

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des Finances, de l'économie générale et du Plan

Mission d'évaluation et de contrôle

Services départementaux d'incendie et de secours

- Audition de Mme Annie PODEUR, directrice de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé et des sports, et de M. Alexandre PISSAS, président du conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours du Gard.

Jeudi

2 avril 2009

Séance de 11 heures 30

Compte rendu n° 13

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

**Présidence
de M. David Habib,
Président**



M. David Habib, Président. Nous recevons Mme Annie Podeur, directrice de l'Hospitalisation et des soins au ministère de la Santé et des sports, et M. Alexandre Pissas, président du conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) du Gard.

M. Georges Ginesta, Rapporteur. Nous nous intéressons tout particulièrement à la coordination entre les SAMU, les SMUR et les SDIS. Aujourd'hui, du fait de doublons, l'assurance-maladie finance des ambulances en astreinte dans les hôpitaux, qui sont peu utilisées, tandis que les SDIS remplissent des missions qui ne sont pas toujours les leurs. Nous voulons clarifier cela. La philosophie de la mission qui nous a été confiée est celle qui inspire la LOLF : comment faire pour obtenir un meilleur service en dépensant moins ?

M. Alexandre Pissas, président du conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) du Gard. Je suis chirurgien des hôpitaux à Bagnols-sur-Cèze, enseignant à la faculté de médecine de Montpellier et membre de son conseil. J'ai siégé pendant huit ans à la commission médicale d'établissement de l'hôpital où j'exerce. Depuis 1992, je siége à la commission régionale de l'organisation sanitaire et sociale du Languedoc-Roussillon. Depuis 2001, je suis maire d'une commune de 1 900 habitants ; je suis aussi président d'une petite communauté de communes du Gard rhodanien. Je suis conseiller général du canton le plus peuplé du Gard. Le président du conseil général, Damien Alary, m'a confié la présidence de la commission locale d'information des installations nucléaires de Marcoule et celle du SDIS 30. En conséquence, si je suis aujourd'hui « rouge » en tant que président du SDIS 30, je suis aussi « blanc » par ma profession.

Le référentiel commun a été publié au moment où le Président Alary m'a délégué la présidence du SDIS. Lors de sa publication, j'ai été enthousiaste. Mais très vite j'ai un peu déchanté. Voici quelques lignes d'une déclaration que j'ai faite à la Gazette des communes : « le secours à personne dans le Gard relève du désordre organisé. Essayez d'appeler le 15, il est complètement saturé. Heureusement, le référentiel donne la possibilité au SDIS de déclencher les moyens sans plus avoir à attendre que le médecin régulateur donne son autorisation. La reconnaissance du rôle des infirmiers sapeurs-pompiers est également une bonne chose. Le document devrait constituer une base de discussion entre les « blancs » et les « rouges », en faisant une nouvelle part à la coopération. J'espère toutefois qu'il ne s'agit pas d'une manœuvre de l'État pour transférer aux SDIS, aux conseils généraux et aux communes des missions et des dépenses qui incombent à l'assurance-maladie. »

Il ne vous a pas échappé que ce référentiel commun a été discuté entre le 15 et le 18, autrement dit le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur, tandis que les principaux acteurs du 18, mais aussi ses financeurs, l'Assemblée des départements de France et l'Association des maires de France, n'étaient pas présents.

La réaction de mes collègues présidents de SDIS des autres départements, qui pour moitié sont les présidents de conseils généraux eux-mêmes, a été la tentation de rendre à l'État la responsabilité des SDIS. Même si c'est aussi l'état d'esprit du président du conseil général du Gard, je ne pense pas que ce soit forcément la bonne solution : je crains que la prise en charge des SDIS par l'État ne préfigure leur démantèlement progressif et n'aboutisse à leur privatisation.

Je crains que, s'il était mal utilisé, ce référentiel commun ne porte les germes d'un acte III masqué de la décentralisation, aboutissant encore plus à faire peser sur les départements et les communes des charges qui relèvent de l'assurance-maladie.

