

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

104^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du jeudi 16 décembre 2021

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



**PREMIER
MINISTRE** Direction de l'information
légale et administrative
*Liberté
Égalité
Fraternité*

<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME ANNIE GENEVARD

1. Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification de l'action publique locale (p. 11931)

DISCUSSION DES ARTICLES (suite) (p. 11931)

Article 31 (précédemment réservé) (p. 11931)

Mme Justine Benin

Mme Hélène Vainqueur-Christophe

Mme Véronique Hammerer

Amendement n° 1262

M. Didier Martin, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé

Amendements n°s 3286, 438, 675, 489, 3093, 3122, 517, 1583, 2208, 3087, 2416, 2209, 2710, 537, 535, 790, 1064, 3088, 3089, 3304, 3224 rectifié, 533 rectifié, 1609, 3090, 2417, 2418, 2419, 3091, 3435, 3471, 2844, 2711, 2744, 2843, 2212, 2713, 1858, 1849, 2714, 3287, 2420

Après l'article 31 (amendements précédemment réservés) (p. 11944)

Amendements n°s 2795 rectifié, 3296, 2218, 539, 2807, 3297, 2207, 2810 rectifié, 2842 rectifié, 3092, 3288, 2811, 3298, 540, 3094, 674

Mme Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales

Amendements n°s 2814, 3299, 2214, 2815, 3300

Article 31 bis AA (précédemment réservé) (p. 11946)

Article 31 bis A (précédemment réservé) (p. 11946)

Amendement n° 3095

Après l'article 31 bis A (amendements précédemment réservés) (p. 11946)

Amendements n°s 588, 100

Sous-amendement n° 3561

Amendement n° 3096

Article 31 bis B (précédemment réservé) (p. 11947)

Amendement n° 2725

Après l'article 31 bis B (amendements précédemment réservés) (p. 11948)

Amendement n° 1327

Article 31 bis (précédemment réservé) (p. 11948)

Après l'article 31 bis (précédemment réservé)

Amendements n°s 1362, 3289

Sous-amendements n°s 3576, 3563

Article 32 (précédemment réservé) (p. 11948)

Amendements n°s 518, 3099, 1363, 1474, 3086, 2422, 3097, 2542, 3098, 3100, 3101, 2423

Article 33 (précédemment réservé) (p. 11950)

Article 34 (précédemment réservé) (p. 11950)

Amendements n°s 541, 3104, 793, 2426

Après l'article 34 (amendements précédemment réservés) (p. 11951)

Amendements n°s 3339, 1324

Article 34 bis A (précédemment réservé) (p. 11951)

Amendement n° 3425

Article 34 bis (précédemment réservé) (p. 11951)

Amendements n°s 2428, 2429, 2430

Article 35 (précédemment réservé) (p. 11952)

Amendements n°s 3305, 2431, 2432, 1264, 1852

Après l'article 35 (amendements précédemment réservés) (p. 11952)

Amendements n°s 3327, 3225

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 11953)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME ANNIE GENEVARD

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

DIFFÉRENCIATION, DÉCENTRALISATION, DÉCONCENTRATION ET SIMPLIFICATION DE L'ACTION PUBLIQUE LOCALE

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (n^{os} 4406, 4721).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

Mme la présidente. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi, s'arrêtant à l'article 31.

Article 31 *(précédemment réservé)*

Mme la présidente. Sur l'article 31, la parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. L'article 31, relatif à la gouvernance des agences régionales de santé (ARS), a fait l'objet d'évolutions depuis le début de la navette parlementaire. Notre groupe s'en réjouit, mais considère qu'il faut aller plus loin. À cette fin, mon collègue Philippe Vigier aura l'occasion de défendre certains amendements. Ceux que je défendrai pour ma part concernent plus spécifiquement les outre-mer, notamment la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Ils visent à rendre cette agence de santé, qui englobe trois territoires aux institutions, fonctionnements et spécificités très différents, plus représentative des populations des territoires et de leurs besoins en matière de soins.

Les amendements que le groupe Démocrates a déposés à l'article 31 tendent à répondre à des enjeux d'efficacité et d'effectivité du parcours de soins sur les trois territoires. Il est impératif d'améliorer la gouvernance de cette agence de santé, car depuis plusieurs années, notamment depuis la

crise de la covid, les failles dans les parcours de soins se sont aggravées, mettant en grande souffrance professionnelle les soignants et les personnels de santé, ainsi que les patients.

Aussi, chers collègues, je souhaite que vous accordiez une attention toute particulière à nos propositions.

Mme la présidente. La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Je tenais à prendre la parole sur cet article pour parler de démocratie sanitaire. La crise sanitaire a en effet révélé pour nos territoires ultramarins, éloignés de l'Hexagone, l'importance des élus locaux dans la gouvernance des politiques sanitaires, surtout dans le déploiement de mesures protectrices pour les populations. Pourtant, malgré nos multiples avertissements, il apparaît encore trop souvent – je parle surtout pour la Guadeloupe – que le dialogue entre les élus et l'ARS reste fortement dégradé.

Face à une fragilisation sans précédent de l'offre de soins, l'inertie parfois trop accommodante de la direction de l'ARS vient déstabiliser encore un peu plus le système de santé local. Les coups portés successivement au comité de gestion des œuvres sociales hospitalières (CGOS), au groupement d'intérêt public - Réseaux et actions de santé publique en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy (GIP-RASPEG), au cyclotron et à l'Établissement français du sang sont autant d'illustrations des effets en cascade des problèmes de gouvernance locale de l'offre de soins.

En ces temps de crise et alors que le nouveau centre hospitalier universitaire (CHU) de Guadeloupe est toujours en reconstruction, il m'apparaît fondamental de faire cesser ces dysfonctionnements et de rétablir la confiance.

L'article 31 transforme la composition et les missions des ARS dans le but d'y faire une plus grande place aux élus locaux. C'est naturellement une bonne évolution, mais nous considérons qu'il faut aller plus loin dans les départements d'outre-mer. Ce sera le sens de l'ensemble des amendements que je défendrai avec mes collègues ultramarins.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Hammerer.

Mme Véronique Hammerer. Nous nous apprêtons à examiner l'article 31, qui modifie la gouvernance des ARS afin de renforcer le poids des élus et d'élargir les missions du conseil de surveillance, futur conseil d'administration. Cet article représente un pas important pour l'amélioration du fonctionnement de notre système de santé sur les territoires, qui ne disposent pas à l'heure actuelle d'une capacité d'influence suffisante sur les orientations de l'agence. Ce texte se situant dans une visée de décentralisation, mais aussi de simplification, nous devons nous efforcer de favoriser la démarche consistant à faire confiance aux collectivités.

En commission des affaires sociales, nous avons décidé de confier au conseil d'administration un nouveau rôle de proposition pour réduire les situations de désertification médicale. Les débats que nous allons aborder nous permettront aussi de renforcer l'information de ce conseil en période d'état d'urgence sanitaire et de modifier la nature des avis qu'il émet sur deux documents essentiels, à savoir le projet régional de santé (PRS) et le schéma régional de santé (SRS). C'est pourquoi nous modifions l'appellation de ce conseil, qui se verra conforté dans ses missions en tant que conseil d'administration. Ses nouvelles compétences lui permettront de garantir une orientation cohérente et une évaluation complète, tout en préservant l'agilité de l'action des ARS, qui connaissent le mieux les infrastructures de santé et les besoins des territoires.

Le renforcement de la place des élus est l'autre enjeu majeur de cet article. Sur ce point, nous avons renforcé le texte initial en ajoutant aux trois vice-présidences initialement prévues une quatrième vice-présidence désignée parmi les représentants des collectivités territoriales. Nous ne pouvons que nous réjouir de l'augmentation du poids des élus au sein des ARS. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1262.

M. Thibault Bazin. Cet amendement du groupe Les Républicains, issu d'un important travail mené par notre collègue Jean-Carles Grelier, entend donner corps à la volonté de donner un rôle plus stratégique au conseil de surveillance des ARS, que traduit sa nouvelle dénomination de « conseil d'administration ». Cependant, un changement de nom ne suffit pas et nous avons donc une proposition à vous faire, monsieur le ministre.

S'inspirant d'un engagement du Ségur de la santé, le projet de loi est censé renforcer la place des élus locaux dans la gouvernance des ARS. Pourtant, il se limite actuellement à leur confier trois vice-présidences, sans que les prérogatives attachées à ce titre soient précisées. C'est pourquoi cet amendement propose une véritable réforme de la gouvernance des ARS en la territorialisant. Répondant à un objectif de transparence et de transversalité, il modifie la composition du conseil d'administration, qui comprendra un collège d'élus régionaux et départementaux, un collège des établissements et des services de santé et médico-sociaux, un collège des personnels, un collège des patients et usagers, et un collège des professionnels de santé – car c'est tous ensemble que nous devons réussir à repenser la politique de santé dans les territoires.

