fonctionnement. Sur un plan pratique, cependant, je pense, au-delà des raisons techniques ou idéologiques que l'on pourrait invoquer, que cette séparation serait aujourd'hui prématurée. En revanche, différencier les généralistes des spécialistes et des médecins des plateaux techniques constitue un premier pas intéressant qui serait de nature à dynamiser la vie conventionnelle.

Il sera possible, tout en conservant une convention médicale unique – il n'est pas abusif de le répéter! (*Sourires*) –, de désigner pour chaque discussion conventionnelle spécifique à l'un des trois secteurs les interlocuteurs réellement représentatifs de la profession concernée. Ceux-ci seront ainsi susceptibles de s'engager sur une évolution tarifaire et une stratégie de maîtrise médicalisée adaptée.

Chacun le sait bien, les spécificités des trois blocs de compétences sont très différentes. Les distinguer permettra de respecter les particularités de chacun, ce qui me paraît constituer une avancée tout à fait intéressante.

**M. le président**. La parole est à M. René Beaumont, pour explication de vote.

**M. René Beaumont.** Pour être franc, si j'interviens en cet instant, c'est moins pour expliquer mon vote que pour poursuivre le débat engagé par Alain Vasselle. Car personne n'est fautif: simplement, nos règles de fonctionnement ont été bouleversées, et tout le monde ne s'est pas encore adapté.

Monsieur le président, je vous sais particulièrement attentif au bon fonctionnement du travail législatif dans cette maison. Or, quand j'entends qu'un membre de la commission des affaires sociales aussi éminent et compétent qu'Alain Vasselle n'a pas eu le temps d'amender correctement le projet de loi, je me demande comment peuvent faire les sénateurs ne siégeant pas dans ladite commission!

De nombreux articles ayant été totalement réécrits – ce dont je remercie le président About, le rapporteur Milon et tous les commissaires –, comment voulez-vous que les sénateurs qui, appartenant à d'autres commissions, disposent du texte depuis tout au plus quarante-huit heures, aient eu le temps de l'amender? C'est absolument impossible!

Si l'on continue ainsi, l'hémicycle sera désert dans quelques mois. Seuls les membres de la commission saisie au fond assisteront au débat, qui risque d'être un peu étriqué. Pourtant, j'estime que tous les sénateurs sont membres à part entière de la Haute Assemblée et, en tant que tels, ont le droit d'amender tous les textes.

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

**M. René Beaumont.** Il faut donc prévoir un délai de quatre ou cinq jours entre la fin de la réécriture du texte par la commission et son examen en séance publique. Cela me paraît indispensable!

Tel est, monsieur le président, le message que j'aimerais que vous transmettiez à la conférence des présidents. (*Applaudissements sur plusieurs travées de l'UMP.*)

**M. François Autain.** C'est une bonne suggestion!

**Mme Évelyne Didier.** Absolument!

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

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Je veux indiquer que, pour la première fois, une commission a examiné dès sa première réunion des amendements provenant de l'ensemble des sénateurs. Il y en a tout de même eu 1 400, ce qui prouve que nos collègues ont une certaine capacité à rédiger des amendements en très peu de temps, ce dont je les félicite.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 968.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 1104, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, 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:

Après le huitième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé:

« Les élections sont organisées à la même date pour toutes les unions professionnelles, selon un calendrier fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 1104 est retiré.

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

L'amendement n° 1133 rectifié, présenté par MM. Retailleau et Darniche, est ainsi libellé:

Supprimer la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-3 du code de la santé publique.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 994, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé:

Au début de la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 4031-3 du code de la santé publique, remplacer les mots:

Les unions régionales des professionnels de santé

par les mots:

Les représentants régionaux des syndicats nationaux représentatifs

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc.** Cet amendement se justifie par son texte même.

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

**M. Alain Milon,** *rapporteur.* L'amendement vise à remettre en cause la possibilité ouverte aux unions régionales des professionnels de santé de signer des contrats avec les agences régionales de santé. Vous le savez bien, monsieur Blanc, cette disposition est contraire au projet de loi.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

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

**M. le président.** Monsieur Blanc, l'amendement n° 994 est-il maintenu?

**M. Paul Blanc.** Non, je le retire, monsieur le président.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* C'était bien essayé! (*Sourires.*)

**M. le président.** L'amendement n° 994 est retiré.

L'amendement n° 1101, 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:

Après le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé:

« L'agence régionale de santé devra informer et associer les organismes professionnels représentatifs mentionnés à l'article R. 182-2-8 du code de la sécurité sociale à la négociation et à la signature de tout contrat qu'elle conclut avec les unions régionales professionnelles.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Aujourd'hui, chacun s'accorde à le reconnaître, une meilleure collaboration entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires est souhaitable en matière de gestion du risque.

Ainsi, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit les conditions d'implication des organismes d'assurance maladie complémentaire dans les discussions conventionnelles avec les professionnels de santé. Par cohérence, il est nécessaire de prendre en compte dans le présent projet de loi cette implication nouvelle des organismes d'assurance maladie complémentaire afin d'obtenir une meilleure gestion du risque au bénéfice de tous les acteurs.

Telles sont les raisons pour lesquelles les représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire doivent être associés aux contrats entre les unions régionales des professionnels de santé et les agences régionales de santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement vise à associer les représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire aux contrats passés entre les URPS et les ARS.

Obliger les ARS à informer ces organismes des contrats qu'elles souhaitent conclure avec les URPS ne semble pas être une bonne solution. Ce serait en effet mélanger deux domaines : l'organisation des soins et le remboursement des soins.

La création des URPS vise à permettre aux ARS d'avoir dans le domaine des soins ambulatoires des interlocuteurs légitimes capables d'engager les professionnels de terrain, que ce soit dans des actions de prévention, de promotion de la qualité des soins ou d'organisation des soins. En aucune manière les contrats signés entre les ARS et les URPS n'auront d'incidence financière sur les tarifs opposables aux patients. Il s'agira en effet de contrats de mission aux termes desquels, par exemple, l'union régionale des infirmiers sera chargée d'organiser une partie de l'offre de formation dans la région.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1101.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 905 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 995 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les conditions prévues par décret, les médecins conventionnés exerçant à titre libéral sont tenus de faire parvenir aux unions régionales de professionnels de santé, les informations mentionnées à l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale relatives à leur activité, sans que ces informations puissent être nominatives à l'égard des assurés sociaux ou de leurs ayants droit ou, à défaut, à condition qu'elles ne comportent ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Ces informations ne sont pas nominatives à l'égard des médecins. L'anonymat ne peut être levé qu'afin d'analyser les résultats d'études menées dans le cadre de l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 905.

**M. Alain Houpert.** Il est nécessaire de laisser la transmission des informations issues du codage des actes aux unions professionnelles des médecins.

**M. le président.** La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 995.

**M. Paul Blanc.** Il est défendu.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Ces amendements identiques visent à ce que les informations issues du codage des actes médicaux soient transmises par les médecins exerçant à titre libéral aux seules unions régionales des médecins et non à l'ensemble des URPS.

Actuellement, les unions régionales des médecins libéraux, les URML, reçoivent les informations issues du codage des actes médicaux qui leur sont transmises par les médecins libéraux. On nous affirme qu'il en serait de même pour les unions régionales des médecins appelées à se substituer aux URML.