En revanche, monsieur Ginesta, je partage votre point de vue : le dispositif est un capharnaüm sans visibilité et ses différents acteurs ne s'entendent pas. Dans le Gard, j'ai travaillé à y remédier. J'ai rencontré le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, l'ARH, mon collègue directeur du SAMU du Gard, le directeur du CHU de Nîmes, et finalement le préfet. Dans la discussion de plus d'une heure et demie que j'ai eue avec le directeur de l'ARH, celui-ci a très vite mis le doigt sur la question cruciale : le 18 remplit des missions qui ne sont pas les siennes. Les sapeurs pompiers le font volontiers. Il est même possible que certains membres de services de santé et de secours médical (les 3SM) s'y complaisent : je le sais par expérience, certains collègues médecins des SDIS ont peut-être voulu y créer des sortes de petits SAMU. Cependant les chiffres sont têtus. Dans le Gard, nous disposons d'un centre de traitement d'appels unique (CTAU) ; la lisibilité des demandes est donc totale. Le nombre de missions effectuées par les SDIS par carence des SAMU est impressionnant : 53 652 depuis 2005. Ces données sont incontestables. Pour clarifier la situation, mes prédécesseurs ont passé en 2004 avec le CHU de Nîmes une convention qui n'a jamais été suivie d'effet. Jamais les missions n'ont été requalifiées, jamais les carences ambulancières ni les bilans secouristes n'ont été payés. Depuis 1996, les missions des SDIS sont les incendies, les inondations, les accidents graves sur la voie publique et les détresses vitales. Le reste n'est pas de leur ressort. Alors que, depuis 2003, une enveloppe significative a été dégagée en faveur des ambulances privées afin de mettre fin aux carences ambulancières, jamais le moindre euro n'est allé vers les SDIS, qui accomplissent pourtant le travail qui incombe au 15 et aux ambulances privées.

Cela ne doit cependant pas demeurer un obstacle : une fois le problème réglé, il faudra travailler. Avec le directeur du SAMU du Gard, nous nous sommes demandé comment améliorer les relations et la coordination entre les « blancs » et les « rouges ». Nous avons pensé à des gardes communes, à des relations plus fréquentes. C'est dans cette optique que j'ai souhaité travailler pour le SDIS.

M. David Habib, Président. Votre témoignage est précieux, monsieur le Président.

M. Bernard Derosier, Rapporteur. Monsieur le Président, vous défendez avec passion les SDIS et la relation entre les « blancs » et les « rouges ».

Un élément de votre propos m'a interpellé : le directeur de l'ARH vous aurait exposé que les SDIS remplissent des missions qui ne sont pas les leurs. S'ils le font, c'est pour des raisons de carence, notamment des SAMU ; je comprends mal que l'ARH, en charge du SAMU, vienne leur en faire le reproche. Comment sortir de cette situation ambiguë et insatisfaisante d'un service d'intervention médicale qui ne remplit pas ses missions, amenant les SDIS à s'y substituer ?

M. Alexandre Pissas. Peut-être me suis-je mal exprimé. Je n'ai pas voulu dire que le directeur de l'ARH formulait des reproches contre les pompiers. Il a constaté une situation. Des éléments sont assez graves. Dans notre département le SDIS a prêté, il y a quatre ou cinq ans, un hélicoptère au 15. Des créances ont été envoyées. Elles ont été contestées devant le tribunal administratif par le CHU de Nîmes. Le tribunal administratif l'a débouté. Mes prédécesseurs n'ont pas voulu l'assigner en appel.

Il est heureux que le préfet soit resté le responsable de la sécurité civile. Je ne suis pas favorable à ce que la responsabilité en incombe totalement aux présidents de SDIS, donc aux présidents de conseils généraux. Cela créerait une ambiguïté opérationnelle. Si nous demandons aux pompiers de cesser de remplir les missions qui sortent de leur champ de compétences, quelles seront les conséquences ? De toute façon, du fait de leur proximité avec la population, les pompiers ne sont pas prêts à cet abandon.

L'actuel directeur du CHU de Nîmes, lorsqu'il était directeur du centre hospitalier de Cannes, avait passé une convention avec le président du SDIS, M. Christian Estrosi. Cette convention traitait des questions financières. Cela ne s'est pas fait dans le Gard ; il m'a exposé que ce département était pauvre par rapport aux Alpes-Maritimes. Dans ces conditions, il ne sera pas possible de se diriger vers une coopération sereine, que j'appelle pourtant de mes vœux. Ayant pendant des décennies soigné des patients dans un centre hospitalier général de taille moyenne, je connais l'importance du maillage opérationnel pour les urgences.