L'ARS demeure un établissement public de l'État, chargé de mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé. Aussi le principe proposé par les sénateurs d'une coprésidence par le préfet de région et le président de région, tout en prenant en compte l'exigence de territorialisation des politiques sanitaires, apparaît-il plus conforme au statut de ces agences et au cadre de partage des responsabilités entre l'État et les collectivités territoriales en matière de santé – nous avons d'ailleurs eu le débat en matière d'éducation cet après-midi.

Cette proposition était déjà formulée par le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale adopté le 16 juin 2021 par la commission des affaires sociales.

Le conseil d'administration disposera d'une compétence générale de droit commun pour régler par ses délibérations les affaires de l'agence. En intégrant en son sein les différentes parties prenantes à la définition des projets régionaux de santé et au fonctionnement de l'agence, cette nouvelle organisation porte l'ambition d'une plus grande démocratie sanitaire et rapproche les agences régionales de santé des territoires et de leurs habitants.

L'amendement propose par ailleurs de soumettre le projet régional de santé à l'approbation formelle du conseil. En effet, ce plan constitue le document stratégique traduisant les orientations de la politique de santé à l'échelon régional à un horizon de cinq à dix ans. Actuellement arrêté par le directeur général de l'ARS, il est soumis pour avis au conseil de surveillance, cet avis n'ayant cependant qu'une portée consultative – cela doit changer.

Il ouvre la possibilité à ce conseil de se saisir de toute question entrant dans le champ de compétences de l'agence. Cette proposition formulée par le rapport de la MECSS du Sénat de 2014 sur les ARS avait été adoptée par le Sénat en 2019, lors de l'examen du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Il prévoit par ailleurs une réelle compétence d'évaluation à l'échelle régionale des politiques menées grâce à un recours plus important aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) – un grand défi auquel nous ferons face ultérieurement, puisque l'examen d'un projet de loi « grand âge et autonomie » a été reporté.

Enfin, il vise à rapprocher les délégations départementales des ARS des collectivités locales et à développer la démocratie sanitaire dans les territoires en introduisant une concertation territoriale avec les associations d'élus.

Mme la présidente. La parole est à M. Didier Martin, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

M. Didier Martin, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales. Au moment d'aborder les amendements portant sur cet article important qu'est l'article 31, je vais donner des explications un peu plus détaillées que celles qui suivront. Votre amendement, monsieur Bazin, procède à une large réécriture des dispositions relatives à la composition et aux missions du futur conseil d'administration des ARS. J'y suis défavorable pour trois raisons. Premièrement, vous modifiez sensiblement l'organisation des collèges et faites disparaître les représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale, ce qui me semble impossible à envisager. Comment soutenir que la présence de l'État ne s'impose pas dans un établissement public de l'État à caractère administratif ?

Vous faites une place aux élus régionaux et départementaux, mais vous excluez les élus communaux sans que l'on sache ce qui justifie ce choix. Ensuite, vous rétablissez le principe de la coprésidence du conseil par le préfet de région et le président du conseil régional, ce qui n'est pas souhaitable, comme j'aurai l'occasion de l'expliquer à l'occasion de l'examen d'un prochain amendement. Vous revenez sur le principe de la désignation de trois vice-présidents parmi les représentants des collectivités territoriales, ce qui ne me semble pas non plus une bonne chose.

Deuxièmement, vous soutenez que le conseil approuve le projet régional de santé, ce que la commission des affaires sociales a jugé inopportun au motif que la mission consistant

à arrêter le PRS ne pouvait échoir qu'au directeur général de l'ARS, compte tenu des prérogatives dont il est investi par la loi.

Troisièmement, enfin, vous introduisez dans les dispositions actuellement prévues dans la partie réglementaire du code de la santé publique des règles relatives à la périodicité des réunions du conseil, par exemple, ce qui a pour effet de brouiller la distinction entre ce qui relève de la loi et ce qui relève du règlement.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. Doter une agence décisionnelle d'une coprésidence n'est jamais une bonne idée, car cela ralentit et rend plus compliquées les décisions qui doivent être prises dans l'urgence – elles ne sont pas rares dans la crise sanitaire que nous traversons. Cela n'est pas dû au fait que les gens ne s'entendent pas, mais la politique de santé en gestion de crise a montré qu'elle était plutôt de nature régaliennne. Cette spécificité est d'ailleurs un atout de la France par rapport aux pays décentralisés, tels que l'Allemagne ou l'Espagne, qui doivent parfois surmonter des divergences très fortes avant de prendre une décision. Ainsi, il aura fallu dix jours à Mme Merkel, encore chancelière à l'époque, avant de pouvoir réunir les présidents des *Länder* allemands pour prendre des mesures permettant de freiner la vague delta qui était en train de monter de façon inquiétante. Je peux vous assurer que, depuis deux ans, personne n'envie aux pays décentralisés cette particularité en matière de politique de santé.

Ensuite, quand bien même on déciderait qu'un élu doit se voir confier la coprésidence – vous avez compris que j'y suis très défavorable –, pourquoi choisir le niveau de la région, puisque ce n'est pas une compétence régionale? Les départements ont une compétence en matière d'EHPAD et de médico-social, mais ils n'ont pas la compétence en matière de santé. Les politiques de santé publique se décident plutôt à l'échelle des villes, des métropoles ou des intercommunalités mais la région, elle, n'a pas de vocation particulière à prendre des décisions en matière de politique de santé.

Ce que porte Jacqueline Gourault avec cette loi 3DS, c'est le renforcement du volet départemental des ARS pour augmenter la proximité, être au cœur des territoires pour décliner les politiques de santé et de santé publique en étant davantage au contact des élus locaux. Ce renforcement, nous le prévoyons d'abord en début de mandat en donnant des emplois fonctionnels aux directeurs départementaux des ARS; ensuite, en mobilisant plus de moyens pour recruter des directeurs départementaux encore plus capés et renforcer l'attractivité de ces métiers très difficiles. Croyez-moi, je les ai presque tous rencontrés sur les territoires et, à chaque fois, l'élu national également présent – député ou sénateur – s'est empressé de m'assurer qu'il avait un bon directeur! Puisque nous n'avons affaire qu'à de bons directeurs, pourquoi devrions-nous envisager de les dessaisir d'une partie de leurs fonctions ou de les placer sous la coupe de préfets qui ne souhaitent aucunement avoir à s'occuper des questions sanitaires en dehors de ce que la loi prévoit déjà? Remercions plutôt les ARS pour leur engagement!

Ce sont autant de raisons de vous donner un avis défavorable. S'y ajoutent les raisons légistiques évoquées à juste titre par le rapporteur et qui tiennent à la rédaction particulière de

cet amendement, mais vous aurez compris que, quelle que soit sa rédaction, sa philosophie même contrevient à ce que nous voulons faire, c'est-à-dire renforcer l'échelon départemental, renforcer la proximité, muscler les capacités d'agir au plus proche des territoires pour la santé de nos concitoyens.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Vous avez raison, monsieur le ministre, de dire que l'échelon régional n'est pas forcément pertinent en matière de santé. S'il y a eu ce parallèle entre les régions et les ARS, dont la compétence est régionale – là est peut-être le problème –, c'est que le niveau décisionnel est le directeur d'ARS et non les délégués territoriaux des ARS. Dans une région taille XXL comme la mienne, on ne va pas traiter les problèmes touchant à la santé dans les Ardennes ou en Champagne en allant chercher des solutions à Mulhouse: il faudrait déjà résoudre les problèmes de Mulhouse! Dans des régions de cette taille, il n'y a pas de mise en réseau ni de cohérence. Du point de vue de la proximité, qui peut être celle du groupement hospitalier de territoire (GHT), le niveau départemental est plus pertinent, d'autant plus qu'en raison des compétences départementales, les coopérations sont quotidiennes entre le conseil départemental et l'ARS dans un certain nombre de domaines.

La question est celle du niveau de décision des ARS à l'échelon départemental. Aujourd'hui, le pouvoir des délégués territoriaux n'est pas exactement le même que celui des directeurs généraux d'ARS: cela pose une vraie question de gouvernance. Je ne suis pas plus convaincu que vous de la pertinence de l'échelon régional, d'autant moins à la lumière de ce que la crise nous a enseigné sur les ARS. Dominique Bussereau...

M. Olivier Véran, ministre. Très bien, Dominique Bussereau!

M. Thibault Bazin. ...l'a dit: sans les collectivités locales et leur organisation sur le terrain, l'État et les ARS auraient été incapables de mener à bien la politique de vaccination et il en a été de même pour la distribution des masques. Objectivement...

