

COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Mercredi 20 mai 2009

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

SOMMAIRE

SAISINE DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL (Création sur internet).....	1
HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)	1
Article 26 A	1
Article 26 B	2
Article 26	4
Article L. 1434-11 du code	11
Article L. 1431-1 du code	14
Article L. 1431-2 du code	16

SÉANCE du mercredi 20 mai 2009

104^e séance de la session ordinaire 2008-2009

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

SECRÉTAIRES :
M. PHILIPPE NACHBAR, M. JEAN-PAUL VIRAPOULLÉ.

La séance est ouverte à 14 h 30.

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

Saisine du Conseil constitutionnel (Création sur internet)

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

Acte est donné de cette communication.

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

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus au titre IV, appelé en priorité. Je rappelle que tous les articles additionnels sont réservés jusqu'à la fin du titre.

Article 26 A

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

M. le président. – Amendement n°1321, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit cet article :

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

1° A la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « avis » sont insérés les mots : « sur les projets de loi » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Les avis motivés rendus par les conseils d'administration des caisses nationales du régime général sur les projets de nature législative ou réglementaire n'alimentent pas comme ils le devraient la réflexion du Gouvernement et du Parlement... et c'est une litote. Pour leur rendre toute leur force, cet article renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les conditions dans lesquelles ces avis devront être motivés.

Cet amendement limite l'obligation d'avis motivés aux seuls projets de loi. En effet, l'exigence d'avis argumenté est moins forte pour les textes réglementaires, particulièrement nombreux et souvent très techniques ; ils continueront néanmoins à recevoir un avis.

L'amendement précise également la gouvernance des caisses du régime général afin de mieux tenir compte des opérations de fusion des organismes et intégrer de nouveaux profils dans les conseils de la branche maladie.

Enfin, il modifie la composition du conseil de la CNAMTS et des CPAM pour y intégrer des personnes qualifiées, tout en préservant l'équilibre actuel qui repose sur le paritarisme entre représentants des employés et des employeurs.

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – C'est un amendement technique : sagesse positive.

*L'amendement n°1321 est adopté
et l'article 26A est ainsi rédigé*

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Pour faciliter la compréhension du débat sur l'article 26, je demande que les huit amendements à l'article L. 1434-11 soient examinés par priorité, après l'amendement n°1248 du Gouvernement.

La priorité, acceptée par le Gouvernement, est de droit.

Article 26 B

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

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

« Elle détermine également les conditions :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. le président. – Amendement n°1018, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

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

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

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

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

a) Les trois premiers alinéas sont ainsi rédigés :

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

« Le conseil de surveillance est composé de :

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

b) Le sixième alinéa est ainsi rédigé :

« Les trois présidents visés aux alinéas précédents composent le bureau du conseil de surveillance de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce

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

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

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

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

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

...) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

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

M. Jacky Le Menn. – Cet amendement tire les conséquences pour l'Uncam du nouveau dispositif. Il articule la convention d'objectifs avec les objectifs régionaux, afin de renforcer la cohérence entre les politiques mises en œuvre par l'État, les ARS et les caisses. Il prévoit la présence de la mutualité et d'au moins une association au sein du conseil de surveillance de l'Uncam et précise la composition et les compétences du bureau. Il tire les conséquences de la signature de la convention d'objectifs pluriannuelle. Enfin, il complète le 2° de l'article 26 B pour préciser notamment le rôle du conseil de surveillance.

Nous avons examiné des amendements voisins ce matin en commission. Un amendement 1010 rectifié du président About devrait satisfaire le premier paragraphe de mon amendement, voire le quatrième.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable car l'amendement n'a pas pu être rectifié pour tenir compte de la suite du texte.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je comprends le sens de l'amendement déposé par M. Milon comme par M. Vasselle et que la commission a adopté ; l'Uncam signe avec l'État une convention d'objectifs pluriannuels de gestion du risque de

l'assurance maladie. Mais l'amendement de M. Le Menn est trop large, il revient sur les principes qui ont sous-tendu la réforme de l'assurance maladie en 2004. L'État se mêle à nouveau des relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé et la gouvernance de l'Uncam est profondément transformée. Je ne porte pas de jugement sur le fond de votre proposition mais une réforme de cette ampleur ne saurait intervenir par le biais d'un amendement et sans concertation ni évaluation de l'action de l'Uncam. L'igas est en train d'évaluer l'application de la convention d'objectifs ; son rapport sera pour nous tous riche d'enseignements. Dans cette attente, retrait.

L'amendement n°1018 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1323, présenté par le Gouvernement.

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

une convention

par les mots :

un contrat

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

la convention

par les mots :

le contrat

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

cette convention

par les mots :

ce contrat

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

La convention

par les mots :

Le contrat

et le mot :

conclue

par le mot :

conclu

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

La convention

par les mots :

Le contrat

et les mots :

la modifiant

par les mots :

le modifiant

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

de la convention d'objectifs prévue

par les mots :

du contrat d'objectifs prévu

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

la convention d'objectifs prévue

par les mots :

le contrat d'objectifs prévu

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Rédactionnel. L'intérêt de la contractualisation est indéniable, en conséquence du rôle pris par l'Uncam dans la gestion du risque. Mais évitons toute confusion avec les conventions d'objectifs et de gestion passées avec les caisses nationales -non avec l'Uncam, tête de réseau des régimes d'assurance maladie.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les deux termes ont la même valeur en droit, la modification ne nous contrarie pas.

L'amendement n°1323 est adopté.

M. le président. – Amendement n°1322, présenté par le Gouvernement.

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

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Votre définition de la « gestion du risque » concernant l'Uncam ne recoupe pas totalement celle qui figure à l'article L 1431 2 relatif aux missions des ARS. Amendement de cohérence.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable. Si la loi prévoit que l'Uncam signe une convention pour la prévention et l'information, c'est que cette compétence lui est transférée : il n'y a pas lieu de le préciser une nouvelle fois ici.

M. Guy Fischer. – Allons, bon ! Cela commence bien.

L'amendement n°1322 n'est pas adopté.

L'article 26 B, modifié, est adopté.

Article 26

(Texte adopté par la commission)

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III « Agences régionales de santé » comprenant les articles L. 1431-1 à L. 1431-4 [nouveau], L. 1432-1 à L. 1432-11 [nouveaux], L. 1433-1 à L. 1433-3 [nouveaux], L. 1434-1 à L. 1434-15 [nouveaux], L. 1435-1 à L. 1435-7 [nouveaux] du code de la santé publique.

M. Yves Daudigny. – L'article 26 crée les agences régionales de santé, la clef de voûte de cette réforme. Le paysage sanitaire français en est radicalement modifié, moins du fait de la régionalisation que du nouvel équilibre entre les acteurs de santé... Ou plus exactement, du nouveau déséquilibre.

Une réorganisation du système de santé peut porter sur le niveau de territorialisation, sur la portée du mandat confié aux agences, sur le périmètre de leur compétence, déterminant leur mode de gouvernance ; et enfin, sur l'objectif assigné et les outils.

L'organisation territoriale régionalisée n'est pas contestée, elle est pertinente et s'inscrit dans la logique des réformes successives depuis les années 90. En revanche, les agences doivent-elles définir la politique de santé pour leur région ou décliner au niveau régional la politique de santé décidée au niveau national ? Notre commission a totalement réécrit le texte, estimant à juste titre que seul le niveau national était à même de garantir et sauvegarder un traitement égal des citoyens. Quant au périmètre de compétence, le plus large a été choisi, englobant la prévention, les soins, le social et le médico-social. Cette appréhension transversale de la santé a des conséquences directes et considérables ; or une réorganisation du système de santé ne saurait risquer de démanteler ou d'entraver le fonctionnement d'établissements et de réseaux dynamiques et efficaces. Nous craignons que la logique sanitaire n'absorbe celle du médico-social. La modification des rôles, des financements, des procédures d'agrément et d'évaluation doit être arrêtée conjointement entre des acteurs qui sont tous légitimes.

Les agences méritent un pilotage unifié plutôt qu'unique. La construction technocratique que vous avez choisie est organisée uniquement en termes de dispositifs. Nos craintes sont donc fondées. Un directeur général omnipotent est placé à la tête de chaque agence, le conseil est dépourvu de toute capacité de décision et de contrôle. Ses membres, notamment les élus territoriaux, ne sont que des figurants. De même, les départements devraient être associés à l'élaboration des schémas régionaux. Enfin, certaines clarifications sur les outils seront bienvenues, je songe à l'accès aux données.

Reste l'objectif assigné aux agences : aucun directeur général d'agence ne pourra s'affranchir de

votre vision comptable, qui commande tout et imprègne toute votre réforme. Dans cette matière technique qu'est la santé, l'avis de spécialistes est nécessaire mais les choix sont politiques et ils déterminent un modèle de société. Votre organisation territoriale du système de santé tourne le dos à la démocratie sanitaire et à la solidarité.

M. Guy Fischer. – Nous basculons dans le deuxième débat très important de ce texte. Le titre premier a consacré le démantèlement de la fonction publique hospitalière. Avec le titre IV, vous ouvrez un boulevard à la privatisation et la marchandisation.

Et les ARS ont pour objectif de contraindre la dépense publique dans les hôpitaux et dans tout le secteur médico-social. Vous faites fi de la démocratie sanitaire. Les acteurs de santé sont, dans leur immense majorité, favorables à la création d'une structure régionale qui décloisonne l'offre de soins hospitaliers. Nous aussi !

C'est pourquoi nous ne voterons pas cet article 26.

En plaçant le directeur général des agences régionales de santé et de l'autonomie au-dessus de tout le système, en soumettant les établissements publics de santé à sa tutelle politique et financière, en écartant les représentants des collectivités territoriales -les résultats obtenus en commission demeurent bien maigres-, en imposant la participation du préfet de région, vous avez fait le choix de la défiance plus que de la co-élaboration. Cette organisation pyramidale, autoritaire, sert à merveille votre projet de réduction des dépenses publiques puisqu'elle rend quasiment impossible toute contestation. Il suffit, pour s'en convaincre, de regarder le conseil de surveillance de ces agences, privé de tout pouvoir.

Nous doutons aussi que les missions théoriquement confiées à ces agences soient leurs objectifs réels, le titre premier soumettant les besoins à une offre de soins elle-même comprimée par des règles comptables. Ainsi, ces agences, telles que Nicolas Sarkozy les a définies dans son discours de Bletterans, sont d'abord et avant tout destinées à contrôler l'offre de soins : «J'attends des agences régionales de santé qu'elles réconcilient l'organisation des soins et la maîtrise de la dépense : mieux organiser pour dépenser moins et apporter plus aux patients ».