Madame la ministre, la commission souhaiterait obtenir des garanties à ce sujet. Dans cette attente, elle s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Les amendements identiques n° 905 et 995 s'inspirent de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique, qui fait obligation aux médecins exerçant à titre libéral de transmettre aux URML les données du codage des actes.

Je partage le souci qui s'est exprimé de permettre aux unions de disposer des données d'activité détaillées des médecins et, plus largement, des professionnels de santé, puisque le champ de l'union est désormais élargi.

Cela étant, l'obligation de transmission, instaurée dans la loi Teulade du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, n'a jamais été respectée par les médecins. Il faut dire que ce dispositif avait été envisagé avant la création par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 du SNIIRAM, le système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie.

Le SNIIRAM est désormais totalement opérationnel. Il offre un accès élargi aux données de facturation de l'assurance maladie, puisqu'il regroupe toutes les données – anonymes – de prise en charge des soins délivrés en ville et dans des établissements de santé sur une durée de deux ans, plus l'année en cours. Il permet donc non seulement de connaître

les données d'activité issues du codage pour les professionnels relevant de l'union, mais il ouvre également un accès plus large aux données de remboursement des soins.

Les URML y ont accès. Je prends l'engagement, monsieur le rapporteur, que les URPS y auront également accès. Le protocole de gestion du SNIIRAM et l'arrêté l'approuvant seront modifiés en ce sens une fois la loi publiée.

J'espère avoir répondu aux demandes de la commission et avoir satisfait à l'objectif des auteurs de ces amendements. Au bénéfice de ces explications, je leur serais donc très reconnaissante de bien vouloir les retirer.

**M. le président.** Monsieur Houpert, l'amendement n° 905 est-il maintenu ?

**M. Alain Houpert.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 905 est retiré.

Monsieur Blanc, l'amendement n° 995 est-il maintenu ?

**M. Paul Blanc.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 995 est retiré.

L'amendement n° 967, 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 :

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4031-4 du code de la santé publique, remplacer les mots :

à l'une des conventions ou accord

par les mots :

à l'un des contrats

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Il s'agit d'un amendement purement rédactionnel tendant à substituer aux termes « conventions ou accord » le mot « contrats ».

Dans la rédaction proposée à l'article 27 du projet de loi pour l'article L. 4031-4 du code de la santé publique, il est fait référence au futur article L. 4031-3 du même code, qui lui-même mentionne des « contrats » et non des « conventions ». Si, véritablement, on voulait maintenir ce terme de « conventions », qui est nouveau et diffère de la notion de contrat, j'en demanderais bien entendu les raisons : quelle différence y a-t-il entre une convention et un contrat ?

**M. Alain Vasselle.** Il paraît qu'il n'y en a pas !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La rédaction actuelle est satisfaisante. Ce sont bien les conventions ou accords nationaux prévus au titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale qui sont visés ici, et non les contrats signés entre les URPS et les ARS.

Les URPS reçoivent une contribution versée par chaque adhérent à l'une de ces conventions ou accords nationaux. Il n'y a pas d'adhérents aux contrats signés entre les URPS et les ARS.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est également défavorable. Mais je veux dire à M. Autain, avec beaucoup d'amitié, que son amendement ne vise pas véritablement à

rectifier une erreur matérielle. Il s'agit bien d'un amendement de fond. J'ai parfois l'impression que M. Autain nous prend pour plus bêtes que nous ne sommes ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Absolument pas !

**M. Guy Fischer.** Nous ne nous permettrions pas !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 967.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 966, 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 I de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 6323-2 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art L. ... - Afin de permettre la contribution des centres de santé à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre, il est institué dans chaque région comportant au moins un centre de santé, une représentation régionale des centres de santé.

« Cette représentation comprend des membres de chacune des trois catégories de centres de santé : infirmiers, dentaires, médicaux et polyvalents.

« Les représentations régionales des centres de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les centres de santé dans les domaines de compétence de l'agence.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de désignation et de fonctionnement de ces représentations régionales. »

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Nous arrivons pratiquement au terme de l'examen de l'article 27, qui concerne la représentation des professionnels de santé. Nous regrettons que cette représentation se construise encore dans le refus d'associer l'ensemble des professionnels de santé, sans distinction quant au mode d'exercice qu'ils auraient choisi.

Il est regrettable que le Gouvernement et la commission des affaires sociales n'aient pas pris les mesures nécessaires pour organiser la représentation des médecins salariés exerçant dans les centres de santé. Nous nous interrogeons d'autant plus sur cet oubli que ce n'est pas la première fois, dans le projet de loi, que sont créés des mécanismes visant à associer les médecins exerçant à titre libéral tout en écartant les médecins pratiquant en centre de santé.

Pourtant, monsieur le rapporteur, nous faisons nôtres les conclusions de votre rapport sur l'article 27 : « Votre commission approuve la création des URPS. Ces nouvelles structures vont permettre aux ARS d'avoir, dans le domaine des soins ambulatoires, des interlocuteurs légitimes, capables d'engager les professionnels de terrain, que ce soit dans des actions de prévention, de promotion de la qualité des soins ou d'organisation des soins. »

Ayant donné lecture de ce passage, nous ne doutons pas que la commission et vous-même, madame la ministre, ne manquerez pas de soutenir notre amendement, qui ne vise

ni plus ni moins qu'à créer une organisation régionale de représentation des centres de santé, similaire dans sa forme et ses compétences à l'union régionale des professionnels de santé, qui représente les médecins libéraux.

Je tiens à rappeler que les professionnels exerçant en centre de santé ne disposent à ce jour d'aucune organisation régionale et que, du fait de votre refus d'adopter l'un de nos amendements, l'instance nationale de concertation des centres de santé a été supprimée. C'est à croire que le Gouvernement est réellement méfiant à l'égard de ces praticiens. De là à penser qu'il souhaite la mort des centres de santé, il n'y a qu'un pas ! Nous comprenons d'autant moins cette méfiance que les professionnels pratiquant dans les centres de santé s'impliquent fortement dans les communes où ils sont installés.

Monsieur le rapporteur, avant que vous ne vous prononciez sur notre amendement, je voudrais vous poser une question en reprenant les termes que vous avez vous-même utilisés à propos des médecins libéraux et que je viens de rappeler : considérez-vous que les médecins exerçant dans les centres de santé soient des interlocuteurs moins « légitimes » que les médecins exerçant à titre libéral ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Moins légitimes en quoi ?

**M. François Autain.** D'une manière générale !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Sur le plan syndical, ils sont sans doute plus performants !

**M. Guy Fischer.** Nous ne croyons pas que les premiers soient moins légitimes que les seconds ! Au contraire, nous estimons que le mode d'organisation des centres de santé et la garantie d'y trouver des médecins généralistes et spécialistes exerçant aux tarifs opposables sont de réels atouts pour appréhender dans leur globalité les questions liées à la médecine ambulatoire.

Considérez-vous, monsieur le rapporteur, que les médecins des centres de santé soient moins « capables d'engager les professionnels » de santé dans des actions de prévention et de promotion de la qualité des soins que ne le sont les médecins libéraux ?