M. Olivier Véran, ministre. Vous y croyez?

M. Thibault Bazin. Que ce sont les collectivités locales qui ont permis de décliner la politique de l'État? Ce n'est pas moi qui le dis, c'est Dominique Bussereau. Aujourd'hui, avec quasiment dix-huit mois de recul, on voit que les préfets ont repris la main dans la gestion de la crise parce que les directeurs généraux d'ARS n'étaient pas en mesure d'apporter des solutions pertinentes et efficaces en la matière. Il est apparu clairement que les préfets de département étaient le bon échelon de décision.

M. Thibault Bazin. En dix-huit mois, je n'ai jamais pu prendre contact avec la directrice générale de l'ARS de ma région, en dépit de mes demandes répétées. Cette distance est problématique quand il y a des problèmes de gouvernance locale. Je ne lui jette pas la pierre: c'est très compliqué de faire face aux enjeux de santé dans une région aussi grande, et c'est la raison pour laquelle une gestion de proximité, avec un préfet de département qui est l'interlocuteur habituel des communes, est préférable. Je vous rejoins sur ce point, monsieur le rapporteur, le bloc communal est essentiel du point de vue de la proximité et les élus départementaux y participent aussi.

On voit bien que cette question de la gouvernance des ARS n'est pas réglée. Soit on déconcentre, soit on décentralise, mais déconcentrer au niveau régional, qui est celui des ARS, est insuffisant – nous avons eu ce débat avec Mme la ministre de la cohésion des territoires sur d'autres sujets. Quant à la décentralisation, qui était la promesse portée par la gouvernance de l'ARS, la question est celle du dialogue des élus locaux avec les ARS. Je sais, monsieur le ministre, que vous êtes soucieux des territoires, mais le dialogue est beaucoup plus compliqué avec l'ARS qu'avec un préfet ou un recteur – je parle là de l'échelon régional, et non de la délégation territoriale, qui remplit son rôle d'animation avec les moyens qui lui sont donnés.

C'est pourquoi j'espère que nous pourrions travailler sur ce point d'ici la commission mixte paritaire (CMP). Cela ne suffira peut-être pas pour qu'elle soit conclusive, étant donné les divergences et les lignes rouges qui persistent sur des sujets comme la compétence en matière d'eau et d'assainissement ou de plan local d'urbanisme intercommunal (PLUI) ou encore les éoliennes, mais j'espère que la gouvernance des ARS pourra être précisée par une rédaction qui ne soit ni celle du Gouvernement ni celle du Sénat – vous avez évoqué cette possibilité.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Véran, ministre. Vous avez évoqué d'autres amendements, monsieur le député – et c'est votre droit. Je me permettrai à mon tour d'apporter une réponse globale qui vaudra pour tous les amendements portant sur ce sujet.

À l'occasion du tour de France que j'ai effectué dans le cadre du Ségur de l'investissement, j'ai visité les hôpitaux et les EHPAD de votre circonscription. Je vous rappelle que le Ségur, c'est 19 milliards d'euros pour désendetter, reconstruire, moderniser les hôpitaux et les EHPAD – je l'ai annoncé la semaine dernière. Ce n'est pas le préfet qui est ici à la manœuvre, mais l'ARS.

Depuis sept mois, je m'entretiens avec les élus au travers de visioconférences, notamment avec ceux de la région Grand Est – vous n'y étiez pas ...

M. Thibault Bazin. J'étais là, dans l'hémicycle !

M. Olivier Véran, ministre. Ce n'était pas une attaque – les parlementaires n'étaient pas tous conviés. J'en ai fait une avec les élus de la Haute-Marne il y a deux jours : les parlementaires, les élus locaux, les maires étaient présents. Ce que je veux vous dire, c'est que la concertation a été exemplaire, notamment avec la région Grand Est, et que cela nous a permis de décliner plus de 1 milliard d'euros d'investissements et de désendettement en seulement sept mois de travail, avec un consensus des élus de tous bords politiques.

Le président du conseil départemental de la Haute-Marne m'a dit être tellement satisfait de ce que l'État mettait sur la table et tellement d'accord avec le travail effectué avec l'ARS qu'il allait y ajouter 20 millions d'euros. Quant au président de votre région, il a décidé lui aussi de mettre au pot commun. Il y a quelques années, il aurait été impensable que les collectivités sortent de leur champ de compétence pour amplifier le soutien de l'État aux hôpitaux et aux EHPAD. Si cela est devenu possible, c'est parce que la concertation s'est déroulée dans des conditions exemplaires.

Durant ces deux ans, j'ai posé à tous les préfets que j'ai rencontrés à peu près la même question : « comment ça se passe avec l'ARS ? » Et je me suis systématiquement entendu

répondre : « Je n'ai pas à me plaindre, monsieur le ministre : chez moi, ça se passe très bien, on a un excellent délégué départemental avec lequel on travaille très bien. » « Parfait, c'est formidable, poursuivais-je alors. Pensez-vous, monsieur le préfet, que les missions actuelles du délégué ou du directeur de l'ARS devraient vous revenir ? » Pas un préfet – je dis bien pas un – ne m'a répondu qu'il devrait les récupérer.

La commission d'enquête parlementaire avait demandé au préfet des préfets, le préfet Bouillon, s'il considérait que si les préfets avaient dû gérer la crise sanitaire, les choses se seraient mieux passées.

M. Thibault Bazin. La réponse était dans la question !

M. Olivier Véran, ministre. Sa réponse a été : « surtout pas, et nous sommes très heureux que ce soit les ARS qui l'aient gérée. » En revanche, la loi prévoit qu'en cas de crise sanitaire, l'articulation entre préfets et directions d'ARS se met en branle au service de nos concitoyens. J'ai vu, monsieur le député, des ingénieurs des eaux salariés des ARS qui se sont retrouvés à établir des tableaux Excel pour répartir les doses de vaccin entre les centres de vaccination. Croyez-vous que les préfetures auraient eu les moyens de le faire ?

On reproche souvent à l'ARS d'être un mastodonte administratif désincarné, mais ce sont des femmes et des hommes qui, depuis deux ans, pensent covid en permanence – en même temps qu'ils participent au contrôle bienveillant de la Cour des comptes, qui vérifie que tout est fait dans les règles, et qu'ils continuent à gérer les catastrophes industrielles, la pollution, tout en travaillant avec les élus et en dressant la cartographie des besoins hospitaliers et des EHPAD comme jamais cela n'avait été fait dans notre pays pour que nous puissions déployer le plan d'investissement majeur qu'est le Ségur. Vous allez dire à ces personnes : « écoutez, c'est super sympa ce que vous faites, et personne ne s'en plaint, ni les préfets, ni les élus, mais nous, parlementaires, considérons que c'est plutôt au président de la région de s'en charger » ?

On peut certes avoir des lectures très différentes de la façon dont les collectivités ont participé à la gestion de la crise. Quand j'ai appelé Dominique Bussereau, qui est quelqu'un de très bien, pour lui dire qu'il nous fallait des camions pour acheminer les masques jusqu'au EHPAD, il a donné son accord, mais de là à considérer, monsieur le député, que les collectivités auraient géré la crise sanitaire dans les territoires malgré l'action des ARS, c'est une réécriture de l'histoire qui n'a même pas sa place au Sénat.

Prenons garde, car nos débats sont très suivis. Tout système peut être amélioré ; nous avons d'ailleurs tenu compte des doléances des parlementaires et créé un conseil d'administration. Il est vrai que jusqu'ici, la place des élus au sein du conseil d'administration des ARS était très modeste – vous avez raison sur ce point : c'était tellement peu motivant que les exécutifs n'y envoyaient personne. Le patron de la région n'y participait pas, ni même, ou rarement, celui du département. Nous avons donc instauré quasiment l'équivalent d'une minorité de blocage, ce qui fait qu'un directeur d'ARS ne peut pas faire passer son budget sans l'accord global des élus. Des vice-présidences sont même données à ces derniers.

Quand j'étais parlementaire, je connaissais le nom du directeur général de mon ARS, même si je ne le voyais pas souvent, alors que j'ignorais celui du préfet de région. En

revanche, je connaissais très bien le préfet du département, mais ne confondons pas le préfet du département et le directeur général de l'ARS!

Si vous considérez que la déconcentration des actions de l'État doit être revue à l'aune de la taille des régions, nous faisons le même constat que vous : les régions sont beaucoup trop grandes, et c'est pourquoi nous répartissons les moyens des ARS à l'échelle des départements, pour que les délégués départementaux disposent des moyens et des effectifs nécessaires aux missions de proximité que nous leur avons attribuées. Il ne faut pas casser cette dynamique, qui nous vaut l'admiration de l'étranger pour l'action qu'ils mènent depuis le début de la crise sanitaire.

M. Thibault Bazin. Madame la présidente...

Mme la présidente. Pardon, cher collègue : j'étais perdue dans mes pensées!