M. Nicolas About, président de la commission. – En effet, c'est l'idéal !

M. René-Pierre Signé. – Mais c'est difficile...

M. Guy Fischer. – Pour le président About, soutien inconditionnel du Président de la République (*sourires*), c'est l'idéal, mais force est de constater que passé l'effet d'annonce, il ne reste plus grand-chose : l'agence ne disposera d'aucun pouvoir pour imposer les tarifs opposables ou pour limiter l'installation de professionnels de santé dans les zones à démographie médicale dense. Le directeur de l'agence

régionale de santé ne pourra augmenter l'offre de soins à des tarifs opposables dans les territoires démunis mais il pourra la réduire dès lorsqu'il estimera que les comptes publics l'exigent. Pour ce faire, il pourra, grâce au CHT, obtenir la fermeture ou le regroupement de services, quand il n'exigera pas la fusion d'établissements.

La grande absente de ce projet demeure la réduction des inégalités sociales en santé. Vous déclarez vouloir réduire les inégalités territoriales. Nous doutons que vous y parveniez avec ce texte. Mais, surtout, le parent pauvre reste la réduction contre les inégalités sociales. Nous voterons contre cet article.

M. Jean-Pierre Chevènement. – Cet article 26 est essentiel. Ces ARS correspondent à une logique qui n'est pas contestable et qui fut réclamée, en son temps, par la gauche. Elles répondent au souci d'assurer une meilleure coordination entre hôpitaux, médecine de ville, professionnels libéraux et secteur médico-social. Mais disposeront-elles des outils nécessaires à cette coordination ?

Les ARH ont le mérite d'exister mais, pour le reste, c'est moins évident. Les lieux de dialogue seront-ils suffisants ? Le conseil de surveillance sera présidé par le préfet de région. La composition des deux commissions de concertation sera fixée par décret. Quelle sera-t-elle ? La conférence régionale de santé sera purement consultative. Et l'éloignement de l'ARS risque d'entraver la coordination avec les collectivités locales, notamment avec les conseils généraux dont les prérogatives sociales constituent le cœur de leurs compétences.

C'est inscrit dans le texte : il s'agit de « respecter l'Ondam ». Cette logique comptable ne prendra-t-elle pas le pas sur le souci de réduire les inégalités dans l'accès aux soins ? A cet égard, la rédaction des députés me convenait mieux que celle de notre commission.

Votre projet institue une hiérarchie rigide, il procède d'une conception qui serait jacobine -ce qui, dans ma bouche, n'est pas forcément péjoratif- si elle était progressiste. Dans le cas contraire, on sombre dans le caporalisme... Car cela risque de ne pas marcher ! C'est beaucoup trop lourd ! La masse de décisions qui incomberont au directeur de l'ARS est telle qu'on ne sait comment le malheureux s'en sortira....

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

M. Jean-Pierre Chevènement. – Le texte prévoit des conférences de territoire mais ce n'est qu'une éventualité. Or, nous avons besoin de davantage de proximité ! Je crains que ce projet ne soit trop centralisateur et contraire à l'esprit de la décentralisation, celui des lois Defferre ou Raffarin.

Seule l'adoption d'amendements venant aérer ce texte quelque peu étouffant pourrait modifier mon

appréciation. Pour l'heure, je souhaite que la démocratie sanitaire ne soit pas un vain mot...

M. Alain Vasselle. – La création des ARS marque une évolution importante. Je partage, bien entendu, l'objectif de rationaliser notre système de santé. Mais prenons garde de ne pas trop attendre de ces agences. Leurs directeurs généraux seront, compte tenu de l'importance des budgets, absorbés par la gestion hospitalière. Ils devront faire preuve de nombreuses qualités et avoir la volonté -ce qui n'a pas été le cas des directeurs des ARH- d'être en contact avec les élus locaux.

Le choix de confier à une seule structure le contrôle des dépenses hospitalières et la gestion du système de soins fait courir le risque de conflits d'intérêts. Les ARH n'ont pas su mener de front l'organisation et le contrôle du système hospitalier -voir le rapport que nous avons fait sur cette question- et nos voisins européens dissocient les deux fonctions.

Dans quelques mois, ces directeurs généraux devront mettre en place des structures regroupant plusieurs centaines de personnes venues d'horizons divers. Comment mèneront-ils de front leurs diverses missions sans interrompre ou mettre en sommeil des dynamiques que nous avons eu tant de mal à mettre en œuvre ? Je pense notamment à l'hospitalisation à domicile, qui doit tant à un amendement que j'ai fait adopter par le Sénat en projet de loi de financement de la sécurité sociale. J'ai donc déposé des amendements, et notamment le n°249 rectifié qui propose une solution qui ne se traduira pas par une dépossession de compétences dont serait victime l'État ou les ARS. La politique de gestion du risque sera décidée au niveau national, dans le cadre du comité national. La convention d'objectifs et de gestion qui lie les caisses d'assurance maladie précisera les objectifs que l'État fixe aux caisses et permettra de suivre leur exécution.

Une telle solution est cohérente avec les amendements de la commission et facilite la prise en compte de la dimension régionale de la gestion du risque. J'entends que les ARS pourront passer des conventions avec les caisses du régime général, qui pourront, si l'on en croit le secrétaire général du ministère, contenir des dispositions assez larges relatives, par exemple, à la prévention : il y en aurait alors plus de 240... Je note d'ailleurs que si l'on parle de conventions au niveau national, on n'évoque plus que des contrats au niveau régional. Le président About a fait des propositions intéressantes, que j'assortirai de deux sous-amendements ; nous verrons bien si le Gouvernement les accepte.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le titre IV est, aux yeux de la commission, aussi important que le titre I ; il organise au niveau régional l'offre de soins afin d'assurer à nos concitoyens les meilleurs services en santé possible. Nous avons trois exigences : que les ARS déclinent les politiques nationales de santé ; qu'il

n'y ait pas de diarchie de la gestion assurantielle du risque au niveau régional -la commission appellera à voter les amendements de M. About sur le sujet- ; enfin que le médico-social ne soit pas le parent pauvre de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Le texte de la commission et les amendements qu'elle acceptera les satisfont toutes trois.

M. François Autain. – Alors tout le monde est satisfait...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet article 26 est très important. La création des ARS est un choix stratégique dont l'objectif est un meilleur pilotage de notre système de santé ; elle s'inscrit dans un mouvement engagé depuis plusieurs années, qui vise à renforcer le niveau régional, niveau le plus pertinent pour décliner les politiques nationales de santé.

La création des ARS répond à un souci de simplification et de territorialisation ; l'offre de soins régionale sera concentrée entre les mains d'un seul acteur, afin d'améliorer l'accès aux soins et les parcours de soins. Mené depuis Paris, le pilotage échouera ; mené au niveau régional, il pourra réussir. La création des ARS doit aussi responsabiliser les acteurs régionaux du système de santé : il est question ici de démocratie sanitaire.

Conformément à la définition de la santé que donne l'OMS, les ARS auront des compétences larges qui couvriront l'ensemble des secteurs, la santé publique, les soins ambulatoires et hospitaliers, la prise en charge et l'accompagnement médico-sociaux. Elles piloteront les politiques de santé au niveau régional et réguleront le système de santé ; à ce titre, elles définiront et mettront en œuvre, en liaison avec l'assurance maladie et la CNSA, les actions propres à prévenir et gérer le risque assurantiel.

La gouvernance des ARS répondra aux exigences de l'efficacité et de la démocratie. Le choix a été fait d'un exécutif fort et responsable. La démocratie s'incarnera d'abord dans une instance délibérative, le conseil de surveillance, qui a vocation à s'ouvrir aux élus comme aux partenaires sociaux et aux représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce conseil intervient en amont, pour définir les orientations stratégiques, et en aval, pour s'assurer que les actions de l'ARS les respectent. Ce n'est pas un conseil d'administration.

La conférence régionale de santé et de l'autonomie est renouvelée et son périmètre élargi ; c'est l'organe vivant de la démocratie sanitaire, qui pourra s'autosaisir et faire des propositions à l'ARS. Afin d'organiser le travail partenarial, le texte prévoit la création de commissions de coordination des politiques publiques de santé, l'une dédiée à la prévention et l'autre au médico-social. Les responsables politiques, les collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie et les services de l'État y coordonneront leurs actions. La prise en

compte des besoins trouvera enfin sa place au sein de la conférence de territoire.

On ne peut imaginer fédérer les pilotages territoriaux sans décroiser le dispositif au niveau national. Est ainsi créé un conseil national de pilotage des ARS, qui associera représentants de l'État, de l'assurance maladie et de la CNSA, définira les objectifs assignés aux ARS et évaluera leurs résultats. La commission a utilement complété le texte sur ce point.

L'action de l'ARS sera définie dans trois types de documents : le plan stratégique régional de santé, qui fixe priorités et objectifs ; les schémas sectoriels d'organisation, qui déclinent ceux-ci ; et les programmes, qui détaillent les actions à mener. Viendra s'y ajouter le programme régional pluriannuel de gestion du risque. Je suis certaine, monsieur Vasselle, que nous pourrons concilier nos points de vue.

La concertation sera territorialisée au sein de la conférence de territoire et l'action de l'ARS coordonnée avec les autres autorités publiques responsables d'un segment de la politique de santé ou d'une politique sociale complémentaire.

Il y a quelque paradoxe à parler dans la même phrase de privatisation et d'étatisation. MM. Fischer et Chevènement ont évoqué l'Ondam. On peut toujours regretter qu'il soit trop bas, encore faut-il préciser, si on veut l'augmenter, par quels impôts, taxes ou cotisations on y parvient... Lorsqu'il est voté par le Parlement, en tout cas, le rôle de l'administration et de l'assurance maladie est de s'assurer qu'il est respecté.

Ce reproche est curieux !

Vous dites que les directeurs généraux de l'ARS auront des missions importantes. C'est vrai et c'est pourquoi j'apporterai un soin tout particulier à leur recrutement. Ils ne seront d'ailleurs pas seuls, mais entourés par une équipe. Je souhaite que les administrations de l'État et de l'assurance maladie soient représentées au sein de ces directions et y apportent leur expérience et leur culture.

Oui, la politique de santé est une fonction régaliennne. Je l'affirme haut et fort et je n'abdiquerai pas cela ! (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

M. François Autain. – Vous abdiquez devant les médecins !

M. le président. – Amendement n°906, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

Mme Annie David. – Malgré ces propos rassurants, nous demandons la suppression de cet article 26 car nous nous associons aux propos de MM Chevènement et Daudigny et en partie à ceux de M. Vasselle.