Pour notre part, nous sommes convaincus de l'inverse. Nous pensons que le mode d'exercice collectif que ces praticiens ont choisi permet à la fois une meilleure communication entre les professionnels et une approche plus globale du patient, ce dernier trouvant en un seul lieu tous les intervenants dont il pourrait avoir besoin.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Et, bien sûr, ils assurent la permanence des soins de nuit comme de jour !

**M. Guy Fischer.** Tout à fait ! Pourquoi ne le feraient-ils pas ? Pourquoi ce parti pris, monsieur le président de la commission ?

Je voudrais de plus signaler que les médecins des centres de santé participent déjà activement à un certain nombre de projets nationaux de prévention : je pense au dépistage du sida, au dépistage des cancers colorectaux, ou encore à la lutte contre l'obésité.

M. le rapporteur l'affirme lui-même, les URPS n'auront pas vocation à se substituer aux organisations syndicales, mais permettront aux ARS d'améliorer leurs performances en matière de médecine ambulatoire. Si nous sommes

convaincus qu'il n'y a pas deux médecines ambulatoires, l'une libérale et l'autre salariée, nous pensons que ces deux modes d'exercice entraînent nécessairement des patientèles, des réalités et des vécus différents.

C'est parce que nous sommes persuadés qu'il serait dommageable de priver les ARS de l'expertise particulière des médecins des centres de santé que nous avons déposé cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 966 a pour objet d'instaurer au niveau régional une représentation des centres de santé semblable aux URPS, qui sont créées pour les professionnels de santé libéraux.

Monsieur Fischer, il n'est pas nécessaire de prévoir une telle représentation. En effet, alors que les URPS regroupent des professionnels en exercice libéral, les centres de santé emploient des professionnels salariés.

**M. François Autain.** Eh oui !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous ne sommes donc pas en présence d'un exercice libéral au sens strict.

**M. François Autain.** Eh non !

**M. Alain Milon, rapporteur.** En tant que salariés, ces personnels ont déjà la possibilité d'être représentés par les organisations syndicales représentatives des salariés.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est également défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 966.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1102, 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 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 :

Dans la première phrase du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, remplacer les références :

, L. 162-16-1 et L. 162-32-1

par la référence :

et L.162-16-1

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Nous retirons cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 1102 est retiré.

L'amendement n° 1103, 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 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 la première phrase du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale par les mots :

ainsi que des représentants d'institutions désignées par l'État intervenant dans le domaine de l'assurance maladie mentionnés au 3° de l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Les URPS, qui remplacent les URML, participent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Elles peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

Notre amendement vise à donner une place dans la négociation conventionnelle aux usagers du système de santé, qui continuent d'être tenus à l'écart de ces discussions. Il nous semble pourtant qu'il s'agit là d'une question élémentaire de démocratie sanitaire : les usagers sont directement concernés par les dispositions des conventions nationales.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement, qui tend à inclure dans les négociations conventionnelles des représentants d'institutions désignées par l'État et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie.

Elle rappelle que les organismes d'assurance maladie sont censés représenter les usagers : il n'est pas utile de prévoir une représentation qui existe déjà.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1103.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 649 rectifié, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ainsi, pour garantir l'indépendance des syndicats, il est proposé d'instaurer un financement spécifique assuré par une contribution obligatoire des professionnels médicaux.

« Ce financement devra répondre à des critères objectifs, et sera attribué aux organisations syndicales nationales reconnues représentatives ayant rassemblé plus de 10 % des suffrages exprimés sur le territoire national et reconnues représentatives dans au moins le tiers des régions, proportionnellement aux résultats nationaux obtenus. »

La parole est à M. Paul Blanc.

**M. Paul Blanc.** Le texte proposé par le IV de l'article 27 pour l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale indique que « sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la

sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État et tiennent compte », notamment, « de leur indépendance ».

L'amendement n° 649 rectifié tend à garantir l'indépendance des syndicats afin qu'ils puissent remplir au mieux leur rôle.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission estime que la question du financement des syndicats médicaux doit faire l'objet de négociations entre les professionnels concernés avant d'être traitée dans la loi. En outre, l'article 27 prévoit déjà que les professionnels de santé verseront une contribution aux URPS.

Par conséquent, nous demandons le retrait de cet amendement, sur lequel, à défaut, nous émettrions un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'amendement pose une question de fond : faut-il prévoir le versement d'une contribution obligatoire aux syndicats ?

Ce sujet pourrait être traité dans le cadre du débat sur l'enrichissement du dialogue social et élargi aux syndicats de salariés : nous avons du mal à imaginer qu'une telle mesure puisse s'imposer aux seuls syndicats de médecins !

Il faut reconnaître que, si de telles dispositions sont effectivement en vigueur dans certains pays, le versement d'une contribution obligatoire à un syndicat reste à l'heure actuelle assez difficile à envisager compte tenu de la culture de notre société.

Cette raison, ajoutée aux arguments, que je partage totalement, défendus par M. le rapporteur, me conduit à demander le retrait de l'amendement.

**M. le président.** Monsieur Blanc, l'amendement n° 649 rectifié est-il maintenu ?

**M. Paul Blanc.** Je suis sensible à l'argument de Mme la ministre : tous les syndicats doivent être traités sur le même pied. Aussi, je retire mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 649 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1340 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Rédiger comme suit le texte proposé par le V de cet article pour l'article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale :

« Art. L. 162-14-1-2. I. - La validité des conventions et accords mentionnés à l'article L. 162-5 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national tous collèges confondus.

« II. - La validité des conventions et accords mentionnés aux articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 322-5-2 et L. 162-16-1 est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national en application de l'article L. 162-33 et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, au moins 30 % des suffrages exprimés au

niveau national. Pour les professions pour lesquelles, en application du même article, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code. »

II. - Remplacer le second alinéa du VI par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1<sup>er</sup> du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, tous collèges confondus, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

« L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections deux et trois du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

« Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement a pour objet de tirer les conséquences des modifications introduites par la commission des affaires sociales dans la composition des collèges électoraux aux URPS de médecins en adaptant à ce nouveau contexte les dispositions actuelles du code de la sécurité sociale.

Il permet de prendre en compte les résultats des élections par plusieurs collèges de médecins pour le calcul de la représentativité des syndicats signataires de la ou des conventions médicales, ainsi que pour l'exercice du droit d'opposition à une convention ou à un avenant signé par d'autres syndicats. Or, le code de la sécurité sociale ne permet actuellement de mesurer la représentativité que pour l'ensemble des spécialistes, et non à partir d'élections à plusieurs collèges.

Les seuils à atteindre sont inchangés. Le seuil de représentativité pour signer une convention ou un avenant est de 30 % des suffrages exprimés, tous collèges confondus ; le seuil d'opposition est de 50 % – c'est celui qui est appliqué dans le droit du travail.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1347, présenté par M. Barbier, est ainsi libellé :

I. - À la fin du deuxième alinéa du I de l'amendement n° 1340 rectifié, remplacer les mots :

tous collèges confondus

par les mots :

dans chacun des trois collèges

II. - Procéder à la même substitution dans le deuxième alinéa du II.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Afin que nous ne soyons pas contraints de reprendre la discussion que nous avons déjà eue tout à l'heure, je propose de fixer à trois le nombre des collèges de médecins représentés. Leur composition sera déterminée par décret.

Le premier collège pourrait représenter les généralistes ; le deuxième collège, les médecins qui utilisent un plateau technique, à savoir les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs ; le troisième collège, les autres spécialités médicales.