Comment pouvons-nous obliger nos amis du 15 à requalifier les actes opérationnels ? Pour moi, la règle de partage est claire : la non hospitalisation du patient amené aux urgences, seul critère intangible qui coupe court à toute confusion : si la personne est hospitalisée, c'est qu'il y avait détresse ; les « rouges » sont donc dans le cadre de leur mission. Si tel n'est le cas, il faut opérer une requalification.

M. Georges Ginesta, Rapporteur. Madame la directrice, aujourd'hui, les doublons entre SAMU, ambulanciers et SDIS créent un excès de dépenses pour nos concitoyens. Comment l'éviter ?

Mme Annie Podeur, directrice de l'Hospitalisation et des soins au ministère de la Santé et des sports. Nous partageons votre préoccupation du bon emploi des deniers publics. La question est complexe. Nous vivons avec un passif ancien. Vous-même, dans votre dernier rapport spécial au nom de la commission des Finances, avez souligné que le référentiel commun élaboré le 25 juin 2008 par le comité quadripartite composé de la direction de la Sécurité civile, de la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, des sapeurs pompiers et des urgentistes refondait les pratiques du secours à personne. L'objectif est bien d'éviter les doublons. Nous avons souhaité clarifier les missions respectives de deux services publics. Les SDIS contribuent au secours à personne, ils n'en sont pas les seuls responsables. Ils n'ont pas non plus le monopole des urgences pré-hospitalières : il faut revenir sur le rôle des ambulanciers.

Quelles sont les avancées du nouveau référentiel ? D'abord, il rappelle la primauté de la régulation médicale exercée par les SAMU, issue de la loi sur l'aide médicale urgente. Ensuite, il améliore les interconnexions des systèmes d'information entre le 18 et le 15. Cela ne justifie pas nécessairement des investissements et des plates-formes communes physiques, d'autres moyens techniques permettant la même efficacité au service des personnes prises en charge. Enfin, il fiabilise et encadre les missions secouristes et les interventions des infirmiers sapeurs pompiers volontaires, dont le nombre s'est fortement accru ces dernières années : sans mettre à mal la possibilité pour ces personnels hospitaliers professionnels de rejoindre les sapeurs pompiers volontaires, la primauté de leur fonction hospitalière doit être reconnue, et un cadre clair fixé à leur volontariat.

Le rôle des transporteurs sanitaires privés, dans l'aide médicale urgente, ne doit pas être nié. C'est la raison pour laquelle, en complément du référentiel élaboré pour les relations entre les SAMU et les SDIS, nous travaillons à un référentiel entre les SAMU et les

transporteurs sanitaires ambulanciers. Nous voulons réussir à finaliser les conventions tripartites. Je sais que les relations n'ont jamais été simples dans le département du Gard. Cependant, de telles conventions ont été conclues dans 75 départements. Une fois les référentiels posés, une bonne articulation du rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers devra être organisée, sous l'égide des SAMU et sous le contrôle des préfets.

Le référentiel a permis d'identifier ce qu'on appelle les « départs réflexes ». Les départs réflexes font partie des missions confiées aux SDIS par la loi. En revanche, dès lors qu'il n'existe pas d'autre possibilité que de les faire intervenir pour des missions qui ne sont plus les leurs, il doit y avoir rétribution à partir des budgets hospitaliers. Le cadre est alors celui de l'aide médicale urgente. Le texte est très clair : l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales dispose que les interventions effectuées par les SDIS à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsqu'elle constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, est à la charge de l'hôpital. Nous voulons limiter les cas de carences ambulancières. Elles conduisent à faire appel aux SDIS pour des missions qui ne sont pas forcément les leurs. Elles ne sont pas non plus sans conséquences sur l'augmentation considérable des budgets des SDIS – qui n'est pas en proportion de celle du nombre de sorties – et sur leur mobilisation très forte pour les secours à personne. Nous avons pour objectif d'éviter ces indisponibilités. Notre intérêt est ainsi d'entretenir de très bonnes relations avec les ambulanciers, de façon à ce qu'ils s'organisent et mettent à niveau leurs véhicules pour la prise en charge des urgences pré-hospitalières.