Nous sommes favorables à la création des ARS mais profondément opposé à ce que vous en faites. Les décisions les plus importantes seront prises par le seul directeur de l'ARS, c'est-à-dire par le ministère, voire par l'Élysée ; ce directeur sera donc une sorte de superpréfet. Cette soumission au pouvoir étatique cristallise les oppositions car c'est elle qui fait que les partenaires sont méprisés, que les élus sont oubliés, que vous intégrez la gestion du risque dans le champ de compétence des agences régionales de santé.

Si la déclaration d'intention est alléchante, nous n'y croyons guère. Il aurait fallu que vous mettiez en place des mécanismes incontournables d'évaluation des rapports et que la répartition de l'Ondam tienne compte des besoins spécifiques. Au lieu de quoi, vous avez donné la priorité au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur ce projet de loi, ce qui signifie que vous organisez l'offre de soins après avoir intégré les contraintes économiques. Cette impression est confirmée par l'amendement adopté à l'Assemblée nationale selon lequel l'offre de soins est adaptée territorialement, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale.

Une chose est certaine, ce ne seront pas les directeurs des agences régionales de santé, dont la principale mission sera la réduction de la dépense publique, qui viendront vous demander des moyens supplémentaires ! Encore une fois, ce seront les collectivités territoriales et locales qui viendront combler les manques et tenter de réduire les inégalités territoriales et sociales en santé, bref, qui viendront suppléer l'État dans les exigences de solidarité.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous sommes d'accord sur la constance, vous pour supprimer, nous pour nous y opposer !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il y a quelque paradoxe, pour le groupe CRC-SPG, à demander la suppression des ARS, qui figuraient dans le programme d'un candidat qu'il soutenait ! Discutez tant que vous voulez les modalités mais gardez au moins le titre ! (*Exclamations sur les bancs CRC-SPG*)

M. Jean-Pierre Fourcade. – À écouter nos collègues CRC-SPG, on a l'impression que le problème est de distribuer toujours davantage de moyens à des organismes publics caractérisés sans doute par une large concertation mais surtout par le cloisonnement. Or le cloisonnement requiert beaucoup de moyens financiers pour peu de résultats. Il faut donc une politique nationale adaptée aux spécificités locales et décroisées. Avec cet article 26, on sait vraiment, au niveau régional, qui est le responsable ; on intègre tout le secteur médico-social, qui ne va cesser de se développer du fait du vieillissement ; on fait travailler ensemble tous les acteurs de façon continue.

Adopter cet amendement signifierait que le système actuel est parfait et doit être conservé... (*Applaudissements sur plusieurs bancs à droite*)

M. Guy Fischer. – Caricature !

Mme Annie David. – Nous sommes cohérents : nous sommes favorables aux ARS mais refusons qu'elles soient soumises au pouvoir d'un homme seul dans son bureau. Les soins seront mieux organisés si l'on s'y prend au plus près du terrain ; c'est aussi une exigence démocratique.

M. Bernard Cazeau. – Notre position diffère de celle de nos collègues CRC-SPG car nous avons été, il y a une trentaine d'années, parmi les premiers à réfléchir sur les ARS. C'est pourquoi nous ne demandons pas la suppression de l'article ; nous allons seulement tenter de l'infléchir par nos amendements. Si nous n'obtenons pas satisfaction, nous prendrons nos responsabilités sur l'ensemble de l'article.

M. François Autain. – Que les choses soient claires ! Nous ne sommes pas contre les ARS mais contre l'utilisation que le Gouvernement en fait : une structure technocratique dirigée par une sorte de superpréfet. Dans votre projet, les ARS ne seront qu'un agent d'exécution de la politique décidée par le Gouvernement. Nous sommes favorables à des ARS démocratiques.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Gouvernement est désigné démocratiquement, que je sache !

M. François Autain. – Cette structure va donner naissance à un monstre bureaucratique...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous êtes un spécialiste de ce genre de monstres !

M. François Autain. – ...qui ne va réussir qu'à compliquer les choses.

Je souhaite bien du courage à ceux qui vont mettre tout cela en musique.

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

M. François Autain. – Dans deux ou trois ans, nous devons revenir sur cette réforme qui aura révélé ses carences.

M. Guy Fischer. – Avec l'ARS, nous aurons une sorte d'aréopage peu démocratique que nous dénonçons : le conseil de surveillance des ARS sera en effet composé du représentant de l'État mais aussi de personnalités qualifiées, de représentants des caisses de la sécurité sociale et des usagers qui seront nommés selon des critères qui restent à définir.

Pour avoir bien connu M. Ritter, qui fut le directeur des ARH de la région Rhône-Alpes et qui est le père de la réforme, je sais quel est son but : placer à la tête des ARS des directeurs généraux qui seront des sortes de superpréfets sanitaires. Ils ne seront pas désignés parmi des hauts fonctionnaires : ce seront des personnes choisies...

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

M. Guy Fischer. – Je n'en doute pas ! Leur qualité première sera d'atteindre les objectifs fixés. Nous sommes en total désaccord avec cette réforme.

L'amendement n°906 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1248, présenté par le Gouvernement.

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

et de l'autonomie

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

agence régionale de santé et de l'autonomie

par les mots :

agence régionale de santé

et les mots :

agences régionales de santé et de l'autonomie

par les mots :

agences régionales de santé

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je me tourne tout d'abord vers vous, président About, pour obtenir une confirmation : vous avez fait observer, à l'occasion du rejet du sous-amendement n°1277 présenté par M. Autain et visant à transformer les ARS en « agences régionales de la santé et de l'autonomie », que ce vote entraînait automatiquement, par coordination, la substitution, tout au long du texte d'ARS à Arsa.

Pouvez-vous, monsieur le président, me confirmer cette interprétation ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Il s'agissait d'une boutade, mais il est vrai que puisque nous l'avons refusé une fois, nous pouvons poursuivre en ce sens.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous sommes bien d'accord.

Je comprends la volonté du secteur médico-social, secteur impliqué dans la lutte contre la perte de l'autonomie, de voir ses particularités reconnues au sein des ARS. Je partage cette volonté et je tiens à lever toute ambiguïté à ce sujet. Le secteur médico-social sera d'ailleurs le grand gagnant de l'instauration des ARS. Il est bien sûr hors de question de remettre en cause les particularismes de ce secteur qui a tant apporté à nos concitoyens. (*M. Guy Fischer s'exclame*)

Il est hors de question d'annexer le médico-social aux soins, d'appliquer au médico-social les mêmes

logiques de prise en charge des personnes que celles développées au sein du secteur hospitalier.

Il est également hors de question que les ARS « sanitarisent » le médico-social en en faisant la variable d'ajustement des politiques de santé, au profit du secteur des soins. Il est enfin inenvisageable que les crédits affectés au secteur médico-social puissent être affectés à celui des soins. Ce texte comporte d'ailleurs toutes garanties à ce sujet, sous le terme barbare de fongibilité asymétrique.

Sur tous ces points, le projet de loi offre des garanties extrêmement solides. Mais reconnaître et préserver les spécificités du secteur médico-social n'implique pas de perpétuer des cloisonnements qui n'ont plus lieu d'être.

La simple adjonction du terme « et de l'autonomie » à celui de « santé » laisse entendre que la santé et l'autonomie sont deux concepts distincts. Ce serait réduire la santé à la question des soins et de la maladie, ce qui irait à l'inverse de l'objectif même de la réforme.

Les ARS font référence à la santé au sens de l'OMS : « un état de complet bien-être physique, psychique et social », c'est-à-dire non seulement des soins mais aussi de la santé publique, des prises en charge et de l'accompagnement médico-social.

Cette définition, globale, de la santé a pour elle la force de l'évidence. Pourtant, elle ne correspond pas à nos pratiques et à notre organisation, qui restent fondamentalement cloisonnées entre les différents secteurs de la santé.

Voulons-nous créer des ARS pour promouvoir, enfin, une approche globale et multifactorielle de la santé, pour organiser une administration de la santé capable de définir et de conduire une politique globale de santé, ou préférons-nous maintenir notre approche cloisonnée ? Si j'ai bien compris les interventions des uns et des autres, c'est la première solution qui vous agréée.

Si nous choisissons, pour rassurer le secteur médico-social, d'appeler les ARS des Arsa, pourquoi ne pas répondre aussi aux inquiétudes légitimes des acteurs de la prévention et de la sécurité sanitaire qui ne relèvent pas, eux non plus, de la politique de la santé au sens premier. Dans cette période de risque pandémique, la question du risque sanitaire devrait pourtant aussi être mise en exergue dans l'appellation des ARS ! Et que dire de la veille environnementale dont l'importance n'est plus à démontrer tant les menaces environnementales sont de plus en plus prégnantes ? D'ailleurs, avec M. Borloo et Mme Jouanno, nous sommes en train d'élaborer un plan santé-environnement.

Si nous étions logiques, nous devrions donc appeler les ARS des Arsapss, c'est-à-dire des agences régionales des soins, de l'autonomie, de la

prévention et de la sécurité sanitaire » ! (MM. Guy Fischer et Bernard Cazeau s'exclament)

Ainsi, nous satisferions beaucoup de monde, mais nous aurions sans doute perdu la partie car les mots ont un sens. Nous aurions renoncé à surmonter les cloisonnements actuels, renoncé à développer les complémentarités entre les différentes approches, renoncé à partir des besoins de la personne pour l'appréhender dans sa globalité.

Est-ce bien cela que nous voulons ? J'ai cru comprendre que non et que vous préféreriez vous référer à une conception ontologique de l'être humain et de sa santé.

C'est pourquoi je vous propose un amendement qui permet d'en revenir aux agences régionales de santé afin de réaffirmer l'ambition de cette réforme qui consiste à décroisonner nos approches sectorielles de la santé tout en préservant les spécificités qui font toute leur valeur.

M. Alain Milon, rapporteur. – Dans les années 1970, nous avons assisté à une séparation progressive entre la politique de santé et celle consacrée à l'autonomie.

M. Paul Blanc. – La loi de 1975 !

M. Alain Milon, rapporteur. – A l'époque, on parlait des vieux, non des personnes âgées, et le handicap n'était pas pris en compte... Progressivement, le secteur de la santé a prospéré tandis que le médico-social était à la traîne.

En même temps, les personnes âgées sont devenues de plus en plus dépendantes et les personnes handicapées, qui ont été reconnues avec la loi de 1975, vieillissaient et connaissaient des problèmes de santé de plus en plus importants. Il faut consacrer plus d'argent aux établissements qui s'occupent désormais du troisième âge. Il aura donc fallu quelques décennies avant que le secteur médico-social soit considéré comme un secteur important de la santé et qu'il bénéficie des mêmes financements. En ajoutant le terme d'autonomie aux agences régionales de santé, nous ne ferions que raviver les antagonismes entre les deux secteurs et empêcher que le médico-social fasse pleinement partie du secteur des soins. La commission est donc favorable à l'amendement du Gouvernement.