Je pense qu'il faut arrêter un nombre raisonnable de collèges. Trois collèges séparés permettraient aux médecins de défendre les intérêts de la profession, qui ne sont pas toujours convergents.

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, la commission n'a pas pu examiner la version rectifiée de l'amendement n° 1340, que le Gouvernement a communiquée il y a quelques instants, ni le sous-amendement de M. Barbier, dont elle n'avait pas connaissance.

Aussi, je demande une brève suspension de séance afin que la commission puisse se réunir. Cela nous permettrait de trancher cette question ce soir.

**M. le président.** Le Sénat va bien sûr accéder à votre demande, monsieur le président de la commission.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue le mercredi 27 mai 2009, à zéro heure trente-cinq, est reprise à zéro heure quarante-cinq.)*

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

Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 1347 et l'amendement n° 1340 rectifié ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Après un examen très attentif, la commission a émis un avis favorable sur le sous-amendement n° 1347 et, par cohérence, sur l'amendement n° 1340 rectifié ainsi sous-amendé.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 1347 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il me semble que ce sous-amendement mériterait d'être rectifié. En effet, sa rédaction actuelle pourrait laisser supposer qu'une organisation doit obtenir 30 % dans chacun des trois collèges pour être considérée comme représentative, ce qui, bien évidemment, serait totalement inapplicable.

Pour éviter que les règles ne soient aussi drastiques, peut-être M. Barbier pourrait-il envisager de remplacer les mots : « dans chacun des trois collèges » par les mots : « dans les trois collèges confondus ».

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Cela ne changerait rien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Cela étant, je m'en remets à la sagesse de la Haute Assemblée.

**M. le président**. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle**. Je tiens à répéter en séance publique ce que j'ai déjà exprimé au sein de la commission des affaires sociales.

La commission avait accepté à une très large majorité la rédaction proposée par M. le rapporteur pour la composition des collèges électoraux dont nous débattons. Au lieu de retenir la solution adoptée par l'Assemblée nationale, qui consistait à mentionner dans le projet de loi la création de trois collèges, M. le rapporteur avait préféré indiquer dans le texte un certain nombre de critères à partir desquels le nombre de collèges serait défini et laisser à un décret d'application le soin de mettre le dispositif en œuvre. Personnellement, cette formule me convenait parfaitement.

Puis, le Gouvernement a déposé un amendement – nous l'avons examiné avant le dîner – qui nous a été présenté comme un amendement de coordination.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. C'est bien un amendement de coordination !

**M. Alain Vasselle**. Il faut reconnaître qu'à ce stade, hormis quelques initiés, nous n'avons ni le temps, ni les moyens matériels, ni les dispositions intellectuelles nécessaires pour analyser sérieusement un amendement aussi technique et complexe sur un tel dossier.

Par conséquent, j'avoue que nous sommes tentés de nous en remettre aux spécialistes, c'est-à-dire à M. le président de la commission des affaires sociales, à M. le rapporteur, voire au Gouvernement. (*Exclamations amusées.*)

Je dis : « voire au Gouvernement », parce que – Mme la ministre m'excusera de m'exprimer ainsi – c'est une pluie d'amendements qui s'abat régulièrement sur nous. Or il ne nous est pas toujours pas facile de les assimiler.

Mme la ministre a la chance d'être entourée de collaborateurs qui lui apportent les explications techniques nécessaires pour bien comprendre les évolutions du projet de loi. Pour ma part, j'avoue que je me sens quelque peu démuné. Lorsque je suis assis sur mon siège, je n'ai personne derrière moi pour me fournir des explications aussi précises...

J'aimerais essayer de garder un minimum de cohérence dans mes votes. J'ai souligné devant la commission que nous devons rester vigilants. Je demande donc à Mme la ministre de bien vouloir nous confirmer que l'amendement n° 1340 rectifié est un amendement de pure coordination que le sous-amendement n° 1347 ne vient pas contrarier.

Si la coordination est parfaite, si nous restons bien dans la lettre et dans l'esprit de ce que M. le rapporteur a souhaité et que la commission a approuvé, je ne vois aucune raison de ne pas approuver cet amendement. Mais j'aimerais avoir l'assurance que c'est bien le cas.

Si je n'obtenais pas cette confirmation, ou si l'entrée en vigueur concrète du dispositif ne se révélait pas conforme aux engagements pris lors de son adoption, je me permettrais d'exprimer de nouveau mon sentiment, que ce soit en commission mixte paritaire ou à l'occasion d'une éventuelle deuxième lecture – nous aurons alors eu le temps d'analyser la mesure –, voire de solliciter un nouveau vote sur le sujet.

Toutefois, monsieur le président, avouez que nous travaillons dans des conditions particulièrement difficiles. La fatigue commence à nous gagner tous, et nous ne sommes plus aussi opérationnels qu'au début de l'examen du texte. (*Applaudissements sur quelques travées de l'UMP.*)

**M. Paul Blanc**. Je suis tout à fait d'accord !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Tout d'abord, monsieur Vasselle, la « pluie d'amendements » n'est pas le fait du Gouvernement, qui n'en a déposé aucun depuis dimanche.

**M. Guy Fischer**. C'est faux ! Nous n'avons eu connaissance de l'amendement n° 1340 rectifié que tout à l'heure !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. De sa rectification, monsieur Fischer : l'amendement n° 1340 a bien été déposé dimanche.

**M. François Autain**. Dimanche, nous n'étions pas là !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Monsieur Vasselle, nous voulons seulement tirer les conséquences qu'entraînent sur le code de la sécurité sociale les modifications apportées par la commission au code de la santé publique. C'est tout ! Je me borne à répéter ce que j'ai déjà indiqué.

Au demeurant, monsieur le sénateur, vous êtes suffisamment expert en la matière, même si l'heure est un peu tardive et si la fatigue se fait sentir. Le président de la commission des affaires sociales, le rapporteur, voire le Gouvernement, ont déjà apporté la confirmation que vous demandez. Ils sont tout de même suffisamment au fait de tels sujets pour que leur parole puisse être entendue !

Quoi qu'il en soit, cet amendement, qui a été déposé dimanche, est bien un amendement de coordination.

**M. le président**. La parole est à M. Alain Vasselle.

**M. Alain Vasselle**. Je ne me remets pas en cause votre parole, madame la ministre. Je souhaite simplement obtenir un éclaircissement.

Le sous-amendement n° 1347, qui vise à modifier l'amendement n° 1340 rectifié, permet-il de rester dans le cadre de la coordination souhaitée par le Gouvernement ? C'est tout ce que je souhaite savoir !

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

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Monsieur Vasselle, compte tenu des dispositions que nous avons adoptées sur les conditions de la création par décret des différents collèges, l'adoption du sous-amendement n° 1347 nécessitera manifestement une coordination – c'est le moins que l'on puisse dire –, sans doute au cours de la commission mixte paritaire.

**M. Alain Vasselle**. Merci de le reconnaître !

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

**M. François Autain**. Monsieur le président, si vous le permettez, je m'exprimerai à la fois sur le sous-amendement n° 1347 et sur l'amendement n° 1340 rectifié.

Je déplore que nous ayons été si tardivement en possession de l'amendement du Gouvernement, même s'il a été déposé dimanche. Je n'ai aucune raison de mettre votre parole en doute, madame la ministre,...