M. Rémy Rebeyrotte. Vous pensiez à votre région, madame la présidente!

Mme la présidente. Je réfléchissais intensément à ce que vous disiez, monsieur le ministre, mais la place que j'occupe m'interdit d'en dire davantage! (*Sourires.*)

La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Nous pourrions en débattre pendant des heures tant le sujet est important, monsieur le ministre, mais je n'ai plus que vingt minutes de temps de parole et il reste 450 amendements à examiner.

À vous entendre, on a l'impression que tout va bien. C'est peut-être une question de position hiérarchique qui fait que personne n'ose vous dire les choses, car pour ma part, je n'ai pas les mêmes retours du terrain et mon rôle est de vous rapporter les dysfonctionnements tels que l'absence de réponse de l'ARS aux courriers ou aux appels téléphoniques. Je ne suis pas le seul à le dire : nous sommes un certain nombre de parlementaires, y compris de la majorité, à ne pas avoir de réponses des services de l'État, notamment des niveaux décisionnels. Vous l'avez dit, les délégués territoriaux ont souvent été des animateurs qui ont fait ce qu'ils ont pu ; mais ce n'est pas à leur niveau que la décision se prend, mais à celui des directeurs généraux d'ARS. Je ne leur jette pas la pierre : c'est le cadre qui est disproportionné, mais il ne faut pas non plus tout confondre.

L'idée de l'amendement était de traduire un certain nombre de propositions de la MECSS, à laquelle je sais que vous étiez très attaché quand vous étiez député, telles que la présence d'un beaucoup plus grand nombre d'élus locaux et de représentants des soignants dans la gouvernance. Cela n'empêchera pas l'État ni le directeur général de l'ARS d'être décisionnaires.

(L'amendement n° 1262 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 3286.

M. Philippe Vigier. Monsieur le ministre, mon collègue Thibault Bazin vous a dit tout haut ce que nous sommes très nombreux à penser tout bas : il y a beaucoup de difficultés avec les ARS, inutile de le cacher, et je le dis très librement depuis qu'elles ont été créées. Ce n'est pas votre faute, ce n'est pas vous qui avez créé les ARH – agences régionales de l'hospitalisation – qui sont devenues les ARS.

Je me souviens qu'à l'époque, elles se faisaient appeler « préfets sanitaires » : c'est bizarre, mais elles tenaient à ce nom de préfet.

Évoquer une telle réorganisation peut paraître déplacé alors que nous sommes au cœur d'une pandémie, mais je crois qu'il est important que nous ayons cette discussion si nous voulons faire évoluer les choses. Vous venez d'ailleurs de dire qu'il fallait des structures départementales fortes : c'est ce que je demande.

M. Philippe Vigier. Depuis les dix-huit mois que dure la pandémie, trois préfets et deux directeurs d'ARS se sont succédé dans mon département. Ça marche avec le second, mais ça ne marchait pas du tout avec le premier. C'est d'ailleurs le préfet du département qui est chargé d'exécuter les décisions du Gouvernement. À partir du moment où le délégué de l'ARS a bien voulu coopérer avec nous, les choses se sont bien passées. Vous le savez parfaitement, quand vous allez sur le terrain en tant que ministre, on ne vous dit pas forcément tout, alors que nous avons, nous, des échanges plus directs.

M. Olivier Véran, ministre. C'est gentil!

M. Philippe Vigier. Entendez-vous donc lorsque nous vous disons que les financements des ARS sont attribués dans une opacité totale! Lorsqu'avec Jacqueline Gourault, ici présente, vous nous avez fait l'honneur de venir à Blois présenter le programme d'investissement destiné à la région Centre-Val de Loire, cela a d'ailleurs donné lieu à une belle coquille au sujet de mon établissement de Châteaudun...

Par ailleurs, franchement, la campagne de vaccination a été un combat. Je vous l'ai dit à l'occasion de votre audition : je peux comprendre que l'on passe au vaccin Moderna faute de vaccin Pfizer, je peux tout comprendre, sauf le mail qui vous annonce à vingt et une heures trente que tout changera le lendemain, sans que l'on sache comment l'expliquer aux patients. Le cas s'est présenté dans mon département : cela a été un réel problème. Nous vous demandons que les relations entre les ARS et les élus locaux deviennent plus normales. Il est exact qu'elles se seront améliorées durant ce quinquennat, puisque nous faisons désormais partie du conseil d'administration des hôpitaux, ce qui n'était pas le cas auparavant. Nous arrivons à nous faire tolérer! Or des collègues au sein des ARS leur permettraient de gagner en efficacité.

Mme Gourault ne s'y est pas trompée : l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) est rattachée aux préfets, de même que l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT), parce qu'il y a là un gage d'efficacité. Cette proposition n'est aucunement dirigée contre vous – qui avez d'ailleurs dû, en avril 2020, révoquer le directeur général de l'ARS du Grand Est pour des propos un peu trop en décalage avec la situation. La pandémie a révélé aussi bien des failles que des forces. Elle a mis en évidence la capacité de notre système de santé à former la première ligne, capacité que vous soulignez tous les jours et que vous soutenez à bout de bras : bravo! Quelle que soit notre sensibilité politique, nous nous efforçons d'en faire autant ; reste que l'efficacité doit être au rendez-vous.

Si vous consentez demain à ce que, dans les départements, le préfet constitue la tête de pont avec le délégué départemental, qui sera en mesure de prendre beaucoup plus de décisions, cela me conviendra parfaitement! Seulement, les régions sont trop grandes, vous le savez : regardez la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, l'Auvergne-Rhône-Alpes,

dont vous avez été un élu, monsieur le ministre ! Comment voulez-vous gérer simultanément Figeac et Annecy ? C'est pourquoi je souhaite réellement qu'au nom de l'efficacité, au nom de la lutte contre la suradministration qui s'est installée au fil des ans – nul ne peut dire le contraire – et dont résulte une opacité croissante, nous puissions évoluer. Je ne vous demande pas de le faire tout de suite : la pandémie étant encore devant nous, nous devons nous montrer responsables et raisonnables, comme j'espère l'avoir prouvé en ne déposant qu'un amendement d'appel. En revanche, je vous le dis très sérieusement, il est impossible de laisser subsister le modèle actuel, qui a montré ses limites, qui n'est pas assez démocratique à l'égard des acteurs censés influencer sur les décisions.

Pour finir, je vous renverrai à l'excellent rapport consacré au sujet par deux de nos collègues dans le cadre de la MECSS. J'ai proposé un Printemps de l'évaluation efficace, qui permette de savoir ce que l'on fait. Vos services disposent du budget de la sécurité sociale, plus de 500 milliards d'euros, soit davantage que le budget de la nation : avec de tels moyens, je le répète, nous devons faire évoluer le modèle des ARS, l'adapter, le démocratiser, le rendre plus efficient.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Monsieur Vigier, votre engagement et vos connaissances dans le domaine de la santé sont notoires. M. le ministre vous a déjà largement répondu : je me contenterai donc de souligner certains points.

De même que M. Bazin, vous avez cité la MECSS. Dans le rapport de celle-ci consacré aux ARS, dû à Mme Firmin Le Bodo et M. Grelier, enregistré le 16 juin 2021, je relève ce paragraphe sans équivoque : « Toutefois, il ressort des auditions que la souplesse permise par le statut d'établissement public a été, à de nombreuses reprises, un atout pendant la crise. Ce statut permet plus de réactivité, plus d'agilité, plus d'adaptation aux besoins de chaque territoire. Il permet également de recruter des profils plus variés, source de richesse pour l'administration de l'État. L'autonomie des ARS a également pour vertu de sanctuariser les questions de santé, qui ne peuvent ainsi pas être mises dans la balance, par l'administration de l'État, avec des problématiques sociales, économiques ou même politiques. »

Remettre en cause la double filiation des ARS revient donc à contester une mission régalienne de l'État et la gestion paritaire de l'assurance maladie. Alors même que la territorialisation des politiques de santé est désormais permise, les sujets qui en relèvent doivent rester sanctuarisés, spécifiques, prioritaires. Par conséquent, avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Même avis. Philippe Vigier et moi avons ce débat, au demeurant légitime, depuis un certain nombre d'années ! Je lui ai répondu au sujet du volet départemental ; j'ai également bien entendu qu'il s'agissait d'un amendement d'appel, ce dont je le remercie, car lui-même reconnaît qu'en période de crise sanitaire, alors que tout le monde est jour et nuit sur le pont, le moment serait mal choisi pour expliquer aux intéressés qu'ils doivent revoir de fond en comble leur façon de travailler. Le retour d'expérience de cette crise se poursuit en temps réel : il en résultera des propositions.

Néanmoins, monsieur Vigier, je rejoins totalement vos propos concernant la nécessité de renforcer l'échelon départemental, même s'il y a là une certaine contradiction avec le souhait général d'une désadministration du secteur de la santé, ou du moins d'une répartition des moyens qui permette d'aller, dans les territoires, au plus près des citoyens. Je vous invite donc, lors des prochains exercices budgétaires, à vous rappeler à notre bon souvenir, afin que nous encourageons cette composante.