M. Alain Vasselle. – On ne peut qu'acquiescer aux arguments qui viennent d'être développés. Le fil conducteur de ce projet de loi et notre objectif commun, c'est de décroisonner les politiques de santé. Je ne voyais qu'un avantage à l'adjonction du mot « autonomie » au nom des nouvelles agences régionales : c'était de garantir que le budget du secteur médico-social ne servirait pas de variable d'ajustement en fonction des besoins de la politique de soins. Mme la ministre nous a rassurés sur ce point. Mais il ne faudrait pas non plus que la situation inverse se produise ! En tant que rapporteur du budget de

l'assurance maladie, je me dois de veiller à l'équilibre des comptes. Les crédits affectés au secteur médico-social servent déjà, pour une part, à financer des soins.

Le danger est le suivant : si l'on inclut le médico-social dans le domaine de la santé, cela signifie que la prise en compte du cinquième risque ne se justifie pas. Certains, au contraire, souhaitent la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale, dont nous ne voulons pas !

M. Yves Daudigny. – Je partage certains de vos arguments, madame la ministre, mais j'en tire une conclusion opposée. Le projet de créer des agences régionales de santé, clef de voûte de cette réforme, paraît bien mal engagé...

Vous vous acharnez à défaire le travail de la commission, où un consensus s'était pourtant dégagé sur de nombreux points. A quoi sert-il d'examiner en séance le texte de la commission si le Gouvernement rétablit systématiquement le sien ? Cela ne fait que compliquer inutilement nos travaux.

Sans revenir sur la philosophie du projet de loi, la commission a choisi de clarifier le rôle des différents acteurs de santé et de changer la dénomination des futures agences régionales dont le champ d'action inclut le secteur social et médico-social. C'est pour la même raison que les députés avaient modifié le nom des conférences régionales de santé.

Ces dernières, avez-vous dit devant la commission, seront un lieu de concertation alors que les ARS seront des administrations publiques. Quel aveu ! Est-ce donc que les ARS seront mises sous la coupe du directeur général tandis que les élus locaux seront mis à l'écart ? Vous avez aussi argué que l'ajout du terme « autonomie » ferait perdre sa visibilité institutionnelle au secteur médico-social. C'est pour le moins paradoxal !

La mention de la politique d'autonomie n'a pas seulement une valeur symbolique : elle doit se traduire par l'association des acteurs locaux. Vous voulez donner l'image d'un nouveau pilotage à la fois unique et transversal : c'est simpliste et irréaliste. On peut seulement concevoir un pilotage unifié, qui ne mette pas en cause les services de proximité assurés par les élus.

Nous souhaitons donc que soit maintenu le texte de la commission qui, alors même que l'intitulé du projet de loi ne vise que les « patients », prend en compte la transversalité de la politique sanitaire. Oui, madame la ministre, les mots ont un sens, et les personnes en situation de handicap non plus que les personnes âgées ne sont des patients.

M. François Autain. – Les arguments avancés par Mme la ministre pour justifier l'asymétrie entre les conférences régionales de santé et de l'autonomie et les agences régionales de santé ne sont pas convaincants. Si l'amendement du Gouvernement était

adopté, ce que nous ne souhaitons pas, il conviendrait de supprimer aussi la mention de l'autonomie dans le nom des conférences régionales, qui appartiennent au même système que les ARS même si leur rôle est différent.

M. Paul Blanc. – Monsieur Daudigny, on est handicapé ou on ne l'est pas. Après de longs débats, la loi de 2007 a tranché et donné une nouvelle définition du handicap d'où il résulte qu'une personne affectée d'une fracture à la jambe est bien « en situation de handicap » pendant quelque temps mais n'est pas « handicapée ». Ces deux expressions n'ont pas le même sens.

L'intérêt de notre débat, c'est qu'il est retranscrit au *Journal officiel*. Ainsi les associations qui viennent en aide aux handicapés pourront-elles être rassurées par les propos de Mme la ministre qui a garanti la fongibilité asymétrique des crédits. Il faut comprendre leur émotion : l'absence de référence au secteur médico-social leur faisait craindre une diminution de leur financement au profit du secteur sanitaire. J'ai voulu me faire leur porte-parole, mais je voterai l'amendement en toute quiétude. (*Applaudissements à droite*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Merci !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. – Permettez-moi de compléter ce que vient de dire Mme la ministre de la santé.

M. Guy Fischer. – Ce sera nécessaire pour nous convaincre !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Nous partageons le souci de préserver la place du secteur médico-social dans le vaste ensemble de la politique de santé. Ce débat a permis aux parlementaires de se faire l'écho de l'inquiétude des associations. Mais le cloisonnement actuel ne permet plus de répondre, par exemple, aux problèmes des personnes âgées dépendantes, qui vivent de plus en plus longtemps. Il ne faut pas séparer les soins de l'accompagnement médico-social.

Certes, le projet de vie doit rester au cœur des préoccupations dans le domaine médico-social : c'est là ce qui fait sa spécificité, qu'il faudra faire ressortir dans l'organisation des ARS en créant des filières. Prenons l'exemple de la maladie d'Alzheimer : les ARS devront mener des actions de prévention, assurer la prise en charge médicale, mais aussi aider les établissements pour personnes âgées dépendantes (Epad) à créer des unités spécialisées, dont le personnel sera composé à la fois de professionnels de santé et d'acteurs du secteur médico-social.

Cela n'empêchera pas de créer deux pôles au sein des ARS : il reviendra aux directeurs généraux d'en décider. Vous pouvez compter sur Mme Bachelot et moi-même pour faire en sorte que le secteur médico-social ne soit pas dilué dans le vaste ensemble de la

politique de santé et que les ARS agissent en concertation avec les départements.

Le principe de fongibilité asymétrique signifie que les crédits du secteur sanitaire pourront être réaffectés au secteur médico-social, non l'inverse. Le nombre de personnes âgées dépendantes va doubler entre 2005 et 2015 : lorsque des places d'unités de soins de longue durée (USLD) seront transférées vers des Epad, ce n'est pas l'intégralité de l'enveloppe de l'USLD qui sera reversée au secteur médico-social mais la somme correspondant aux moyens nécessaires pour créer une maison de retraite médicalisée : ni plus, ni moins. Nous tiendrons compte du niveau de dépendance des personnes concernées sur la nouvelle grille Pathos.

D'autre part, les innovations dont bénéficieront les appels à projets permettront de progresser dans un certain nombre de domaines, comme la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Conformément à nos engagements, nous avons donc rassuré le champ médico-social qui sera valorisé -avec ses 17milliards d'euros- au sein d'un ensemble global et cohérent, dans l'intérêt des plus fragiles de nos concitoyens : les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. (*Applaudissements à droite*)

L'amendement n°1248 est adopté.

M. le président. – A la demande de la commission, le Sénat examine par priorité l'article L. 1434-11 du code de la santé publique.

Article L. 1434-11 du code

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.

M. le président. – Amendement n°955, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

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

M. François Autain. – La gestion du risque assurantiel ne doit pas entrer dans le champ de compétence des ARS.

Contrairement à ce que prétend le Gouvernement, nous assistons à une prise en main des dépenses de santé par l'État, qui veut mieux les maîtriser, voire les réduire, au mépris des besoins de la population.

C'est la caisse nationale d'assurance maladie qui fixe actuellement les orientations nationales en matière de gestion du risque. Transférer cette compétence aux ARS nous priverait de la compétence et de l'expérience acquise par les agents de l'assurance maladie, tout en réduisant encore la participation des partenaires sociaux, déjà écornée par les réformes introduites depuis 1996. *Exit* également le débat contradictoire entre l'État et l'assurance maladie, déjà réduit à sa plus simple expression.

Cette absorption des risques par les ARS revient à supprimer l'assurance maladie au profit de l'État, ce qui nous ferait aller vers d'un système bismarckien fondé sur les cotisations vers un système à l'anglo-saxonne financé par l'impôt et contrôlé par l'État. L'évolution est peut-être nécessaire, mais le Gouvernement ne l'assume pas.

A l'heure où nos voisins européens distinguent clairement la régulation et l'organisation des soins, notre système d'assurance maladie serait réduit à une tête, son corps ayant été cannibalisé par les ARS.

A quoi servirait la convention prévue à l'article 26 B dès lors que l'Uncam n'aurait pas les moyens de l'appliquer ?

L'État utilise les ARS pour prendre tout le pouvoir. C'est pourquoi nous voulons supprimer l'article.

M. le président. – Amendement identique n°1086, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

M. Bernard Cazeau. – Il a déjà été présenté.

M. le président. – Amendement n°249 rectifié, présenté par MM. Vasselle, Paul Blanc, Mme Desmarescaux, MM. Gilles et Gournac.

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

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

d'assurance maladie complémentaire peuvent être associées à l'élaboration de ces actions.

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

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

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

M. Alain Vasselle. – Cet amendement, qui n'a rien d'original, reprend celui déposé par le rapporteur devant la commission.

Lorsque nous avons dû suspendre la séance à 2 heures du matin pour examiner un sous-amendement du Gouvernement, nous l'avons adopté en commission, tout en précisant que sa rédaction serait revue en séance publique.

J'ai donc repris la proposition du rapporteur, en attendant que nous puissions examiner celles que M. About présentera dans quelques instants.

Souhaitant aboutir à un accord entre le Gouvernement et une majorité des membres de la Haute assemblée, je vous proposerai de préciser certains points de la rédaction suggérée par M. About.

Si j'en crois le Gouvernement, nous n'avons aucun souci à nous faire quant aux programmes régionaux de gestion des risques. Il faudra donc veiller à ce que les directeurs généraux d'ARS appliquent le texte conformément à son esprit, plus important que la lettre. Le décloisonnement ainsi opéré permettra de travailler ensemble au service de l'intérêt général.

M. le président. – Amendement n°956, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

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

« Le volet régional est préparé par les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de l'agence dont la caisse nationale est membre, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans le

respect des dispositions régissant leurs compétences et en fonction des priorités du programme régional de santé.

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

« Le programme est annexé au projet régional de santé.

M. Guy Fischer. – Il faut préserver un volet national, pour assurer la cohérence des volets régionaux.

Or, l'ambiguïté du texte risque de conduire à 22 politiques différentes. Nous ne souhaitons pas créer une agence nationale de santé car nous voulons que les organismes nationaux d'assurance maladie aient l'initiative des actions nationales et régionales.