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

**M. François Autain.** ... mais le fait est que l'amendement n° 1340 rectifié a été porté à notre connaissance seulement ce soir.

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

**M. François Autain.** Nous l'avons examiné très rapidement pendant une réunion impromptue de la commission des affaires sociales qui s'est tenue à dix-neuf heures trente. Vous comprendrez donc que nous n'ayons pas pu évaluer toutes les implications à tête reposée.

Qui plus est, il concerne la convention entre les médecins et la sécurité sociale. Or vous connaissez les difficultés actuelles de cette négociation. Certains prétendent que ces nouvelles dispositions seraient de nature à débloquer le système conventionnel, ce qui serait effectivement miraculeux. S'il apparaît à l'étude que c'est bien le cas, je serai le premier à voter ces mesures. Mais je suis loin d'y croire.

Certes, je veux bien, sous bénéfice d'inventaire, reconnaître que de tels dispositifs pourraient changer la donne. Mais, aujourd'hui, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur les implications du sous-amendement n° 1347 et de l'amendement n° 1340 rectifié.

Par conséquent, les membres du groupe CRC-SPG s'abstiendront.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 1347.

**M. Bernard Cazeau.** Ce sous-amendement vise à prendre en compte l'évolution de la profession qui se fait jour depuis un certain nombre d'années, de la même manière que les gouvernements successifs ont su tenir compte des changements récents, notamment pour le parcours de soins.

À côté des généralistes, qui constituent pour ainsi dire une spécialité si l'on considère la relation entre le médecin et le patient, nombre de spécialités, comme celle de chirurgien, ont connu de très importantes évolutions, avec des plateaux techniques très forts, tandis que d'autres spécialistes utilisaient des plateaux techniques moindres associés à un travail clinique.

En distinguant les trois collèges, M. Barbier prend en compte l'évolution de la profession. C'est pourquoi nous le suivrons.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** Monsieur Vasselle, l'amendement n° 1347 rectifié du Gouvernement est bien un amendement de coordination, puisqu'il vise à tenir compte dans le code de la sécurité sociale de la disposition que vient d'adopter le Sénat avec le nouvel article L. 4031-2 du code de la santé publique.

J'ai estimé nécessaire, au stade où nous en sommes, de mentionner le nombre de collèges. On aurait pu le fixer à quatre, à cinq, à six... Mais, comme M. Cazeau vient de le souligner, la répartition en trois collèges paraît satisfaisante dans la mesure où elle permet de tenir compte des différentes spécificités de la profession médicale. De plus, le décret offrira la possibilité d'une plus grande précision.

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

**M. Paul Blanc.** J'entends bien l'argumentation de mon collègue Gilbert Barbier. Cependant, pour ma part, je ne souhaite pas figer immédiatement dans la loi le nombre de collèges.

Je partage la position de la commission, que vient de rappeler le président About : mieux vaut adopter l'amendement du Gouvernement en l'état, quitte à procéder ensuite aux ajustements nécessaires en commission mixte paritaire.

Telle est la raison pour laquelle je ne voterai pas ce sous-amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1347.

**M. François Autain.** Le groupe CRC-SPG s'abstient.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix, modifié, l'amendement n° 1340 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 27, modifié.

*(L'article 27 est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 27 (réservé)

**M. le président.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 27 a été réservé jusqu'après l'examen de l'article 34.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

5

#### DÉPÔT D'UNE QUESTION ORALE AVEC DÉBAT

**M. le président.** J'informe le Sénat que j'ai été saisi de la question orale avec débat suivante :

N° 42 - Le 28 mai 2009 - Mme Odette Herviaux attire l'attention de M. le ministre de l'agriculture et de la pêche sur la gestion de l'épizootie de fièvre catarrhale ovine.

Même si cette maladie animale qui touche les ruminants ne se transmet pas à l'homme, on considère que l'extension fulgurante de la FCO à tous les départements français depuis juin 2006 est une des plus graves crises sanitaires que le pays ait connue depuis cinquante ans. Il est difficile d'évaluer précisément les importantes pertes économiques provoquées par la FCO car, outre les cas de mortalité de certaines bêtes atteintes, l'on constate désormais, sur le moyen terme, des baisses de production en lait comme en viande, des avortements, des défauts de fertilité, etc. Les échanges commerciaux européens ont aussi été fortement perturbés.

Les éleveurs touchés ont souligné de nombreuses incohérences dans la gestion nationale de cette crise sanitaire : indemnités très tardives, délai de 18 mois pour qu'un vaccin soit disponible, choix d'une vaccination prioritaire des animaux destinés aux échanges contrairement aux préconisations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en matière de stratégie vaccinale, manque de clarté sur l'attribution d'un mandat sanitaire et sur la diffusion des informations sur les mesures à prendre, insuffisance des moyens déployés notamment dans les départements touchés par les deux sérotypes ou pour financer les moyens de prophylaxie.

Aujourd'hui, un nombre non négligeable d'éleveurs remet en cause le caractère obligatoire de la vaccination et d'autres souhaitent pouvoir vacciner eux-mêmes leurs bêtes afin de

réduire les coûts. De manière générale, il semble que la France n'ait pas reconnu assez tôt le caractère très sérieux de cette crise sanitaire et que l'Union européenne ait tardé à mettre en place une stratégie commune et harmonisée de lutte contre la FCO.

Elle souhaite donc connaître les enseignements que le Gouvernement a tirés de l'épizootie de FCO afin de mieux gérer et mieux anticiper les crises sanitaires qui risquent de se multiplier à l'avenir comme l'actualité le laisse craindre.

Plus précisément, elle souhaite savoir s'il est prévu d'autoriser des dérogations à l'obligation de vaccination quand les éleveurs mettent en place des protocoles alternatifs et de prévention et si le Gouvernement compte donner son accord à un tarif horaire pour la prestation vaccinale contre la FCO. Elle demande enfin au ministre si d'autres pistes de lutte contre la FCO sont envisagées, comme par exemple l'évaluation de l'immunité naturelle des animaux ou le contrôle du statut des troupeaux, et s'il dispose d'informations relatives à l'importante mortalité des abeilles apparemment due à la désinsectisation des abords des bâtiments d'exploitation dans le cadre de la lutte contre la FCO.

(Déposée le 26 mai 2009 – annoncée en séance publique le 26 mai 2009)

Conformément aux articles 79, 80 du règlement, cette question orale avec débat a été communiquée au Gouvernement et la fixation de la date de la discussion aura lieu ultérieurement.

6

#### DÉPÔT D'UN RAPPORT D'INFORMATION

**M. le président.** J'ai reçu de M. Christian Demuynck un rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes.

Le rapport d'information sera imprimé sous le n° 436 et distribué.

7

#### ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mercredi 27 mai 2009 :

À quatorze heures trente :

1. Débat sur les travaux de la mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes.

À vingt et une heures trente :

2. Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à une heure cinq.)