Quant à M. Bazin, je ne lui ferai pas injure en lui rappelant que nos propos sont écoutés, mais je l'invite à communiquer son adresse électronique ou son numéro de téléphone à son ARS, où l'on me dit le convier très régulièrement, comme tous les autres parlementaires du Grand Est, à des visioconférences sur la gestion de la crise sanitaire, sans qu'il s'y soit jamais montré. (*M. Thibault Bazin proteste.*) Vous n'étiez pas davantage présent lors des quelques déplacements de représentants de l'ARS dans votre beau territoire, notamment à Lunéville.

M. Thibault Bazin. Je n'étais pas invité !

M. Olivier Véran, ministre. C'est pour cela que je crois à un problème de coordonnées : peut-être pourriez-vous, afin de dissiper ce malentendu, prendre contact avec l'ARS ? Il m'a été dit que l'on serait ravi de vous y voir !

Mme la présidente. La parole est à M. Rémy Rebeyrotte.

M. Rémy Rebeyrotte. J'avais déposé un amendement visant à ce que le directeur général d'une ARS soit, si j'ose dire, coiffé par le préfet au titre de ses délégations territoriales. Je l'ai retiré. Vous l'avez dit, monsieur le ministre, nous sommes au cœur de la crise ; de plus, le Premier ministre et vous-même nous avez heureusement annoncé que celle-ci donnerait lieu au moment opportun à un RETEX, un retour d'expérience. Personne ne remet en cause la direction des ARS ! Certaines travaillent on ne peut mieux avec les préfets de région comme de département ; restent les secteurs où, en particulier au début de la crise, ceux-ci ont dû faire face au défaut d'information de la part d'une autre composante de l'État – car l'ARS, c'est encore l'État !

M. Philippe Vigier. Eh oui !

M. Rémy Rebeyrotte. Ces préfets se sont trouvés incapables de nous informer, de nous renseigner, ce qui nous a quelque peu perturbés ; ceux qui ont vécu cette situation sur le terrain s'interrogent. Nous souhaitons donc faire passer le message suivant : il faut absolument que les directeurs généraux se considèrent comme partie intégrante de l'État, et non plus comme un État dans l'État. Je le répète, l'ARS, c'est l'État ! Ajoutons qu'ils doivent travailler avec leurs préfets, afin que l'information soit fluide, que s'établisse une véritable confiance. La même observation vaut d'ailleurs pour les rapports des directeurs généraux avec les élus : la bonne circulation de l'information au sein des territoires constitue un enjeu majeur !

Dans un certain nombre de régions, nous sommes en quête de progrès en la matière, dont je ne doute d'ailleurs pas qu'ils auront lieu. On ne peut se borner à appeler le préfet quand les choses vont mal et qu'il faut aller d'urgence s'occuper de telle ou telle situation qui dégénère ! Encore une fois, il doit exister un travail commun, permanent, un rapport de confiance, une unicité de l'État dans l'intérêt des territoires, des élus et des populations.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Monsieur le ministre, cela fait dix-huit mois que j'ai sollicité un rendez-vous auprès de la direction générale de l'ARS : je n'ai jamais eu de réponse. Cela fait dix-huit mois que mes courriers à cette même direction générale ne reçoivent aucune réponse écrite. Mon délégué territorial m'a reçu, et l'entretien s'est très bien passé, mais il existe des sujets sur lesquels il ne peut rien. Lorsque des représentants de l'ARS sont venus dans ma circonscription, je n'ai pas été invité; j'étais là lors de votre propre visite, au cours de laquelle les échanges ont eu lieu en toute courtoisie républicaine.

M. Olivier Véran, ministre. Encore une fois, ce doit être un problème de mail !

M. Thibault Bazin. Je participe aux visioconférences que vous avez évoquées : on y présente des PowerPoint fort intéressants, à l'échelle régionale, portant sur la méthode, les avancées, l'apurement de la dette des établissements. Tout cela est d'un grand intérêt, je le répète, mais ne nous laisse aucune occasion d'aborder les situations locales. Vous-même avez été député : vous savez qu'il est parfois nécessaire d'évoquer celles-ci. Nous avons parfois eu besoin de développer des coopérations entre médecins et infirmiers, des maisons de répit, sur le fondement de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ; nous avons essuyé des refus.

J'ai discuté à ce sujet avec des collègues : ils m'ont dit rencontrer les mêmes difficultés avec leur ARS. Je ne jette pas la pierre à celles-ci ; peu importe le passé, puisque nous sommes précisément là pour améliorer les choses. Tout ne passera pas par leur conseil de surveillance, devenu conseil d'administration. L'amélioration de leurs relations locales constitue un véritable défi, dont j'espère qu'il nous réunira.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. M. Rebeyrotte déclarait avec un certain enthousiasme que les ARS doivent cesser de se considérer comme un État dans l'État. Je vous le dis très librement : j'ai expérimenté deux directeurs généraux d'ARS. Avec celui qui occupe actuellement le poste, tout fonctionne pour l'instant très bien. Son prédécesseur avait adopté la ligne de conduite suivante : « Je communique si je veux, quand je veux ; je décide comme je veux, quand je veux ; je rudoie quelquefois mes directeurs d'établissement, je leur fais attendre six mois, neuf mois une décision ». C'est aussi notre rôle que de vous faire savoir ce qui se passe !

M. Olivier Véran, ministre. Bien sûr !

M. Philippe Vigier. Il n'est plus tolérable qu'un directeur général décide de fermer une maternité, un service de chirurgie, sans en informer même le préfet. J'entends ce que vous me dites, mais j'ajouterai un dernier exemple, ayant trait à un sujet que vous possédez parfaitement et qui se fait jour quasiment partout sur le territoire national : la désertification médicale. Jacqueline Gourault connaît très bien le sud de l'Eure-et-Loir, où, de deux communes comptant chacune 2 000 habitants et éloignées de deux kilomètres à peine, l'une était considérée comme un désert médical et l'autre non, tout simplement parce que les données dont disposait l'ARS dataient de trois ans. Où sommes-nous donc ? Ce n'est tout de même pas compliqué de savoir ce qui se passe ! Alors que ces classifications sont lourdes de conséquences en matière d'attributions de ressources, d'incitations, de déclenchement de mécanismes, nous avons les plus grandes difficultés à obtenir qu'on nous communique les chiffres et les sources.

Monsieur le ministre, je ne me lasserai pas de répéter que je ne cherche qu'une chose, l'efficacité. Cela m'irait très bien que vous reveniez à l'échelon départemental, où l'on est écouté, où l'on peut avoir une vision précise. Cette technocratie est également ressentie comme telle par des acteurs qui ne le manifestent pas toujours : en tant que parlementaires, nous devons le dire.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Permettez-moi de rappeler quelques chiffres. Les directeurs d'ARS – qu'ils soient directeur général ou délégué départemental – sont des humains comme les autres. Voilà deux ans qu'ils travaillent du matin au soir – je peux en témoigner, ayant passé dix semaines auprès de mon directeur général d'ARS. Combien de centaines d'élus ont-ils à rencontrer ? Combien de dizaines de directeurs de GHT ont-ils à gérer ? Combien de préfets, combien de maires, qui veulent tous leur centre de vaccination pour faire valoir leur action auprès de leurs administrés ? Combien de tâches ont-ils eu à remplir suite, par exemple, à l'écrasement du logiciel de la réserve sanitaire dans le premier mois de la crise ?

Qui a remplacé les professionnels de santé dans les EHPAD, monsieur Vigier ?

M. Philippe Vigier. Moi !

Mme Sereine Mauborgne. Qui a mobilisé 250 personnels de santé en vingt-quatre heures pour renforcer les équipes dans le Grand Est ? Ces gens sont des humains comme vous et moi ! Nous sommes de gros travailleurs. La preuve, à vingt-deux heures quinze, nous sommes encore en train de discuter d'amendements dans cet hémicycle – même si nous ne sommes qu'une vingtaine, 550 d'entre nous n'étant pas là. Ce que je vous dis, monsieur Vigier, c'est qu'il faut aussi considérer les compétences de chacun à l'aune de l'humanité. Depuis des mois, les directeurs des ARS remplissent des missions qui ne sont pas les leurs. Ils constituent des stocks d'oxygène ou de médicaments pour les services de réanimation, livrent les équipements de protection individuelle, se chargent de réceptionner les demandes des uns et des autres... Or à l'impossible, nul n'est tenu. Ils s'occupent à la fois de la prévention, des affaires courantes et de la gestion de la crise. Moi, je leur dis merci et bravo ! *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Puisque vous m'avez cité deux fois, je vais me faire un plaisir de vous répondre, chère collègue. Ce n'est pas à moi que vous allez raconter ce qu'est l'implication dans la gestion de la crise sanitaire ! Venez samedi matin : vous verrez que je passe toute la journée dans mon centre de vaccination. J'y ai passé de nombreuses heures et je n'ai pas de leçons à recevoir.