Au demeurant, l'échelon national est souvent le plus pertinent. Je pense au succès de la campagne incitant au bon usage des antibiotiques : qu'auraient obtenu des actions locales disparates ? De même, que représenteraient des contre-pouvoirs isolés face aux actions publicitaires nationales conduites par les laboratoires pharmaceutiques ?

Comment imaginer une convention nationale qui pourrait être mise en cause par une autorité régionale ?

Alors que l'expérience des directeurs coordonnateurs régionaux a permis d'améliorer les résultats, l'obligation faite à chaque ARS de passer un contrat avec chaque caisse d'assurance maladie émettrait les énergies. Ainsi, l'ARS de Rhône-Alpes devrait passer des conventions avec douze CPAM, six caisses de mutualité sociale agricole et deux organismes du régime social des travailleurs indépendants !

Il vaut mieux négocier avec trois coordonnateurs régionaux chargés d'appliquer les plans nationaux validés par le conseil national de pilotage des ARS.

M. le président. – Amendement n°1010 rectifié, présenté par M. About.

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

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

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

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

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

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

M. Nicolas About. – Cette rédaction en cinq alinéas tend à préciser le mécanisme des programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque de santé.

Le premier alinéa dispose que les actions régionales ajoutent des thèmes régionaux spécifiques aux actions nationales définies par la convention passée entre le ministère et l'Uncam.

En application du deuxième alinéa, ces actions régionales sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'ARS, après une longue concertation avec les représentants de chaque caisse d'assurance maladie ou de régime complémentaire.

En vertu du troisième alinéa, le programme régional est révisé chaque année.

Son intégration dans le projet régional de santé est instituée par l'alinéa 4.

Le dernier alinéa organise la contractualisation du programme régional.

Nous obtenons ainsi un processus clair et cohérent, qu'il ne faut pas modifier.

M. le président. – Sous-amendement n°1336 à l'amendement n°1010 rectifié de M. About, présenté par M. Vasselle.

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

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

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

les directeurs des organismes et services

par les mots :

le représentant au niveau régional de chaque régime

M. Alain Vasselle. – Préciser que ces actions sont élaborées « conjointement » par le directeur général de l'ARS et le représentant régional de l'assurance maladie permettrait d'associer plus étroitement les

deux instances et d'éviter la dyarchie dénoncée par la ministre.

Près de 240 contrats vont être signés : il serait plus simple de confier cette tâche au représentant régional, plutôt qu'au directeur des organismes et services.

M. le président. – Amendement n°250 rectifié, présenté par MM. Vasselle, Paul Blanc, Mme Desmarescaux et MM. Gilles et Gournac.

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

reprend

par les mots :

, pour renforcer

et après les mots :

organisme national

remplacer le mot :

et

par le signe de ponctuation :

,

M. Alain Vasselle. – Avec l'amendement About, cet amendement n'a plus de raison d'être, non plus que mes amendements n°252 rectifié et 251 rectifié.

L'amendement n°252 rectifié est retiré, ainsi que l'amendement n°251 rectifié.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable à l'amendement n°955, identique à l'amendement n°1086 : la gestion des risques ne doit pas échapper à l'ARS.

Je demande le retrait de l'amendement n°249 rectifié au profit de l'amendement n°1010 rectifié ; à défaut, avis défavorable. Même avis sur l'amendement n°956.

L'amendement n°1010 rectifié est le fruit d'un long travail de conciliation au sein de la commission, qui a émis un avis favorable. Le rapporteur, pour sa part, est enthousiaste. Le sous-amendement de M. Vasselle modifie l'esprit du dispositif : retrait, sinon rejet. Enfin, l'amendement n°250 rectifié tombera avec l'adoption de l'amendement n°1010 rectifié.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je me suis longuement expliquée sur le dispositif. Avis défavorable aux amendements identiques n°955 et 1086 ; retrait pour les amendements n°249 rectifié et 250 rectifié.

Je félicite le président About et la commission pour l'amendement n°1010, qui réalise une synthèse admirable, preuve qu'un travail approfondi peut répondre aux inquiétudes et aux observations des uns et des autres. Il était important que les programmes régionaux mettent en œuvre des actions déterminées

au niveau national, tout en prenant en compte les problématiques propres à chaque région : c'est un gage d'efficacité auquel je suis sensible monsieur Vasselle.

Il fallait associer le directeur général de l'ARS et le représentant régional de chaque régime d'assurance maladie. Je vous rejoins complètement sur la contractualisation, qui garantira la responsabilisation de chacun. Je demande la priorité sur cet amendement, auquel je suis très favorable.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Je partage cette position. Le secteur médico-social a trop souffert des effets délétères du cloisonnement. Il faut mettre fin à la dyarchie du service public de la santé, favoriser des approches transversales, conçues en fonction des besoins. Seule une organisation décloisonnée peut y contribuer. L'amendement du président About devrait satisfaire M. Vasselle et répondre aux inquiétudes des uns et des autres.

La priorité, acceptée par la commission, est ordonnée.

M. Alain Vasselle. – Je vois que je suis seul contre tous. (*Dénégations amusées et protestations d'amitié sur de nombreux bancs*)

M. Nicolas About, président de la commission. – Le Pharisien et le Publicain ! (*Sourires*)

M. Alain Vasselle. – Nul doute que le vote en séance publique sera le même qu'en commission. L'amendement About est, à deux mots près, le texte que nous comptons proposer au Gouvernement. N'en déplaise au rapporteur, mon sous-amendement ne faisait que préciser l'amendement, sans le modifier au fond. La ministre a expliqué dans quel esprit le dispositif devait être appliqué ; j'y veillerai, en tant que membre de la commission des affaires sociales et président de la mission d'évaluation et de contrôle. Sous le bénéfice des engagements du Gouvernement, je retire mon sous-amendement.

Le sous-amendement n°1336 est retiré.

M. Bernard Cazeau. – Nous retirons notre amendement n°1086 et nous nous rallions à l'amendement du président About, qui pourrait être mieux écrit (*Protestations sur le banc du Gouvernement*) mais qui rejoint notre philosophie. C'est l'essentiel !

L'amendement n°1086 est retiré.

M. Jacky Le Menn. – Non, M. Vasselle n'est pas seul. Son sous-amendement de précision ne contrevenait pas à l'esprit de l'amendement About.

M. Vasselle apportait une petite touche de précision de nature à emporter l'adhésion des caisses et à désamorcer les réticences.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Nous aurions pu reprendre le sous-amendement car le terme de représentants, plus large, répondait mieux au souhait

des caisses ; mais nous n'avons pas voulu créer de perturbations. Nous soutiendrons l'amendement de la commission.

M. Claude Jeannerot. – Nous avons du reste très largement contribué à sa rédaction ! Il vise à éviter une dyarchie. Je veux cependant attirer votre attention sur une petite incohérence rédactionnelle : si c'est le directeur qui arrête le plan d'action régional, il n'y a pas contractualisation, mais notification d'une décision.

L'amendement n°1010 rectifié est adopté.

Les amendements n°955, 249 rectifié, 956 et 250 rectifié deviennent sans objet.

Article L. 1431-1 du code

« 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.

M. le président. – Amendement n°1038, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Supprimer le quatrième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

M. Yves Daudigny. – l'amendement vise le cinquième et non le quatrième alinéa. Nous ne contestons pas que l'action des ARS doive s'inscrire dans le cadre de l'Ondam. Le rapporteur à l'Assemblée nationale a voulu citer au nombre des missions la lutte contre les inégalités de santé et le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Or, s'il est important de réaffirmer l'importance de la lutte contre l'exclusion, insister sur l'objectif comptable n'est pas utile.

M. Alain Milon, rapporteur. – Votre amendement ne vise pas le bon alinéa. Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pourquoi supprimer la référence à l'Ondam sans toucher au reste ? Je ne perçois pas la logique. L'article du code de la sécurité sociale auquel vous faites référence précise que l'État définit les objectifs de santé publique et garantit l'accès effectif aux soins de tous les assurés sur l'ensemble du territoire. Les caisses contribuent à la mise en œuvre des objectifs de santé définis par l'État. Il n'est pas inutile d'y revenir ! On se réfère sans cesse au pacte de 1945 mais on en oublie trop la substance : la mobilisation de tous les concitoyens en faveur de la santé, par le rapprochement des moyens de l'État et de l'assurance maladie. C'est dans ce cadre qu'interviendront les ARS pour rénover notre action et notre organisation, pour mieux mettre en œuvre ces droits et ces principes qui fondent notre système de santé. Telle est la raison ontologique de mon hostilité à votre amendement.

L'amendement n°1038 est retiré.

M. le président. – Amendement n°907, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

Mme Annie David. – Nous ne voulons pas que les agences régionales soient chargées à la fois du pilotage de l'offre de soins et de la gestion du risque maladie. Comme le suggérait le rapport Bur, rassembler les deux missions dans une même structure pourrait avoir des inconvénients, notamment susciter une « tentation d'étatisation de l'assurance maladie ». Vous l'avez vous-même reconnu, madame la ministre, devant la mission Bur ! Les conflits d'intérêts sont inévitables car la principale mission du directeur d'ARS étant de comprimer les dépenses publiques, il sera tenté de réduire l'offre de soins -et souvenez-vous qu'il peut imposer des fusions.

Le démantèlement de notre protection sociale se poursuit. Par cette fausse régionalisation, vous entendez accaparer des pouvoirs qui ne sont aujourd'hui pas les vôtres. En confiant la gestion du risque aux agences régionales de santé, vous revenez sur le paritarisme : le conseil de la CNAMTS, où siègent les organisations syndicales et patronales ainsi que les représentants d'institutions du domaine de l'assurance maladie, n'aura plus ni pouvoir ni raison d'être. Et vous disposerez librement, par l'intermédiaire des directeurs que vous aurez nommés, d'un pouvoir que nous avons confié pour partie aux partenaires sociaux. C'est une reprise en mains par le pouvoir, aux seules fins d'économies.

M. Alain Milon, rapporteur. – Vos explications sont sans rapport avec l'avant-dernier alinéa, que vise votre amendement. Défavorable.

L'amendement n°907, repoussé par la commission, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1039, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique par les mots :

ainsi que de celles des organismes nationaux d'assurance maladie et de l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

M. Claude Jeannerot. – La nouvelle architecture ne pourra se traduire par une meilleure efficacité si l'ensemble des acteurs ne sont pas en synergie et complémentaires. Cela passe par le respect par tous des compétences respectives des uns et des autres.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'y a aucune raison de craindre que les ARS empièteront sur les compétences de l'État et de l'assurance maladie. Défavorable.

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

L'amendement n°1039 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1037, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

L'agence régionale de santé définit avec les collectivités territoriales et les établissements et agences concernés les modalités précises d'articulation de leurs prérogatives respectives.