Il a été dit que les hôpitaux ne paieraient pas nécessairement leurs factures. En réalité, pour le paiement des carences ambulancières, un total de 105,8 millions d'euros ont été notifiés aux ARH, puis aux établissements de 2003 à 2008 : 16,6 millions d'euros en 2003, 19 en 2004, 18,7 en 2005, 20,5 en 2006, 14,2 en 2007 et 16,5 en 2008. En règle générale, tout s'est bien passé. Dans quelques départements ou régions, des contentieux portent en général sur la définition de la carence ambulancière. Le référentiel permet désormais de bannir ce terme : si le cadre est celui du départ réflexe et des missions propres du SDIS, la sortie est à sa charge du SDIS ; lorsque le SDIS n'est pas dans ses missions, il doit être rétribué.

Mais qui va rétribuer *in fine* : l'hôpital ou l'enveloppe ville ? Lorsque les SDIS interviennent dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, il ne s'agit plus d'aide médicale urgente. Avec mon collègue directeur de la Sécurité civile, j'ai proposé une rencontre avec les financeurs – ADF et assurance maladie – pour tenter de régler ces questions. Mais elles ne sont pas les plus nombreuses : pour moi, le référentiel permet d'apurer le passif et de faire disparaître les ambiguïtés quant aux obligations de paiement.

Tandis que le transport et l'astreinte de nuit mettent la prestation d'une garde ambulancière à 300 euros environ, nous payons le déplacement d'un SDIS au tarif de 105 euros, tout simplement parce que cela correspond au coût marginal. Nous n'avons pas à rémunérer l'astreinte des SDIS : fonctionner 24 heures sur 24 fait partie de leur mission. Ce sont la mobilisation du véhicule et les indemnités que nous rétribuons. En revanche lorsque nous payons l'astreinte aux ambulanciers privés, nous finançons un dispositif de garde ambulancière sur un territoire ; nous payons à la fois l'immobilisation du véhicule, son armement, et des salariés privés, y compris les majorations prévues par le droit du travail, sachant que les ambulanciers perçoivent aussi le coût du transport fixé par voie conventionnelle, avec un abattement substantiel de 60 %. Ce dispositif est-il le bon ? Ce n'est pas sûr. Nous travaillons à un modèle économique de financement des transporteurs privés.

En tout cas, au ministère de la Santé, nous avons essayé de clarifier les missions, d'éviter que les SDIS ne soient sollicités dans des champs qui ne sont pas les leurs, de faire en sorte que dans ces cas, ils soient rétribués, et que le dispositif ambulancier puisse répondre à ce pour quoi il est fait, c'est-à-dire ce qui n'est pas un départ réflexe.

M. Charles de Courson. Entre les missions qui relèvent du SDIS, du SAMU et de l'urgence médicale, la limite n'est pas si claire. Lorsque des pompiers interviennent à domicile, y a-t-il toujours urgence ? Dans les discussions entre le ministère chargé de la santé et les collectivités locales, l'écart d'appréciation a pu aller de 1 à 5.

J'ai toujours combattu la théorie du coût marginal. Si on l'appliquait aux hôpitaux, on ne parviendrait plus à les financer : les frais fixes représentent jusqu'à 80 % de leur coût ! Je ne comprends pas l'origine de cette théorie, qui a en pratique abouti à diviser par trois la facture que peuvent présenter les SDIS. Ces activités ne sont pas marginales du tout, par rapport à ce que nous estimons devoir être leur activité. Ils ne les exercent que parce qu'ils sont le dernier service public à fonctionner 24 heures sur 24. Obtenir une ambulance privée un dimanche soir est plus que difficile, sans compter le temps d'intervention : le maillage du territoire par les pompiers étant sans comparaison avec celui des ambulanciers privés, ils interviennent bien plus vite.

Une autre difficulté tient aux « allers-retours » : une personne appelle le 18, qui renvoie au 15 ; faute d'avoir trouvé une ambulance, après une demi-heure de recherche, le 15 se retourne vers le 18. Et, localement, la population en conclut : « mais que font les pompiers ? » En tant que président de conseil d'administration de SDIS, je dois expliquer ce qui s'est passé.