Je ne parle pas, chère collègue, de ce qui s'est passé au cours des deux dernières années, mais au cours des années précédentes. Vous considérez que c'est parfait, c'est votre responsabilité.

Mme Sereine Mauborgne. Je ne dis pas ça !

M. Philippe Vigier. Pardonnez-moi, je m'exprime. Ce que je dis est factuel. Si vous ne me croyez pas, je vous apporterai des preuves. Je répète, monsieur le ministre, qu'il s'agit d'un amendement d'appel et qu'il n'y a donc pas de sujet. Je vous demande en revanche de prendre l'engagement de réfléchir à

une réorganisation, une fois que la pandémie sera derrière nous, car on voit bien qu'il y a des dysfonctionnements. Vous n'avez pas relevé mes propos, tout à l'heure, lorsque j'ai évoqué le fait que vous aviez relevé de ses fonctions le directeur général de l'ARS du Grand Est et que j'ai souligné qu'il s'agissait d'un acte fort. Des dysfonctionnements s'étaient en effet produits. Il arrive de la même façon que des préfets soient limogés quand certaines choses ne vont pas. *(M. le ministre s'exclame.)*

Avoir la chance d'être directeur général d'une ARS, d'être préfet de région, de représenter l'État implique, me semble-t-il, un certain dévouement. C'est ainsi; on en accepte la charge et l'augure. Je ne jette absolument pas l'opprobre sur ceux qui ont travaillé. Étant moi-même soignant, je n'ai aucune leçon à recevoir. Je dis les choses très simplement et lorsque je demande de l'efficacité, je ne demande rien d'autre. Je ne vais pas raconter ici la façon dont, en souffrance, en plein mois d'août, j'ai dû rouvrir en trois semaines un centre de vaccination, que Brigitte Bourguignon est ensuite venue inaugurer. Nous nous sommes mobilisés pour y arriver et avons atteint 1 400 vaccinations par jour. Il n'y a donc pas de sujet, chère collègue – pas plus que sur la réserve sanitaire, une question que je connais un peu également. Acceptez que l'on puisse dire que certaines choses ne se passent pas très bien. Si l'on ne peut rien dire, comme disait quelqu'un, c'est qu'on ne pense plus rien! *(Mme Justine Benin applaudit.)*

(L'amendement n° 3286 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 438.

M. Philippe Vigier. Je l'ai déjà défendu tout à l'heure. Le ministre ayant fait preuve d'ouverture, peut-être voudra-t-il continuer en ce sens en renforçant les responsabilités confiées aux délégués départementaux de l'ARS? J'espère qu'ainsi, ces derniers ne seront plus suspendus aux décisions de leurs directeurs généraux aussi longtemps que cela arrive parfois aujourd'hui. C'est un amendement d'efficacité, visant à rendre les ARS plus opérationnelles: pour moi, la santé, c'est essentiel!

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Vous proposez d'inscrire dans la loi, monsieur Vigier, les missions des délégations départementales. Permettez-moi de vous rappeler que le Conseil constitutionnel a jugé, dans une décision du 19 novembre 2015, que le principe même de l'existence des délégations départementales des ARS revêtait un caractère réglementaire. Je pense, à titre personnel, que le fait de rigidifier le système en énumérant toutes les missions des délégations départementales nous exposerait au risque d'en oublier certaines et, surtout, ne permettrait pas l'adaptation territoire par territoire, département par département, des missions que la direction régionale jugerait utile de confier à une délégation départementale. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

M. Olivier Véran, ministre. Demande de retrait ou avis défavorable.

(L'amendement n° 438 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 675 de M. Jean-Pierre Cubertafofon est défendu.

(L'amendement n° 675, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Stéphanie Kerbarh, pour soutenir l'amendement n° 489.

Mme Stéphanie Kerbarh. Pour améliorer la coordination entre les différents acteurs de la santé et du secteur médico-social au niveau départemental, cet amendement propose que le délégué départemental de l'ARS présente chaque année un bilan d'activité au président du conseil départemental, de même que le préfet de département présente un rapport d'activité des services de l'État. Certes, l'article L. 1434-15 du code de la santé publique prévoit qu'au moins une fois par an, les élus soient concertés sur l'organisation territoriale par le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'ARS. Au-delà de la concertation, nous proposons la transmission et la présentation d'un rapport d'activité de la délégation départementale. Cela s'impose compte tenu de l'imbrication des différentes politiques médico-sociales et de la volonté, au travers de ce projet de loi, d'asseoir la participation du département à la sécurité sanitaire territoriale. Cet amendement a reçu un avis favorable de la commission.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Vous proposez, madame Kerbarh, que le délégué départemental présente chaque année le bilan de ses activités au président du conseil départemental. Cela favorisera l'échange d'informations et le dialogue: j'émet donc un avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

M. Olivier Véran, ministre. Avis d'autant plus favorable que c'est déjà le cas.

(L'amendement n° 489 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 3093.

M. Joël Aviragnet. Il propose qu'en cas d'état d'urgence sanitaire, le directeur général de l'ARS rende compte tous les quinze jours devant le conseil d'administration de l'agence. L'un des enseignements de la crise sanitaire documenté dans le rapport d'information présenté par Agnès Firmin Le Bodo et Jean-Carles Grelier réside en effet dans le caractère perfectible de la coordination entre ARS, collectivités territoriales, offreurs de soins en ville et à l'hôpital et patients, etc. Le rapport souligne que cette coordination pourrait être améliorée si un conseil de crise sanitaire était créé au niveau de chaque ARS, avec l'obligation pour le directeur général de rendre compte devant son conseil d'administration de sa stratégie et des moyens associés. Ce pilotage collectif permettrait une meilleure gestion des crises sanitaires. Nous proposons en l'occurrence une fréquence bimensuelle.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je comprends votre préoccupation et la partage, monsieur Aviragnet. Je préfère néanmoins l'amendement à venir n° 3122 de M. Rebeyrotte et vous propose donc de retirer le vôtre. Nous partageons votre avis quant à l'information que le conseil d'administration doit recevoir en cas de crise sanitaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Retirez-vous votre amendement, monsieur Aviragnet ?

M. Joël Aviragnet. Oui, car l'important est que la disposition soit prise. Que l'amendement soit celui de M. Rebeyrotte ou le mien, peu importe.

(L'amendement n° 3093 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Rémy Rebeyrotte, pour soutenir l'amendement n° 3122.

M. Rémy Rebeyrotte. Il prévoit que le conseil d'administration de l'ARS donne un avis motivé sur le schéma régional d'organisation sanitaire et le projet régional de santé. Nous proposons aussi qu'en période d'état d'urgence sanitaire, il se réunisse au moins une fois par mois pour se tenir informé de l'évolution de la situation et des décisions prises par la direction de l'ARS. Autrement dit, cet amendement vise – comme vous le souhaitez, monsieur le ministre – à conforter le conseil d'administration.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. L'information du conseil d'administration en cas de crise sanitaire paraît tout à fait utile. Avis favorable.

(L'amendement n° 3122, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques, n° 517, 1583, 2208 et 3087.

La parole est à Mme Stéphanie Kerbarh, pour soutenir l'amendement n° 517.

Mme Stéphanie Kerbarh. Je le qualifierais presque de rédactionnel. Il a pour objet de rétablir une disposition adoptée en première lecture au Sénat, visant à assurer un juste équilibre dans la composition du conseil d'administration des ARS. Sans limite de nombre, les membres de celui-ci seraient ainsi issus, de façon égalitaire, des quatre collèges : représentants de l'État, membres des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie, représentants des collectivités territoriales et représentants des usagers.

Supprimée en commission des affaires sociales au motif qu'elle relèverait plutôt du domaine réglementaire, mais aussi pour préserver des possibilités d'ajustement, cette mesure tend simplement à garantir une meilleure représentation des différentes parties prenantes de la politique de santé à l'échelle régionale. Elle vise aussi à accroître la démocratie sanitaire dans les territoires en supprimant la possibilité de pondérer les voix, au sein des conseils de surveillance des ARS, au profit des représentants de l'État. Même si la politique sanitaire est une compétence de l'État, les crises sociales et sanitaires dont la France a souffert ces dernières années ont mis en évidence le besoin criant de recréer du lien au niveau local. Il est donc primordial de créer un système paritaire entre l'État et les collectivités locales pour faciliter le dialogue et la recherche de consensus sur le plan local.

Mme la présidente. La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1583.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Il prévoit une représentation à parts égales des différentes catégories de membres des conseils d'administration des ARS : représentants de l'État, des organismes locaux d'assurance maladie, des collectivités territoriales et des patients, personnes âgées ou personnes en situation de handicap.