M. Yves Daudigny. – L'agence régionale de santé exerce ses compétences « sans préjudice de celles des collectivités territoriales et (de) l'AFS, l'Afssa, l'Afset, le comité national de santé publique et l'agence de biomédecine ». Cette précision est d'importance. Bref, un principe de subsidiarité s'applique, comme le précisait Mme la ministre à l'Assemblée nationale, il « protégera les compétences des collectivités territoriales ». Mais il en va tout autrement de l'articulation entre les politiques existantes.

Il convient de préciser la responsabilité des ARS au regard de l'existence de cette articulation. Compte tenu des lois de décentralisation de mars 1982 et des dispositions de la loi du 13 août 2004, compte tenu, donc, des compétences des collectivités territoriales et de l'État pour le secteur médico-social, il est important que le texte pose le principe de la recherche permanente de la meilleure articulation de ces politiques pour lesquelles les interactions et recoupements sont nombreux.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le chapitre premier de l'article précise déjà les impératifs d'articulation entre l'ARS et les autres acteurs de la santé. Cet amendement est donc inutile. De plus, il laisserait

entendre que la répartition des compétences des uns et des autres peut être définie par eux-mêmes, ce qui n'est pas le cas. Avis défavorable.

*L'amendement n°1037,
repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

Article L. 1431-2 du code

M. le président. – Amendement n°1324, présenté par le Gouvernement.

Dans le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après le mot :

chargées,

insérer les mots :

en déterminant des objectifs et

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement met en cohérence l'article L. 1431-2 avec les missions confiées aux ARS dans la mise en œuvre de la politique de santé nationale. Cet article simplifie utilement un texte très dense mais il reste des points à préciser. Ils le seront dans les différents amendements qui vous seront proposés.

Les agences devront mettre en œuvre les politiques nationales de santé -M. Vasselle sera satisfait- mais il est bon de leur laisser la possibilité de les renforcer ou de les compléter au plan régional. L'amendement permet aux agences de définir des objectifs régionaux de santé, comme le permet la loi d'août 2004.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article L. 1431-2 donne une définition générale des compétences des ARS. Cet amendement relève plutôt du L. 1431-1 et il est inutile de l'introduire ici. Avis défavorable.

M. Bernard Cazeau. – Tout à l'heure, la ministre ne voulait pas de coordination et maintenant, on impose des objectifs ! Cette volonté que le directeur de l'ARS soit partout et dirige tout devient obsessionnelle !

M. Jean Desessard. – Moi aussi, je suis pour la création de ces ARS et j'aurais aimé que M. Vasselle maintienne son amendement...

En matière de précision, madame la ministre, vous en faites trop ! Le texte dit déjà que les agences, dans la mise en œuvre des objectifs de la politique nationale de santé, tiennent compte des spécificités de chaque région. Donc, c'est inutile.

A moins que... à moins qu'il ne s'agisse d'objectifs de résultats !

M. Guy Fischer. – Et voilà !

M. Jean Desessard. – Comme il en existe déjà dans la police.

M. Alain Fouché. – Faux !

M. Jean Desessard. – Alors, tout s'éclaire...
(Applaudissements sur les bancs socialistes)

L'amendement n°1324 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°908, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

et des besoins de la population

Mme Isabelle Pasquet. – L'article 26 décrit les missions des agences régionales de santé et de l'autonomie. Ces missions devraient se fonder sur les besoins de la population. Il n'en est rien. Le traitement comptable et technocratique, qui pointe derrière cette réforme, à partir de ratios nationaux, ne prend pas en compte les réalités de terrain. La maladie ne se répand pas de façon uniforme sur l'ensemble du territoire. La proximité n'a pas le même sens si l'on habite une ville moyenne, une agglomération, la campagne ou la montagne. Il faut donc préciser dans le texte que les agences doivent mettre en œuvre, au niveau régional, des politiques de santé publique définies à partir des besoins de la population.

M. Alain Milon, rapporteur. – « Les spécificités régionales » mentionnées dans l'article L. 1431-2 sont celles qui peuvent avoir des incidences sur la santé et les besoins de la population. Amendement inutile.

*L'amendement n°908,
repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*

M. le président. – Amendement n°1026 rectifié, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

de la santé scolaire

insérer les mots :

, de la santé environnementale

M. Jean Desessard. – J'ai déjà évoqué la nécessité d'avoir une approche globale de la santé au sein des ARS. La santé à l'école et au travail a déjà été intégrée au texte par notre commission. Cependant, la politique de prévention doit marcher sur ses deux pieds : d'une part le dépistage lors des visites médicales à l'école ou au travail, de l'autre la prise en compte des facteurs environnementaux pouvant agir sur la santé.

Nous sommes quotidiennement exposés à plus de 30 000 substances chimiques présentes dans notre environnement. Les problèmes de reproduction, l'obésité, les cancers -du sein et de la prostate pour ne citer que les plus courants-, le diabète, les dysfonctionnements thyroïdiens et les troubles du comportement, toutes ces maladies, en pleine

expansion, sont en lien direct avec la dégradation de notre environnement. Il est indispensable que les ARS se saisissent également de cette question et puissent s'appuyer sur les services compétents dans un souci de coordination avec les autres acteurs de la prévention.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le terme de « santé environnementale » est trop large pour désigner une compétence des agences. Les ARS auront compétence en matière de veille sanitaire et d'événement sanitaire, ce qui peut inclure ce qui a trait à l'environnement. De plus, le schéma régional de prévention fait déjà référence au risque environnemental. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis. Sur le fond, je suis d'accord. Mais la santé environnementale entre déjà dans les compétences des ARS, en raison du renvoi à l'article L. 1411-1 du code qui intègre la santé environnementale dans le champ de la santé publique. Il serait même contre-productif d'adopter cet amendement qui laisserait penser le contraire.

M. Jean Desessard. – Faisons un peu de philosophie...

Mme Isabelle Debré. – Ah non ! (*Sourires*)

M. Jean Desessard. – Certains considèrent qu'un accident de voiture peut être un plus économique, puisqu'il faudra réparer et le véhicule et ses occupants. (*Marques d'agacement à droite*) Nous n'en sommes pas. Les écologistes remettent en cause la notion même de croissance. Pour nous, l'utilisation d'un pesticide qui, au-delà de ses avantages économiques, est à terme une menace pour la santé des agriculteurs et du reste de la population n'est pas un plus pour la croissance ou le niveau de vie. Il faut agir en amont, c'est-à-dire être attentif aux produits qui sont utilisés et à leurs effets.

M. Alain Fouché. – Ce n'est pas un *scoop* !

M. Jean Desessard. – Une vraie politique de santé implique une veille sanitaire sur ces questions. C'est le sens de mon amendement.

L'amendement n°1026 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1020, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le texte a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

Elles organisent

insérer les mots :

, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de santé

M. Yves Daudigny. – Toutes les régions françaises sont dotées depuis les années 1980 d'un observatoire

régional de santé dont la mission est d'améliorer la qualité de l'information sur l'état de santé et les besoins des populations afin d'aider à la décision. Les observatoires recherchent les informations disponibles, les valident et les diffusent. Nous entendons rétablir leur rôle d'appui.

M. Alain Milon, rapporteur. – Outre que l'amendement n'a pas de portée normative, les ARS s'appuieront naturellement sur les observatoires régionaux comme sur les travaux d'autres organismes. Il est vain d'énumérer tous ceux qui coopéreront avec elles.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis. J'aurais pu m'en remettre à la sagesse, tant il est évident que les ARS s'appuieront sur les observatoires régionaux. Mais je ne veux pas être désagréable avec le rapporteur... (*Sourires*)

L'amendement n°1020 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°909, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le troisième alinéa (a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

et environnementaux

Mme Annie David. – Je rejoins les propos de M. Desessard. On sait que les phénomènes environnementaux peuvent avoir des conséquences sur la santé. Il suffit de lire le rapport de l'OMS publié le 13 juin 2007 pour s'en convaincre. On y lit qu'aucun pays n'est à l'abri et que près d'un sixième des maladies pourraient être évitées par une action préventive sur l'environnement. Selon la sous-directrice générale de l'OMS chargée du développement durable, le rapport s'inscrit dans la perspective d'aider les décideurs nationaux à définir des priorités en matière de prévention ; elle note que la mesure de la charge de morbidité de l'insalubrité de l'environnement est une information essentielle pour aider à la décision.

Les ARS doivent donc organiser une veille sanitaire et prendre en compte l'impact de certains événements tels que les accidents industriels.

M. le président. – Amendement n°1019, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

ou environnementaux pouvant porter atteinte à la santé des populations

M. Jean Desessard. – Je fais mien l'excellent plaidoyer de Mme David. Si nous voulons que les ARS aient une vision globale, il est impératif qu'elles s'intéressent à l'impact sur l'environnement de certains produits. Notre environnement n'est pas neutre pour la

santé humaine. Il est possible que demain ces produits soient à l'origine d'un quart ou d'un tiers des maladies ; aux ARS de les détecter pour prévenir.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Retrait. Ces amendements sont satisfaits par l'article qui définit les missions des ARS.

Les amendements n°s 909 et 1019 sont retirés.

M. le président. – Amendement n°1041, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le a) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par les mots :

, y compris dans le champ des risques professionnels

M. Yves Daudigny. – Les ARS auront pour mission de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé, en tenant compte des spécificités de chaque région. Leur mise en place doit traduire un changement profond de vision sur la nature des déterminants de la santé.

L'importance de l'impact des facteurs professionnels sur la santé de la population n'est plus à démontrer. Mais le texte ne va pas assez loin dans la conjugaison des logiques de santé publique et de santé au travail. Rapports et études montrent que serait incomplet un dispositif de veille sanitaire qui n'intégrerait pas la santé au travail, et notamment la surveillance épidémiologique des risques professionnels. Le drame de l'amiante, la multiplication des troubles musculo-squelettiques, des cancers professionnels et des risques psychosociaux ainsi que l'apparition de nouveaux risques imposent que l'État assume son rôle régalien de protection des populations au travail.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les ARS n'ont pas de compétence directe en matière de santé au travail. Le domaine est par ailleurs très large et très spécialisé. Avis défavorable. Le texte prévoit cependant à plusieurs reprises que les agences se coordonneront avec les services de l'État en charge de la santé au travail.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis. L'objectif des auteurs de l'amendement est satisfait par l'article de référence déjà évoqué. L'argumentation développée pour les risques environnementaux vaut ici.

M. Jacky Le Menn. – Je ne comprends pas très bien. Mme la ministre nous dit que notre préoccupation est satisfaite, après que M. le rapporteur nous eût expliqué qu'il n'était pas possible de nous satisfaire...