*La Directrice  
du service du compte rendu intégral,*  
MONIQUE MUYARD

#### QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

*Application de la TVA à 5,5% aux travaux d'entretien  
des bâtiments communaux*

n° 573 - Le 4 juin 2009 - **Mme Nicole BONNEFOY** attire l'attention de **Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales** sur les difficultés rencontrées par de nombreuses petites communes pour l'entretien de leurs bâtiments communaux (mairies, écoles, églises et autres bâtiments du patrimoine, classés ou non). En effet, il s'agit d'un sujet important, que tous les élus connaissent. Chaque année, les collectivités engagent des chantiers équivalant à 73 % de l'investissement public. Chaque année, cette commande publique assure près de 50 % du chiffre d'affaire des travaux publics, alors que l'État à lui seul, n'en réalise que 6 %. Ces collectivités ont d'ailleurs été largement sollicitées par l'État, dans le cadre du plan de relance. Cependant, elles doivent faire face à des difficultés financières dont l'État a la responsabilité : transferts partiellement compensés, plafonnement des recettes fiscales et diminution des dotations. Situation aggravée par la crise économique actuelle, qui fait chuter les recettes les plus dynamiques, notamment celles liées aux droits de mutation qui accusent un repli considérable. C'est ainsi que les collectivités, principalement les plus petites, se retrouvent actuellement dans l'incapacité de financer des travaux d'entretien de différents bâtiments communaux. De plus, ces travaux sont considérés, dans le plan comptable des communes, comme des dépenses de fonctionnement auxquelles s'applique une TVA de 19,6 %. Cette TVA ne peut donc pas être récupérée par les communes. Les conséquences de cette situation, pour des milliers de communes sont alors souvent les mêmes :

- fermeture des bâtiments publics, monuments, églises, pour raison de sécurité ;

- recherche de subventions publiques rares (surtout pour les bâtiments non classés) pour des remises en état complètes qui seront alors considérées comme investissements et bénéficieront alors, d'un crédit TVA ;

- abandon ou démolition des édifices si les subventions ne sont pas trouvées.

Or, pour éviter cette situation, il existe une mesure simple, facile à mettre en œuvre, qui permettrait d'aider les communes. Il s'agit d'étendre à l'entretien des bâtiments communaux, ou au minimum aux bâtiments du patrimoine (église ou autres) et aux bâtiments scolaires, l'application de la TVA réduite à 5,5 % pour les travaux d'entretien indispensables. Seul l'État risquerait de perdre quelques recettes si cette mesure avait le même succès que pour les logements. Par ailleurs, elle rappelle l'attachement de tous au patrimoine et à la beauté des villes et villages de notre pays qui font la renommée de la France dans le monde. C'est pourquoi, elle souhaite connaître la position du Gouvernement,

vis-à-vis d'une telle mesure qui serait très bien accueillie par les petites communes et qui permettrait, non seulement d'entretenir et de mettre en sécurité notre patrimoine mais aussi de soutenir

l'activité et l'emploi des entreprises artisanales locales effectuant généralement ces travaux, entreprises artisanales locales qui en ont aussi, bien besoin, dans cette période de crise.

# ANNEXES AU PROCES VERBAL

## de la séance du mardi 26 mai

### 2009

#### SCRUTIN n° 168

*sur l'amendement n° 1315, présenté par le Gouvernement, à l'article 26 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*

Nombre de votants .....	341
Suffrages exprimés .....	339
Pour .....	0
Contre .....	339

Le Sénat n'a pas adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

##### **GROUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :**

*Contre : 24*

##### **GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :**

*Contre : 15*

*Abstention : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou*

##### **GROUPE SOCIALISTE (115) :**

*Contre : 115*

##### **GROUPE UNION CENTRISTE (29) :**

*Contre : 29*

##### **GROUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :**

*Contre : 149*

*N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - président du Sénat et M. Roland du Luart - qui présidait la séance*

##### **RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :**

*Contre : 7*

#### Ont voté contre :

Nicolas About  
Philippe Adnot  
Jean-Paul Alduy  
Nicolas Alfonsi  
Jacqueline Alquier  
Jean-Paul Amoudry  
Michèle André  
Pierre André  
Serge Andreoni  
Bernard Angels

Jean-Etienne Antoinette  
Alain Anziani  
Jean Arthuis  
Éliane Assassi  
David Assouline  
Bertrand Auban  
François Autain  
Robert Badinter  
Denis Badré

Gérard Bailly  
Jean-Michel Baylet  
Marie-France Beauflis  
René Beaumont  
Michel Bécot  
Jean-Pierre Bel  
Claude Belot  
Claude Bérit-Débat  
Pierre Bernard-Reymond

Jacques Berthou  
Jean Besson  
Laurent Bétéille  
Joël Billard  
Michel Billout  
Claude Biwer  
Jean Bizet  
Jacques Blanc  
Paul Blanc  
Marie-Christine Blandin  
Maryvonne Blondin  
Yannick Bodin  
Nicole Bonnefoy  
Pierre Bordier  
Didier Borotra  
Nicole Borvo Cohen-Seat  
Yannick Botrel  
Didier Boulaud  
Alima Boumediene-Thiery  
Joël Bourdin  
Martial Bourquin  
Bernadette Bourzai  
Brigitte Bout  
Michel Boutant  
Jean Boyer  
Dominique Braye  
Nicole Bricq  
Marie-Thérèse Bruguière  
Elie Brun  
François-Noël Buffet  
Jean-Pierre Caffet  
Christian Cambon  
Claire-Lise Champion  
Jean-Pierre Cantegrit  
Jean-Claude Carle  
Jean-Louis Carrère  
Françoise Cartron  
Auguste Cazalet  
Bernard Cazeau  
Monique Cerisier-ben Guiga  
Gérard César  
Michel Charasse  
Yves Chastan  
Alain Chatillon  
Jean-Pierre Chauveau  
Jacqueline Chevè  
Jean-Pierre Chevènement  
Marcel-Pierre Cléach  
Christian Cointat  
Yvon Collin  
Gérard Collomb  
Pierre-Yves Collombat  
Gérard Cornu  
Raymond Couderc  
Roland Courteau

Jean-Patrick Courtois  
Philippe Dallier  
Jean-Claude Danglot  
Philippe Darniche  
Serge Dassault  
Yves Daudigny  
Yves Dauge  
Marc Daunis  
Annie David  
Isabelle Debré  
Robert del Picchia  
Jean-Pierre Demerliat  
Michelle Demessine  
Christiane Demontès  
Christian Demuyneck  
Marcel Deneux  
Gérard Dériot  
Marie-Hélène Des Esgaulx  
Béatrice Descamps  
Jean Dessard  
Sylvie Desmarescaux  
Denis Detcheverry  
Yves Détraigne  
Évelyne Didier  
Muguette Dini  
Éric Doligé  
Claude Domeizel  
Philippe Dominati  
Michel Doublet  
Daniel Dubois  
Alain Dufaut  
André Dulait  
Catherine Dumas  
Ambroise Dupont  
Bernadette Dupont  
Jean-Léonce Dupont  
Josette Durrieu  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Emorine  
Anne-Marie Escoffier  
Jean-Claude Etienne  
Pierre Fauchon  
Alain Fauconnier  
Jean Faure  
Françoise Férat  
André Ferrand  
Jean-Luc Fichet  
Guy Fischer  
Louis-Constant Fleming  
Gaston Flosse  
François Fortassin  
Thierry Foucaud  
Alain Fouché  
Jean-Pierre Fourcade  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Jean François-Poncet  
Christophe-André Frassa