Mme la présidente. Les amendements identiques n° 2208 de M. Max Mathiasin et 3087 de M. Joël Aviragnet sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Ces amendements identiques proposent que l'on inscrive dans la loi la composition chiffrée des différents collèges du conseil d'administration des ARS. La commission des affaires sociales a supprimé du texte cette précision introduite par le Sénat. Il n'apparaît pas souhaitable d'en faire mention dans la loi. Je prends acte par ailleurs de l'engagement du Gouvernement d'assurer, dans le décret qui sera publié, un équilibre entre les différentes composantes du conseil d'administration. Laissons faire le Gouvernement : avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 517, 1583, 2208 et 3087, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2416 de M. le rapporteur pour avis est rédactionnel.

(L'amendement n° 2416, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 2209 et 2710.

La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n° 2209.

Mme Justine Benin. Il vise à instaurer une composition plus équilibrée du conseil d'administration des ARS en attribuant un tiers des sièges aux élus qui représentent les collectivités ou leurs groupements. La crise du covid-19 a démontré, une fois encore, l'importance du rôle des élus, leur connaissance du terrain et la nécessité de faire bénéficier les ARS de leur expérience. Il serait donc très utile, pour le bon fonctionnement et le renforcement de l'efficacité de ces dernières, de réserver une part plus importante aux élus au sein du conseil d'administration.

Mme la présidente. L'amendement n° 2710 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je ne suis pas favorable à ce que l'on modifie le nombre de membres siégeant dans les différents collèges des conseils. Je ne suis pas favorable non plus à ce que l'on inscrive dans la loi une disposition de ce type, car le détail des règles relatives à la composition des conseils d'administration et à la pondération des voix relève du règlement. Par ailleurs, ces amendements ne disent rien de la part réservée aux autres membres du conseil. J'émetts donc un avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 2209 et 2710, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Stéphanie Kerbarh, pour soutenir l'amendement n° 537.

Mme Stéphanie Kerbarh. Afin de mieux prendre en compte la diversité des territoires et d'assurer la représentation des territoires ruraux dans les instances de gouvernance des ARS, cet amendement vise à inscrire dans la loi, en complétant l'alinéa 9, qu'un représentant des communes de moins de 3 500 habitants siège au sein du conseil d'administration des ARS. En effet, les territoires ruraux sont particulièrement touchés par la désertification médicale, ce qui renforce les inégalités territoriales en matière d'accès à la santé. La multiplication des déserts médicaux nuit à l'état de santé de la population locale, mais aussi à l'attractivité des territoires. Je peux témoigner de ce qui se passe à Étretat, à Fécamp et dans bien d'autres communes. Pour éviter le renoncement aux soins et adapter au mieux l'offre de soins aux besoins des habitants, il est proposé d'intégrer des élus des territoires au sein des conseils d'administration des ARS, qui élaborent les grandes orientations des politiques menées.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Une fois de plus, je suis défavorable à ce que les règles détaillées de la composition des futurs conseils d'administration soient inscrites dans la loi. Par ailleurs, le degré de détail que vous souhaitez introduire va au-delà de ce que prévoient actuellement les dispositions réglementaires. Demande de retrait ou avis défavorable.

(L'amendement n° 537, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 535, 790 et 1064.

La parole est à Mme Stéphanie Kerbarh, pour soutenir l'amendement n° 535.

Mme Stéphanie Kerbarh. Il vise à compléter l'alinéa 9 par les mots suivants : « dont un représentant des collectivités territoriales et groupements de collectivités des zones de montagne au sens de l'article 3 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne, désigné par les membres élus du comité de massif prévu à l'article 7 de cette loi. »

Cet amendement vise donc à garantir la présence d'un représentant d'une collectivité ou d'un groupement de collectivités des zones de montagne au sein du conseil d'administration des ARS, afin de s'assurer de la prise en considération des spécificités des territoires de montagne dans l'élaboration des grandes orientations de la politique contractuelle de l'agence.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 790.

M. Thibault Bazin. Je me fais le relais de mes nombreux collègues élus de zones de montagne de taille parfois très importante – c'est d'ailleurs votre cas, madame la présidente – qui rencontrent des difficultés à faire valoir les spécificités des enjeux de santé de ces territoires, souvent bien différentes de celles des métropoles.

Nous débattons aujourd'hui de la gouvernance et de la représentation au sein du conseil d'administration des ARS. J'ai bien compris que pour être efficace, celui-ci doit rester restreint – vous défendez d'ailleurs ultérieurement, monsieur le ministre, un amendement visant à supprimer l'alinéa 10. Cependant, même si ce conseil est restreint, il faut veiller à ce que les spécificités des territoires ruraux, mais

aussi des zones de montagne – que défend cet amendement également déposé par mes collègues Émilie Bonnivard et Annie Genevard –, soient bien prises en considération, parce que les enjeux de santé y sont plus compliqués encore.

Mme la présidente. L'amendement n° 1064 de M. Jacques Cattin est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je suis convaincu qu'il est nécessaire de conserver au dispositif suffisamment de souplesse pour que la composition du collège des élus au conseil d'administration puisse être adaptée aux spécificités des territoires. Néanmoins, pourquoi faudrait-il mentionner les zones de montagne et non les autres, qui ont également leurs spécificités ? Je ne suis pas favorable à ce que cette précision soit inscrite dans la loi, car il ne me semble pas opportun de faire un sort particulier aux zones de montagne.

Par ailleurs, je vous rappelle que la composition détaillée des conseils de surveillance des ARS relève du domaine réglementaire. Demande de retrait.

(Les amendements identiques n°s 535, 790 et 1064, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 3088.

M. Joël Aviragnet. Il vise à garantir la représentation des personnes en situation de pauvreté et de précarité, ainsi que de celles vivant dans les déserts médicaux identifiés par l'ARS, dans le quatrième collège de son conseil d'administration.

En l'état du droit, seuls sont représentés dans ce collège les patients, les personnes âgées et les personnes handicapées. Or ce sont bien les personnes en situation de pauvreté et de précarité, ainsi que celles vivant dans les déserts médicaux, qui sont les plus éloignées du système de santé et en subissent les inégalités les plus criantes. Par conséquent, elles ont besoin d'être représentées au sein du conseil d'administration de l'ARS.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je rappelle que les conseils territoriaux de santé, constitués par les directeurs généraux des ARS sur les territoires de démocratie sanitaire, organisent en leur sein l'expression des usagers en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté et de précarité. Votre proposition reviendrait à modifier les équilibres au sein du futur conseil d'administration des ARS, puisqu'elle augmente le poids relatif de certains représentants des usagers. Je n'y suis pas favorable et vous suggère de retirer votre amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. À bien y réfléchir, il y a désormais tellement de déserts médicaux que, de toute façon, les personnes qui y vivent seront représentées, en tant que patients, au sein des conseils d'administration. Je maintiens mon amendement, même si je pense qu'il est satisfait.

(L'amendement n° 3088 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Vous conservez la parole, monsieur Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 3089.

M. Joël Aviragnet. Il vise à faire entrer au conseil d'administration des ARS, compte tenu de leurs missions essentielles, les représentants des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. J'observe que les SDIS sont représentés au sein des conférences régionales de la santé et de l'autonomie et des comités départementaux de l'aide médicale urgente, qui veillent à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population. Restons-en là. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

(L'amendement n° 3089, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 3304.

M. Olivier Véran, ministre. Il propose de supprimer l'alinéa 10 et donc de rétablir la pondération des voix dans les conseils d'administration des ARS. Cette disposition, supprimée par le Sénat – c'est dommage ! –, est en effet indispensable pour obtenir une répartition équilibrée entre les différents collèges au sein du conseil, comme s'y était d'ailleurs engagé le Gouvernement.

(L'amendement n° 3304, accepté par la commission, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Hammerer, pour soutenir l'amendement n° 3224 rectifié.

Mme Véronique Hammerer. Cet amendement du groupe La République en marche propose d'adjoindre au conseil d'administration des ARS, avec voix consultative, un député et un sénateur élus dans l'un des départements de la région, désignés respectivement par le président de l'Assemblée nationale et le président du Sénat. Ils le seraient en priorité parmi les membres des commissions permanentes chargées des affaires sociales des deux assemblées.

Je précise que cet amendement a été rédigé et ardemment défendu par notre collègue Monique Iborra.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je confirme l'engagement fervent de Monique Iborra en faveur de la présence de parlementaires au sein des conseils d'administration, avec une voix consultative. Elle avait retiré son amendement en commission des affaires sociales pour le rendre plus équilibré et opérant. Avis favorable.

(L'amendement n° 3224 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Les amendements identiques n°s 533 rectifié de M. Bertrand Pancher, 1609 de M. Robin Reda et 3090 de M. Joël Aviragnet sont défendus.