M. Jean-Pierre Godefroy. – Vous pourriez accepter cet amendement même s'il est redondant car l'ARS aura bien un rôle déterminant à jouer pour la prévention des risques professionnels. Nous avons vu

en Basse-Normandie les effets catastrophiques de l'amiante ; il aurait été bon qu'une instance puisse s'en préoccuper à temps.

L'amendement n°1041 n'est pas adopté.

Les amendements n°s 1042 et 1043 sont retirés.

M. le président. – Amendement n°1326, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans la première phrase du cinquième alinéa (c) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

relevant des compétences de l'État

par les mots :

, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4

II. - Rédiger comme suit la seconde phrase du même alinéa :

Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le travail du rapporteur a conduit à une utile simplification du texte mais certains points doivent être précisés. Il faut d'abord mettre en cohérence l'article L. 1431-2 avec les missions confiées aux ARS en matière de politique de santé nationale, de sécurité sanitaire environnementale, d'organisation et de qualité des soins et de gestion du risque. Il faut aussi, pour la veille et la sécurité sanitaires, indiquer l'article du code auquel se réfère la mission confiée à l'ARS et le contenu exact des tâches qui dans ce domaine relèveront désormais de l'agence. Ces précisions sont importantes pour bien distinguer les tâches de l'ARS de celles des préfets.

Vous écrivez que l'ARS doit « s'assurer » que les contrôles sont effectués. Non, elle le fait par elle-même ! Le personnel concerné tient à ce que ce soit précisé.

*Accepté par la commission,
l'amendement n°1326 est adopté.*

M. le président. – Amendement n°910, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le cinquième alinéa (c) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...) Elles exercent les missions de prévention et de protection de la santé contre les risques liés à l'environnement telles que définies dans l'article L. 1311-1 en tenant compte, notamment, des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'État territorialement compétent. Ces missions sont exercées par l'ensemble des corps techniques spécialisés en santé environnementale tels que mentionnés à l'article

L. 1421-1 et les agents mentionnés à l'article L. 1435-7. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-1, elle établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4.

Mme Isabelle Pasquet. – Nous entendons, bien qu'y étant opposés, tenir compte du transfert du personnel et des moyens dont disposent les Ddass en matière environnementale, que prévoit la circulaire du Premier ministre du 31 décembre 2008. Or, si le projet de loi prévoit bien ce transfert, il ne prévoit rien quant aux compétences. Il ne serait donc pas cohérent de transférer moyens humains et matériels sans permettre aux ARS d'exercer pleinement leurs compétences en la matière.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette circulaire prévoit une mise en cohérence ; il n'est pas utile que la loi dresse un catalogue exhaustif des dispositions qui figurent ailleurs.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La santé environnementale est évidemment une compétence de l'ARS ! Mais il est indispensable que le préfet conserve son pouvoir d'intervention en cas de situation d'exceptionnelle gravité pouvant exiger des mesures d'ordre public. Les compétences relatives du préfet et de l'ARS doivent être bien distinguées : le préfet est l'interlocuteur des collectivités territoriales, des associations, des usagers, en cas de situation grave ; l'ARS a une capacité d'expertise.

Vous souhaitez que ces missions de santé environnementale soient exercées par un personnel ayant qualité pour le faire. Votre souhait est satisfait par le projet de loi, qui ne modifie pas l'article L. 1421-1 qui concerne les fonctions des agents.

L'amendement n°910 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1152 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

Après le cinquième alinéa (c) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Elles conseillent les collectivités territoriales qui souhaitent s'équiper de défibrillateurs cardiaques et établissent une cartographie indicative des défibrillateurs présents sur le territoire régional ;

M. Gilbert Barbier. – Poussées par les sociétés qui les commercialisent, de nombreuses communes se dotent de défibrillateurs cardiaques, en nombre et en emplacement qui ne répondent pas à la nécessité. L'ARS devrait pouvoir les aider à résister à un tel harcèlement.

M. Alain Milon, rapporteur. – On pourrait aussi lui demander de mettre des affiches dans les halls d'immeubles pour inciter à prendre l'escalier plutôt que

l'ascenseur, ou au contraire à en dissuader les cardiaques... Je ne suis vraiment pas favorable à de tels inventaires !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je remercie M. Barbier d'avoir évoqué cette question. J'ai consacré un déplacement ministériel à la promotion des défibrillateurs qui peuvent sauver des vies. J'ai insisté en ce sens auprès des installations sportives, notamment à l'occasion de la coupe du monde de rugby.

D'un autre côté, je vois bien que les collectivités territoriales sont souvent à la recherche de renseignements en la matière, tant pour l'usage de ces instruments que pour la cartographie de leur installation. Le bon niveau d'intervention me semble être plus proche du local que les ARS ; je pense par exemple aux services de secours, aux Samu, aux Sdis. Je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement, au bénéfice d'une étude approfondie pour satisfaire une préoccupation que je partage.

M. Adrien Gouteyron. – Je suis heureux que M. Barbier ait posé cette question. Le fait est que les maires reçoivent beaucoup de demandes en ce sens et qu'ils sont démunis pour y répondre. Il serait déjà utile que vos services leur adressent des brochures pour les conseiller en la matière.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je retiens l'idée.

M. Jean Desessard. – On pourrait sous-amender l'amendement de M. Barbier, qui est effectivement trop précis, pour lui faire dire que l'ARS joue un rôle de conseil auprès des collectivités territoriales.

Ce que nous demandons ici a déjà été fait : l'agence nationale de l'eau a un rôle de conseil. Il n'était donc pas idiot (*sourires*) de prévoir que les ARS aient un rôle de conseil auprès des collectivités.

Enfin, Mme la ministre ne m'a toujours pas répondu sur le centre de Twenké ni sur le montant des honoraires des médecins libéraux dans le coût de fonctionnement des cliniques privées. Heureusement, nous avons la chance de nous voir encore une semaine complète, ce qui lui donnera le temps de me répondre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne me lasse pas de passer mes jours et mes nuits avec M. Desessard (*rires*) à qui je répondrai.

Cet amendement traite de deux sujets : la cartographie, qui doit être abordée au plus près du terrain avec les SAMU et les Sdis, et le bon usage...

M. Adrien Gouteyron. – Le mode d'emploi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...je prends l'engagement que l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé publiera un document simple et accessible.

M. Alain Vasselle. – Une notice d'explication sur le bon usage sera la bienvenue, mais il est surtout urgent qu'une circulaire ministérielle soit adressée aux préfets pour qu'ils disent aux élus quelle est la meilleure façon de faire. Aujourd'hui, c'est l'anarchie la plus complète. Je préside une communauté de communes : un professionnel de santé a réussi à convaincre tous les maires d'acheter un défibrillateur pour les mettre dans les salles polyvalentes. Au cours d'une réunion de mon conseil municipal, on m'a demandé s'il n'y avait pas de danger à utiliser ce type d'appareil. J'étais bien incapable de répondre ! Il nous faut donc disposer rapidement d'une circulaire d'information. Certes, cette mesure n'a pas vocation à figurer dans la loi, mais il est urgent que vous agissiez sur le plan réglementaire, madame la ministre.

M. André Trillard. – Dans l'arrondissement de Saint-Nazaire, toutes les communes mettent en place la cartographie, avec le Samu, le Sdis et les grandes entreprises. Ce qu'a suggéré Mme la ministre est donc en train de se faire.

L'amendement n°1152 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°1034 rectifié, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le dernier alinéa (d) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

éduquer la population à la santé

insérer les mots :

, en s'appuyant en tant que de besoin sur les comités régionaux d'éducation pour la santé,

M. Jean Desessard. – Il convient de développer la politique d'éducation pour la santé pour mieux respecter les libertés et développer la citoyenneté. Les ARS doivent s'appuyer sur les compétences des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, qui sont d'ailleurs reconnus comme pôles de compétence par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il en va des comités régionaux d'éducation pour la santé comme des observatoires régionaux de la santé dont nous avons parlé. Il n'y a pas besoin de légiférer pour permettre aux ARS de travailler avec les structures existantes. Avis défavorable.

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

M. Jean Desessard. – J'aurais préféré que M. le rapporteur me demande le retrait. Ne voulant pas lui faire ce plaisir, je maintiens. (*Sourires*)

L'amendement n°1034 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1036, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le d) du 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un membre de phrase ainsi rédigé :

les actions relatives à la prévention des handicap et de la perte d'autonomie sont arrêtées sur la base de l'expertise du conseil général concerné ;

M. Yves Daudigny. – Les agences régionales de santé doivent s'appuyer sur l'expertise des conseils généraux pour définir les actions de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie. Du fait de leurs compétences, ces collectivités ont en effet une connaissance approfondie de ces domaines.

Il me sera vraisemblablement répondu que cet amendement est en partie satisfait par l'article L. 1434-10, mais nous préférons notre rédaction : il faut que la loi rappelle le rôle joué par les conseils généraux.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons dit en commission que cet amendement devait être retiré car satisfait. Comme M. Daudigny préfère son texte, l'avis ne peut être que défavorable.

L'amendement n°1036, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1044, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le 1° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

«...° De définir et de mettre en œuvre avec les collectivités territoriales concernées, les représentants de l'État dans la région, les organismes de protection sociale, les organisations représentatives des gestionnaires et des usagers, la politique d'action sociale et médico-sociale visée à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles.

M. Claude Jeannerot. – Les ARS ont un champ d'action très large. Puisqu'elles auront en charge la politique d'action sociale et médico-sociale, elles le feront nécessairement en coordination avec tous les partenaires qui interviennent dans l'offre sanitaire et médico-sociale. Il convient donc de le préciser.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons également conclu lors de la réunion de la commission que cet amendement était satisfait. Plusieurs dispositions existantes font en effet référence à la nécessaire coordination entre les ARS et les autres responsables de la politique médico-sociale. Avis défavorable.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Si le projet de loi prévoit d'attribuer à l'ARS une compétence en matière médico-sociale, il n'est pas

envisagé de lui confier une responsabilité quelconque en matière de politique sociale, ce que prévoit cet amendement.

S'agissant de la coordination des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, je partage votre préoccupation : ce projet de loi assure la complémentarité de ces politiques dans le respect des compétences respectives des diverses autorités. Je souhaite donc le retrait de cet amendement.

M. Claude Jeannerot. – Je me range à l'avis de Mme la ministre.

L'amendement n°1044 est retiré.

M. le président. – Amendement n°911, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

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

« 2° De veiller à la satisfaction des besoins en soins et à la prise en charge des besoins médico-sociaux en régulant, orientant et organisant en conséquence l'offre de services de santé et d'en garantir l'efficacité.