Jean-Claude Frécon  
Bernard Frimat  
Yann Gaillard  
René Garrec  
Joëlle Garriaud-Maylam  
Christian Gaudin  
Jean-Claude Gaudin  
Charles Gautier  
Gisèle Gautier  
Jacques Gautier  
Patrice Gélard  
Samia Ghali  
Bruno Gilles  
Jacques Gillot  
Adrien Giraud  
Colette Giudicelli  
Jean-Pierre Godefroy  
Brigitte Gonther-Maurin  
Nathalie Goulet  
Jacqueline Gourault  
Alain Gourmac  
Adrien Gouteyron  
Sylvie Goy-Chavent  
Francis Grignon  
Charles Guené  
Jean-Noël Guérini  
Michel Guerry  
Didier Guillaume  
Hubert Haenel  
Claude Haut  
Françoise Henneron  
Pierre Hérisson  
Marie-Thérèse Hermange  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Gélita Hoarau  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Robert Hue  
Jean-François Humbert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-Jacques Hyst  
Soibahadine Ibrahim Ramadani  
Pierre Jarlier  
Annie Jarraud-Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Jean-Jacques Jégou  
Sophie Joissains  
Jean-Marc Juillard  
Christiane Kammermann  
Fabienne Keller  
Joseph Kergeris  
Bariza Khiari

Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Françoise Laborde  
Serge Lagauche  
Alain Lambert  
Marc Laménié  
Élisabeth Lamure  
Serge Larcher  
André Lardeux  
Robert Laufoaulu  
Daniel Laurent  
Françoise Laurent  
Perrigot  
Gérard Le Cam  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
Jean-René Lecerf  
Dominique Leclerc  
Antoine Lefèvre  
Jacques Legendre  
Dominique de Legge  
Jean-François Le  
Grand  
André Lejeune  
Jean-Pierre Leleux  
Claudine Lepage  
Philippe Leroy  
Claude Lise  
Gérard Longuet  
Simon Loueckhote  
Jean-Jacques Lozach  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Michel Magras  
Jacques Mahéas  
Lucienne Malovry  
François Marc  
Philippe Marini  
Daniel Marsin  
Pierre Martin  
Jean-Pierre Masseret  
Marc Massion  
Jean Louis Masson  
Josiane Mathon-Poinat  
Hervé Maurey  
Pierre Mauroy  
Jean-François Mayet  
Rachel Mazuir

Jean-Luc Mélenchon  
Colette Mélot  
Jean-Claude Merceron  
Michel Mercier  
Louis Mermaz  
Jacques Mézard  
Lucette Michaux-  
Chevry  
Jean-Pierre Michel  
Jean Milhau  
Alain Milon  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Albéric de Montgolfier  
Catherine Morin-  
Desailly  
Jacques Muller  
Philippe Nachbar  
Robert Navarro  
Louis Nègre  
Jacqueline Panis  
Monique Papon  
Charles Pasqua  
Isabelle Pasquet  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Philippe Paul  
Anne-Marie Payet  
Daniel Percheron  
Jean-Claude Peyronnet  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Bernard Piras  
Jean-Pierre Plancade  
Rémy Pointereau  
Christian Poncelet  
Ladislas Poniatowski  
Hugues Portelli  
Roland Povinelli  
Yves Pozzo di Borgo  
Gisèle Printz  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Marcel Rainaud  
Henri de Raincourt  
Jack Ralite  
Daniel Raoul

Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner  
Ivan Renar  
Thierry Repentin  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Philippe Richert  
Roland Ries  
Josselin de Rohan  
Roger Romani  
Janine Rozier  
Michèle San Vicente-  
Baudrin  
Bernard Saugey  
Patricia Schillinger  
Mireille Schurch  
Michel Sergent  
Bruno Sido  
René-Pierre Signé  
Esther Sittler  
Daniel Soulage  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Catherine Tasca  
Odette Terrade  
Michel Teston  
René Teulade  
Michel Thiollière  
Jean-Marc Todeschini  
André Trillard  
Catherine Troendle  
Robert Tropeano  
François Trucy  
Richard Tuheiva  
Alex Türk  
Raymond Vall  
Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
André Vantomme  
Alain Vasselle  
François Vendasi  
Bernard Vera  
René Vestri  
Jean-Pierre Vial  
Jean-Paul Virapoullé  
Jean-François Voguet  
Dominique Voynet  
Richard Yung  
François Zocchetto

#### Abstentions :

Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou.

#### N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Roland du Luart - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

#### SCRUTIN n° : 169

sur l'article 26 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

Nombre de votants .....	341
Suffrages exprimés .....	340
Pour .....	187
Contre .....	153

Le Sénat a adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

#### GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Contre : 24

#### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 2

MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

Contre : 14

Abstention : 1 M. Michel Charasse

#### GRUPE SOCIALISTE (115) :

Contre : 115

#### GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Pour : 29

#### GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Pour : 149

N'ont pas pris part au vote : 2

M. Gérard Larcher - président du Sénat et M. Roger Romani - qui présidait la séance

#### RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Pour : 7

#### Ont voté pour :

Nicolas About  
Philippe Adnot  
Jean-Paul Alduy  
Jean-Paul Amoudry  
Pierre André  
Jean Arthuis  
Denis Badré  
Gérard Bailly  
Gilbert Barbier  
René Beaumont  
Michel Bécot  
Claude Belot  
Pierre Bernard-  
Reymond  
Laurent Bêteille  
Joël Billard  
Claude Biwer  
Jean Bizet  
Jacques Blanc  
Paul Blanc  
Pierre Bordier  
Didier Borotra  
Joël Bourdin  
Brigitte Bout  
Jean Boyer  
Dominique Braye  
Marie-Thérèse  
Bruguère  
Elie Brun  
François-Noël Buffet  
Christian Cambon  
Jean-Pierre Cantegrit  
Jean-Claude Carle  
Auguste Cazalet  
Gérard César  
Alain Chatillon  
Jean-Pierre Chauveau  
Marcel-Pierre Cléach  
Christian Cointat  
Gérard Cornu  
Raymond Couderc  
Jean-Patrick Courtois

Philippe Dallier  
Philippe Darniche  
Serge Dassault  
Isabelle Debré  
Robert del Picchia  
Christian Demuyneck  
Marcel Deneux  
Gérard Dériot  
Marie-Hélène Des  
Esgaulx  
Béatrice Descamps  
Sylvie Desmarescaux  
Denis Detchevery  
Yves Détraigne  
Muguette Dini  
Éric Doligé  
Philippe Dominati  
Michel Doublet  
Daniel Dubois  
Alain Dufaut  
André Dulait  
Catherine Dumas  
Ambroise Dupont  
Bernadette Dupont  
Jean-Léonce Dupont  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Emorine  
Jean-Claude Etienne  
Pierre Fauchon  
Jean Faure  
Françoise Férat  
André Ferrand  
Louis-Constant  
Fleming  
Gaston Flosse  
Alain Fouché  
Jean-Pierre Fourcade  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Jean François-Poncet  
Christophe-André  
Frassa