Mme Annie Podeur. Les interventions des SDIS à domicile ne relèvent pas toutes de leurs missions, mais elles ne relèvent pas forcément non plus de l'aide médicale urgente. D'un commun accord, le ministère de la Santé et la direction de la Sécurité civile ont considéré qu'un très grand nombre d'interventions relevaient d'une zone grise. En font notamment partie les sorties destinées au relevage de personnes âgées qui ont fait une chute. Le cadre est alors celui d'une prestation médico-sociale pour laquelle il est fait appel aux pompiers car il n'y a pas d'autre présence. Les opérateurs de téléalarme ne sont en général pas sur place. Cela renvoie à la prestation à domicile. La population vieillit et les chutes sont fréquentes chez celles qui, bien que demeurées chez elles, sont de moins en moins autonomes. Les SDIS sont ainsi beaucoup sollicités, mais ces interventions ne relèvent ni de l'aide médicale urgente, ni de leur mission. Qui doit s'en charger ? Qui doit payer les prestations ? Il ne s'agit pas de soins et cela ne relève donc pas de l'assurance maladie.

M. Charles de Courson. Une personne âgée peut se casser le col du fémur...

Mme Annie Podeur. L'aide médicale urgente intervient normalement sur des cas avérés de prise en charge en soins. La suspicion qu'un soin pourrait être nécessaire ne suffit pas. La régulation médicale doit pouvoir évaluer qu'il s'agit bien d'aide médicale urgente. C'est la raison pour laquelle, sur les plates-formes de régulation, sont présents à la fois des représentants des médecins urgentistes – les régulateurs 24 heures sur 24 –, et, au moins lors des permanences des soins ambulatoires, des régulateurs médecins généralistes pour ce qui ne relève pas de l'aide médicale urgente.

Ces situations ne relèvent du champ d'intervention ni des SDIS, ni de l'aide médicale urgente, mais du médico-social.

M. Charles de Courson. Qui doit payer dans de tels cas ?

Mme Annie Podeur. La loi de décentralisation a confié des responsabilités aux départements pour la prise en charge des personnes âgées, et à l'assurance-maladie pour le soin, avec un financement par l'enveloppe médico-sociale. Mais ces cas ne relèvent ni du champ hospitalier ni de l'aide médicale urgente.

S'agissant du coût marginal, la loi impose aux SDIS des missions de disponibilité permanente auprès de la population. L'organisation des différents centres répond donc à une capacité d'intervention 24 heures sur 24 pour un feu ou un secours à personne. Les hôpitaux aussi sont astreints à cette disponibilité. Cette obligation de permanence des soins hospitaliers leur impose parfois des surcoûts par rapport à des cliniques privées.

La loi confiant ces missions aux SDIS, leur financement est censé les couvrir. Lorsqu'il est fait appel à eux en dehors de ces missions propres, ils doivent être rétribués. Mais au coût complet, alors que les moyens sont là, prêts à être mobilisés, ou au coût marginal ? Lorsque la décision a été prise, un arbitrage a nécessairement été rendu. L'analyse au coût marginal se défend puisque l'on dépense de l'essence, du temps de pompier volontaire, de l'amortissement du véhicule. À ma connaissance, tous ces éléments ont bien été pris en compte lorsque l'arrêté a fixé le montant de la prestation à 105 euros. Dès lors que des obligations légales de permanence existent, le coût complet n'est pas si facile à défendre.

M. Charles de Courson. Lorsque les SDIS interviennent pour des manifestations diverses, à la demande de théâtres par exemple, ils ne facturent pas au coût marginal. Les coûts d'intervention sont élevés.

Mme Annie Podeur. Le dossier est ouvert. Il est possible d'en discuter, mais c'est l'option du coût marginal qui avait été prise. C'est la raison de l'écart entre les 300 euros pour les ambulanciers et les 105 euros pour les SDIS.

Dans les zones rurales, les SDIS, c'est-à-dire les sapeurs pompiers, sont très bien identifiés et la population fait facilement appel à eux. Les transporteurs sanitaires affirmant qu'ils interviennent parfois beaucoup plus rapidement que les pompiers, je n'avancerai pas d'hypothèse sur le temps d'intervention respectif des SDIS et des ambulanciers privés : nous ne disposons pas d'éléments de traçabilité. C'est un des objectifs du référentiel, *via* une mise à niveau des systèmes d'information auprès des SAMU.