Mme Isabelle Pasquet. – Cet article prévoit que les ARS sont chargées de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de service de santé pour répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux. Cette rédaction soumet les besoins en santé à l'offre de soin gérée par l'ARS. Or, les agences régionales doivent d'abord veiller à satisfaire l'offre de soin. Nous proposons donc d'inverser la logique en plaçant au cœur des missions des ARS la recherche de la satisfaction des besoins de la population.

M. François Autain. – Très bien !

L'amendement n°1154 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°1153 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

Au début du premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, remplacer les mots :

De réguler, d'orienter et d'organiser

par les mots :

D'analyser et d'orienter, en concertation avec les professionnels de santé,

M. Gilbert Barbier. – Pour réguler et orienter la politique de santé, il serait difficile de se passer de l'avis des professionnels de santé.

Nous revenons au texte de l'Assemblée nationale.

M. le président. – Amendement n°1045, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le premier alinéa du 2° du texte proposé par cet article pour l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, après les mots :

services médico-sociaux

insérer les mots :

, à lutter contre les inégalités en la matière

M. Claude Jeannerot. – L'ARS doit être la garante de l'accessibilité des soins et des services médico-sociaux, aussi bien au plan géographique qu'au plan financier. Ce doit être pour elle un objectif permanent.

M. Jean Desessard. – Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. – La rédaction de l'amendement n°911, qui inverse celle du projet de loi, nous paraît moins lisible. Avis défavorable.

M. Jean Desessard. – Elle me semble tout à fait lisible ! Il y a une lecture de droite et une autre de gauche !

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait, sinon rejet de l'amendement n°1053 rectifié : le rôle des ARS, comme auparavant des ARH, ne se confine pas à l'analyse de l'offre de soins : ce sont des agences et non des observatoires.

Avis défavorable à l'amendement n°1045 : la lutte contre les inégalités d'accès aux soins figure déjà dans tous les textes auxquels se réfère la rédaction proposée pour l'article L. 1431-1 du code de la santé publique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°911.

En ce qui concerne l'amendement n°1153 rectifié, je ne souhaite pas supprimer le verbe « réguler » qui réfère à l'une des missions essentielles des ARS. En revanche, il me semble intéressant de prévoir que les ARS agissent en concertation avec les professionnels de santé. Je vous propose de rectifier votre amendement pour maintenir les trois verbes inscrits dans le texte actuel et insérer après eux les mots « notamment en concertation avec les professionnels de santé ». (*On se récrie sur divers bancs contre l'insertion de l'adverbe « notamment »*)

M. Gilbert Barbier. – Cette proposition me convient tout à fait : les ARS ont en effet un rôle de régulation. L'essentiel est d'associer les professionnels de santé à leur travail.

M. Alain Milon, rapporteur. – Sagesse sur l'amendement ainsi rectifié.

L'amendement n°911 n'est pas adopté.

M. Gérard Longuet. – L'adjonction de l'adverbe « notamment » me laisse perplexe : elle laisse

entendre que d'autres personnes pourraient être consultées.

M. François Autain. – Je suis de l'avis de M. Longuet : l'adverbe « notamment » est à proscrire. (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat renchérit*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les professionnels de santé ont un rôle primordial, mais non exclusif. Je n'imagine pas que les ARS ne consultent pas également des associations d'usagers, par exemple.

M. Gérard Longuet. – J'ai eu l'explication que je souhaitais.

M. Jean Desessard. – Une fois n'est pas coutume, je me range à l'avis de Mme la ministre. Les ARS, pour anticiper les risques, devront consulter bien d'autres gens que les professionnels de santé. S'il s'agit d'évaluer la dangerosité d'un produit toxique, par exemple, elles devront faire appel à des spécialistes ; s'il s'agit de mener une enquête démographique, à des géographes ou des sociologues... La concertation doit être la plus large possible.

M. Gilbert Barbier. – La proposition de Mme la ministre est judicieuse : les professionnels de santé ne seront pas dans tous les domaines les seuls interlocuteurs des ARS.

L'amendement n°1153 rectifié bis est adopté.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Un « notamment » de plus dans la loi !

L'amendement n°1045 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°79, présenté par M. Beaumont.

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

« (...) Elles garantissent l'accès de tous aux soins ;

M. René Beaumont. – Le nouvel article L. 1431-2 énumère les missions des futures ARS, mais il ne mentionne pas la garantie de l'accès aux soins. L' élu rural que je suis sait que les soins ne sont pas également accessibles sur tout le territoire ; et l'ancien élu sait que certaines personnes rencontrent des difficultés financières pour se soigner.

M. le président. – Amendement identique n°1155 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde, MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

M. Gilbert Barbier. – Cet amendement répond à la même préoccupation que le précédent.

M. Alain Milon, rapporteur. – Malgré l'estime qu'elle porte à leurs auteurs, la commission est défavorable à ces deux amendements, qui créent pour

les ARS une obligation de résultats à laquelle il leur sera bien difficile de satisfaire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'argument juridique de M. le rapporteur est pertinent, même si l'on ne peut qu'être d'accord sur le fond avec les auteurs des amendements. L'ARS a effectivement pour mission d'œuvrer à la réduction des inégalités dans l'accès aux soins. Pour ce faire, elle dispose d'outils comme le projet régional de santé et le schéma régional d'organisation des soins, qui selon la nouvelle rédaction de l'article L. 1434-6 « 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 ». Mais les amendements font une obligation de résultats qui serait un nid à contentieux. Retrait.

M. Alain Vasselle. – Je m'imagine que nos collègues ont déposé ces amendements parce qu'ils avaient la faiblesse de croire que le directeur général de l'ARS, pourvu de pouvoirs très étendus et d'un véritable arsenal de moyens, pourrait résoudre tous les problèmes d'accès aux soins. Peut-être attendons-nous d'eux plus qu'il n'est raisonnable. Il paraît sage de vous suivre, madame la ministre.

M. René Beaumont. – Je retire mon amendement. Sans doute avons-nous été trop optimistes... Mais je prends acte des engagements de Mme la ministre : l'accessibilité des soins figurera bien au nombre des objectifs de l'ARS.

Je le dis amicalement à M. le rapporteur : il ne s'agissait pas pour nous de créer une obligation de résultats mais de fixer un objectif. Je suis donc à demi satisfait.

Les amendements n°s79 et 1155 rectifié sont retirés.

Prochaine séance, lundi 25 mai à 15 heures.

La séance est levée à 18 h 15.

Le Directeur du service du compte rendu analytique :

René-André Fabre

ORDRE DU JOUR

du lundi 25 mai 2009

Séance publique

A QUINZE HEURES ET LE SOIR

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n°290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n°380, 2008-2009).

Texte de la commission (n°381, 2008-2009).

DÉPÔTS

La Présidence a reçu :

- de M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organe central des caisses d'épargne et des banques populaires ; un projet de loi autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République bolivarienne du Venezuela sur l'emploi des personnes à charge des membres des missions officielles ;

- de MM. Yvon Collin, Jean-Michel Baylet, Jean-Pierre Chevènement, Nicolas Alfonsi, Michel Charasse, Mme Anne-Marie Escoffier, M. François Fortassin, Mme Françoise Laborde, MM. Jacques Mézard, Jean Milhau, Jean-Pierre Plancade, Robert Tropeano, Raymond Vall et François Vendasi une proposition de loi rétablissant une circonscription unique pour l'élection des représentants français au Parlement européen ;

- de M. Robert del Picchia une proposition de loi tendant à autoriser la propagande par voie électronique pour les élections des conseillers à l'Assemblée des Français de l'étranger ;

- de M. Xavier Pintat une proposition de loi relative à la sécurisation des réseaux de distribution d'électricité contre les intempéries liées aux changements climatiques ;

- de M. André Vantomme un rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation des amendements aux articles 25 et 26 de la convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux (n°352, 2008-2009) ;

- de M. Jacques Mézard un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi de MM. Daniel Raoul, Jean-Pierre Bel, Edmond Hervé, Marc Daunis, Robert Navarro, Mme Nicole Bonnefoy, MM. Michel Teston, Yannick Bodin, Mme Samia Ghali, MM. Serge Lagache, Thierry Repentin, Jean-Pierre Sueur, Charles Gautier, François Rebsamen, Mmes Bariza Khiari, Christiane Demontès, Odette Herviaux, Jacqueline Chevé, MM. Pierre-Yves Collombat, Yves Daudigny, François Marc, Didier Guillaume, Martial Bourquin, Mmes Nicole Bricq, Maryvonne Blondin, Gisèle Printz, MM. Jean-Luc Fichet, Yannick Botrel, Jean-Marc Todeschini, Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. Bernard Frimat, Roland Courteau, Richard Tuheiaiva, Michel Boutant, Mme Bernadette Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés pour le développement des sociétés publiques locales (n°253, 2008-2009) ;

- de M. Patrice Gélard un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, tendant à modifier l'ordonnance n°58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et à compléter le code de justice administrative (n°373, 2008-2009) ; et un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de résolution présentée par M. Gérard Larcher, président du Sénat, tendant à modifier le Règlement du Sénat pour mettre en œuvre la révision constitutionnelle, conforter le pluralisme sénatorial et rénover les méthodes de travail du Sénat (n°377, 2008-2009) ;

- le texte de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation des amendements aux articles 25 et 26 de la convention sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux (n°352, 2008-2009) ;

- le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi de MM. Daniel Raoul, Jean-Pierre Bel, Edmond Hervé, Marc Daunis, Robert Navarro,

Mme Nicole Bonnefoy, MM. Michel Teston, Yannick Bodin, Mme Samia Ghali, MM. Serge Lagache, Thierry Repentin, Jean-Pierre Sueur, Charles Gautier, François Rebsamen, Mmes Bariza Khiari, Christiane Demontès, Odette Herviaux, Jacqueline Chevé, MM. Pierre-Yves Collombat, Yves Daudigny, François Marc, Didier Guillaume, Martial Bourquin, Mmes Nicole Bricq, Maryvonne Blondin, Gisèle Printz, MM. Jean-Luc Fichet, Yannick Botrel, Jean-Marc Todeschini, Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. Bernard Frimat, Roland Courteau, Richard Tuheiava, Michel Boutant, Mme Bernadette Bourzai et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés pour le développement des sociétés publiques locales (n° 253, 2008-2009) ;

- le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, tendant à modifier l'ordonnance n°58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et à compléter le code de justice administrative ;

- le texte de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de résolution de M. Gérard Larcher, Président du Sénat, tendant à modifier le Règlement du Sénat pour mettre en œuvre la révision constitutionnelle, conforter le pluralisme sénatorial et rénover les méthodes de travail du Sénat (n°377, 2008-2009).