Yann Gaillard  
René Garrec  
Joëlle Garriaud-  
Maylam  
Christian Gaudin  
Jean-Claude Gaudin  
Gisèle Gautier  
Jacques Gautier  
Patrice Gélard  
Bruno Gilles  
Adrien Giraud  
Colette Giudicelli  
Nathalie Gourault  
Jacqueline Gourault  
Alain Gournac  
Adrien Gouteyron  
Sylvie Goy-Chavent  
Francis Grignon  
Charles Guené  
Michel Guerry  
Hubert Haenel  
Françoise Henneron  
Pierre Hérisson  
Marie-Thérèse  
Hermange  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Jean-François  
Humbert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-Jacques Hyst  
Soibahadine Ibrahim  
Ramadani  
Pierre Jarlier  
Jean-Jacques Jégou  
Sophie Joissains  
Jean-Marc Juilhard  
Christiane  
Kammermann  
Fabienne Keller  
Joseph Kergeris

Alain Lambert  
 Marc Laménié  
 Élisabeth Lamure  
 André Lardeux  
 Robert Laufoaulu  
 Daniel Laurent  
 Jean-René Lecerf  
 Dominique Leclerc  
 Antoine Lefèvre  
 Jacques Legendre  
 Dominique de Legge  
 Jean-François Le Grand  
 Jean-Pierre Leleux  
 Philippe Leroy  
 Gérard Longuet  
 Simon Loueckhote  
 Roland du Luart  
 Michel Magras  
 Lucienne Malovry  
 Philippe Marini  
 Pierre Martin  
 Jean Louis Masson  
 Hervé Maurey  
 Jean-François Mayet  
 Colette Mélot

Jean-Claude Merceron  
 Michel Mercier  
 Lucette Michaux-Chevry  
 Alain Milon  
 Aymeri de Montesquiou  
 Albéric de Montgolfier  
 Catherine Morin-Desailly  
 Philippe Nachbar  
 Louis Nègre  
 Jacqueline Panis  
 Monique Papon  
 Charles Pasqua  
 Philippe Paul  
 Anne-Marie Payet  
 Jackie Pierre  
 François Pillet  
 Xavier Pintat  
 Louis Pinton  
 Rémy Pointereau  
 Christian Poncelet  
 Ladislav Poniatowski  
 Hugues Portelli  
 Yves Pozzo di Borgo

Catherine Procaccia  
 Jean-Pierre Raffarin  
 Henri de Raincourt  
 Bruno Retailleau  
 Charles Revet  
 Philippe Richert  
 Josselin de Rohan  
 Janine Rozier  
 Bernard Saugoy  
 Bruno Sido  
 Esther Sittler  
 Daniel Soulage  
 Michel Thiollière  
 André Trillard  
 Catherine Troendle  
 François Trucy  
 Alex Türk  
 Jean-Marie Vanlerenberghe  
 Alain Vasselle  
 René Vestri  
 Jean-Pierre Vial  
 Jean-Paul Virapoullé  
 François Zocchetto

Christiane Demontès  
 Jean Desessard  
 Évelyne Didier  
 Claude Domeizel  
 Josette Durrieu  
 Anne-Marie Escoffier  
 Alain Fauconnier  
 Jean-Luc Fichet  
 Guy Fischer  
 François Fortassin  
 Thierry Foucaud  
 Jean-Claude Frécon  
 Bernard Frimat  
 Charles Gautier  
 Samia Ghali  
 Jacques Gillot  
 Robert Hue  
 Jean-Pierre Godefroy  
 Brigitte Gonthier-Maurin  
 Jean-Noël Guérini  
 Didier Guillaume  
 Claude Haut  
 Edmond Hervé  
 Odette Herviaux  
 Gélita Hoarau  
 Robert Hue  
 Annie Jarraud-Vergnolle  
 Claude Jeannerot  
 Bariza Khiari  
 Virginie Klès  
 Yves Krattinger  
 Philippe Labeyrie  
 Françoise Laborde  
 Serge Lagauche  
 Serge Larcher

Françoise Laurent  
 Perrigot  
 Gérard Le Cam  
 Jacky Le Menn  
 Raymonde Le Texier  
 Alain Le Vern  
 André Lejeune  
 Claudine Lepage  
 Claude Lise  
 Jean-Jacques Lozach  
 Roger Madec  
 Philippe Madrelle  
 Jacques Mahéas  
 François Marc  
 Daniel Marsin  
 Jean-Pierre Masseret  
 Marc Massion  
 Josiane Mathon-Poinat  
 Pierre Mauroy  
 Rachel Mazuir  
 Jean-Luc Mélenchon  
 Louis Mermaz  
 Jacques Mézard  
 Jean-Pierre Michel  
 Jean Milhau  
 Gérard Miquel  
 Jean-Jacques Mirassou  
 Jacques Muller  
 Robert Navarro  
 Isabelle Pasquet  
 Jean-Marc Pastor  
 Georges Patient  
 François Patriat  
 Daniel Percheron  
 Jean-Claude Peyronnet  
 Bernard Piras

Jean-Pierre Placade  
 Roland Povinelli  
 Gisèle Printz  
 Marcel Rainaud  
 Jack Ralite  
 Daniel Raoul  
 Paul Raoult  
 François Rebsamen  
 Daniel Reiner  
 Ivan Renar  
 Thierry Repentin  
 Roland Ries  
 Michèle San Vicente-Baudrin  
 Patricia Schillinger  
 Mireille Schurch  
 Michel Sergent  
 René-Pierre Signé  
 Jean-Pierre Sueur  
 Simon Sutour  
 Catherine Tasca  
 Odette Terrade  
 Michel Teston  
 René Teulade  
 Jean-Marc Todeschini  
 Robert Tropeano  
 Richard Tuheiva  
 Raymond Vall  
 André Vantomme  
 François Vendasi  
 Bernard Vera  
 Jean-François Voguet  
 Dominique Voynet  
 Richard Yung

**Ont voté contre :**

Nicolas Alfonsi  
 Jacqueline Alquier  
 Michèle André  
 Serge Andreoni  
 Bernard Angels  
 Jean-Etienne Antoinette  
 Alain Anziani  
 Éliane Assassi  
 David Assouline  
 Bertrand Auban  
 François Autain  
 Robert Badinter  
 Jean-Michel Baylet  
 Marie-France Beaufils  
 Jean-Pierre Bel  
 Claude Bérit-Débat  
 Jacques Berthou  
 Jean Besson

Michel Billout  
 Marie-Christine Blandin  
 Maryvonne Blondin  
 Yannick Bodin  
 Nicole Bonnefoy  
 Nicole Borvo Cohen-Seat  
 Yannick Botrel  
 Didier Boulaud  
 Alima Boumediene-Thiery  
 Martial Bourquin  
 Bernadette Bourzai  
 Michel Boutant  
 Nicole Bricq  
 Jean-Pierre Caffet  
 Claire-Lise Campion  
 Jean-Louis Carrère

Françoise Cartron  
 Bernard Cazeau  
 Monique Cerisier-ben Guiga  
 Yves Chastan  
 Jacqueline Chevé  
 Jean-Pierre Chevènement  
 Yvon Collin  
 Gérard Collomb  
 Pierre-Yves Collombat  
 Roland Courteau  
 Jean-Claude Danglot  
 Yves Daudigny  
 Yves Dauge  
 Marc Daunis  
 Annie David  
 Jean-Pierre Demerliat  
 Michelle Demessine

**Abstention :**

Michel Charasse.

**N'ont pas pris part au vote :**

MM. Gérard Larcher - président du Sénat , Roger Romani - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus





## 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 €**