Mais vous avez raison, il faut rationaliser l'intervention des SDIS. Il n'est pas possible qu'un centre dénie leur compétence avant de leur demander de nouveau d'intervenir. C'est la raison pour laquelle, à travers le référentiel, nous souhaitons que les ambulanciers puissent s'engager à être disponibles 24 heures sur 24 dans un département. Nous leur avons très clairement exposé que si tel n'était pas le cas, la mission serait confiée aux sapeurs pompiers et qu'ils ne pourraient pas le déplorer ensuite. Nous avons des exigences de qualité.

S'agissant des coûts des SDIS, le développement des services de santé et de secours s'est effectué sans planification et sans recherche de cohérence entre les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR). L'une des avancées du référentiel est aussi de prévoir une coordination entre les deux schémas.

Je ne peux pas imaginer que de jeunes infirmiers puissent faire prévaloir leur mission de sapeur-pompier volontaire aux dépens de leurs obligations professionnelles. Il ne saurait y avoir effet d'éviction et nous souhaitons qu'une convention-cadre nationale fixe les conditions d'emploi de ces infirmiers sapeurs-pompiers volontaires au regard de leur employeur principal hospitalier. Les dispositifs à mobiliser en cas de crise doivent être prévus avec clarté. Tout double compte doit être évité. Que la même personne puisse être comptée à la fois comme sapeur-pompier volontaire et comme infirmier à l'hôpital est impensable : en cas de crise, elle sera à l'hôpital. Nous devons être très vigilants sur l'articulation des dispositifs. Le travail effectué l'an passé a été long et difficile, mais extrêmement fructueux.

M. Alexandre Pissas. Même si je me réjouis de la volonté de madame la directrice de mettre fin au concept de carence ambulancière, je ne partage pas son analyse sur tous les points. Les conventions tripartites existant dans un grand nombre de départements ne sont pas mises en œuvre parce que c'est systématiquement le 15 qui décide de requalifier ou non. Cette question doit être réglée.

Je n'ai aucune hostilité à l'encontre des ambulances privées. Mais chacun sait que la nuit, les week-ends et les jours fériés, c'est le 18 qu'on appelle.

À la question de la véritable définition de l'urgence, une réponse a été amorcée il y a quelques années : l'urgence, c'est l'urgence ressentie. C'est pour cela que nos services d'urgence sont bondés, quoi qu'on fasse en termes de médecine de ville.

J'ai bien compris que l'astreinte des SDIS en elle-même ne doit pas être prise en considération : les pompiers sont en permanence prêts à partir. En revanche, dès lors que l'on mobilise, par exemple, trois pompiers et un véhicule radio médicalisé, le tarif de 105 euros est une misère.

Les parlementaires évoquent la dérive des financements des SDIS en mettant en regard une hausse de 8 % des interventions et de 48 % des dépenses. Mais il faut aussi tenir compte du retard immense des SDIS au moment de la départementalisation. En Allemagne, en Grande-Bretagne, en Autriche, les missions des pompiers sont beaucoup plus restreintes et les dérives financières bien plus importantes. N'oublions pas enfin l'érosion monétaire intervenue depuis 1996.

J'ai été président du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de mon établissement. Des charges sont sans cesse ajoutées pour la qualité des soins et du secours à personne. Ce sont des contraintes de plus en plus difficiles à assumer.

Pour moi, tout ce que l'on peut honnêtement déplorer dans ce référentiel, c'est que les deux ministères dont dépendent le 15 et le 18 n'aient pas associé les financeurs que sont les départements et les communes : les collectivités locales demeureront réticentes tant que l'ADF et l'AMF ne seront pas associées étroitement à la discussion.

M. David Habib, Président. Merci. Sur les comparaisons internationales, la mission disposera des réponses à des questionnaires adressés à plusieurs parlements étrangers. Par ailleurs, au terme de nos travaux sur ce thème, il est clair que nous devons entendre madame la ministre de l'Intérieur ou monsieur le secrétaire d'État chargé des collectivités territoriales.