(Les amendements identiques n°s 533 rectifié, 1609 et 3090, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Les amendements n°s 2417, 2418 et 2419 de M. le rapporteur pour avis sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 2417, 2418 et 2419, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Naillet, pour soutenir l'amendement n° 3091.

M. Philippe Naillet. Il vise à ce que le directeur général de l'ARS rende compte annuellement devant le conseil d'administration de son action sur deux enjeux majeurs de notre système de santé : l'évolution de l'offre de soins, notamment les moyens mobilisés pour lutter contre les déserts médicaux, et le recours à l'intérim médical.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Votre amendement a considérablement perdu de sa portée compte tenu du fait que le texte prévoit désormais que le conseil d'administration devra dresser un état des lieux de la désertification médicale et formuler des propositions pour lutter contre cette situation. Le directeur général de l'ARS rend compte au conseil de surveillance de la mise en œuvre de la politique de santé régionale et de la gestion de l'agence. Ces éléments seront rendus publics. Il n'est donc pas nécessaire de multiplier le nombre de rapports que le directeur général doit remettre au conseil d'administration. Demande de retrait.

(L'amendement n° 3091, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, pour soutenir l'amendement n° 3435.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'article 31 est l'occasion de rappeler combien la prévention est une mission essentielle des ARS, à laquelle participent nombre de collectivités, comme le soulignait précédemment M. le ministre : les communes, les intercommunalités, les villes, les départements, bien sûr, avec les services de protection maternelle et infantile (PMI) ou l'accompagnement de nos aînés. Ces différents acteurs peuvent se saisir de la politique de prévention pour mener des actions ou des projets. Je rappelle que la prévention est un pilier de notre stratégie nationale de santé et une nécessité politique qui s'est fait jour, notamment, à l'aune de la crise sanitaire – nous sommes tous d'accord pour dire qu'il faut être efficace en la matière.

Or la France est en retard : si l'on prend l'exemple de l'espérance de vie, qui est à peu près équivalente à celle de nos voisins européens, on constate en revanche que l'espérance de vie en bonne santé est, en France, inférieure à la moyenne européenne ; par comparaison avec la Suède, l'écart est même de dix années. Les marges de progrès sont donc importantes.

Le rapport de la Cour des comptes du 1^{er} décembre dernier sur le pilotage et la gouvernance de la prévention, présenté au comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, pointe notamment une insuffisante légitimation des ARS en matière de prévention ; la difficulté d'animation et de structuration de cette politique menée, comme cela a été dit tout à l'heure, par de nombreux acteurs – on le voit par exemple en matière de dépistages ; et la difficulté de travailler à l'échelle des grandes régions, qui nécessite une association étroite des délégations départementales. La Cour des comptes préconise d'ailleurs d'organiser une conférence départementale des politiques de prévention.

Au vu de ces différents constats, il paraît opportun que le conseil d'administration dresse un état des lieux des constats épidémiologiques locaux et de la mise en œuvre des actions de prévention avec l'ensemble des acteurs concernés, comme il le fera d'ailleurs en matière de désertification médicale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. La prévention en matière de santé publique est l'un de vos thèmes de prédilection. Il me semble cependant que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie constituerait une enceinte plus adaptée pour dresser cet état des lieux. Le conseil d'administration des ARS, qui est un organisme de gouvernance et de stratégie, n'est pas le lieu idoine pour réaliser ce travail : il convient certes de lui fournir les bonnes informations, en particulier dans le domaine de la prévention et des données épidémiologiques, mais il ne peut mener lui-même cette action. Demande de retrait.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je maintiens mon amendement. On demande déjà au conseil d'administration de dresser un état des lieux de la désertification médicale, afin de déterminer les actions à mener ; paradoxalement, vous me répondez que la prévention ne relève pas de ses compétences. Je trouve cela difficile à comprendre. C'est un enjeu très important, qui mérite qu'un état des lieux soit dressé à un échelon inférieur à celui de la région.

(L'amendement n° 3435 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements, n°s 3471, 2844, 2711, 2744 et 2843, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 2744 et 2843 sont identiques.

La parole est à Mme Stéphanie Kerbarh, pour soutenir l'amendement n° 3471.

Mme Stéphanie Kerbarh. Par cet amendement, il est proposé de rétablir la disposition adoptée par le Sénat, qui prévoit d'instaurer une coprésidence des agences régionales de santé, exercée par le préfet et le président du conseil régional.

Le présent projet de loi était particulièrement attendu s'agissant de l'organisation territoriale des politiques de santé, notamment de la gouvernance des ARS : ces dernières peinent à exercer l'ensemble de leurs très nombreuses missions ; elles sont fréquemment critiquées pour leur éloignement du terrain et pour le caractère bureaucratique et vertical de leurs décisions. Le projet de loi aurait dû être l'occasion de réformer leur gouvernance, notamment en renforçant les échelons départementaux et en instaurant de vrais contre-pouvoirs exercés par les élus.

Le Sénat a ainsi proposé qu'une coprésidence du conseil d'administration des ARS soit exercée par le préfet – comme aujourd'hui – et par le président du conseil régional. Malheureusement, la commission est revenue sur cette disposition ; elle a préféré créer quatre vice-présidences, dont trois seront exercées par des représentants de collectivités – régions, départements et communes. Cette nouvelle rédac-

tion est loin d'être satisfaisante : elle ne va pas suffisamment loin et risque de ne pas entraîner un réel changement. Aussi proposons-nous de rétablir la coprésidence des ARS telle que l'a adoptée le Sénat.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n° 2844.

Mme Justine Benin. L'ensemble des élus de Guadeloupe ont à cœur le rétablissement du texte voté par le Sénat. Nous espérons vivement que le Gouvernement le comprendra : les difficultés que nous avons connues, avec la directrice régionale de l'agence de santé, durant cette longue période de crise, ont révélé combien une coprésidence des ARS par le préfet et le président du conseil régional s'imposait. Je le répète, tous les élus de Guadeloupe le demandent.

Mme la présidente. La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 2711.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. J'ai compris que vous n'étiez pas favorable aux coprésidences, monsieur le ministre, mais il est important de comprendre que l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy couvre trois territoires ayant des institutions, des fonctionnements et des spécificités très différents ; elle doit donc faire l'objet d'une coprésidence effective.

Mme la présidente. L'amendement n° 2744 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe est défendu.

La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n° 2843.

Mme Justine Benin. Une fois encore, nous insistons pour que soit instaurée une coprésidence du conseil de surveillance de l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy par le préfet et le président du conseil régional, afin que les grands sujets de santé soient traités, avec la directrice générale de l'agence, dans un esprit collaboratif et de coconstruction.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. De façon générale, je ne suis pas favorable à la coprésidence. En ce qui concerne spécifiquement la Guadeloupe – territoire auquel j'adresse toutes mes pensées –, je suis également défavorable à un régime dérogatoire. Pour rappel, la composition du conseil de surveillance de son agence de santé relève du domaine réglementaire : il comprend un conseiller régional de Guadeloupe désigné par le conseil régional, un conseiller départemental de Guadeloupe, un conseiller territorial de Saint-Barthélemy et un conseiller territorial de Saint-Martin, ainsi qu'un maire de commune ou un président de groupement de communes. La présence des élus locaux est donc largement assurée, et une coprésidence ne semble pas justifiée. Je demande donc le retrait des amendements ; à défaut, mon avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Bien que je souscrive à l'avis défavorable de M. le rapporteur pour avis, je profite de ces amendements pour remercier et saluer sincèrement les acteurs des ARS des territoires ultramarins. Vous avez mentionné la directrice générale de l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy : elle accomplit, malgré les tensions, un travail remarquable depuis

le premier jour, dans des conditions difficiles, aux côtés d'un grand nombre d'élus, qui ont rapidement compris l'intérêt de vacciner la population et de prendre les mesures qui s'imposent – le taux de vaccination des soignants n'ayant d'ailleurs rien à envier à celui de la métropole.

Je salue également Gérard Cotellon, le directeur général du CHU de la Guadeloupe, qui est la cible de menaces répétées et inacceptables. Quand on dirige un hôpital et qu'on consacre sa vie à soigner les gens et à encadrer des équipes soignantes ; quand on s'engage, sans compter ni son temps ni son énergie, jour et nuit, avec pour seul objectif de protéger la population, il est inacceptable et odieux de se voir menacer, au motif qu'on exerce ses missions avec talent et conviction. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LaREM et Dem.*) Je le dis en l'absence des députés du groupe La France insoumise, parce que je le pense : les interventions de M. Mélenchon à ce sujet sur une chaîne locale, à l'occasion de son déplacement en Guadeloupe, sont proprement honteuses et contribuent, je le déplore, à aviver les tensions sociales. (*Applaudissements sur les mêmes bancs.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Je précise que l'amendement n° 2843 ne propose pas un régime dérogatoire, mais une coprésidence à titre expérimental.

Par ailleurs, l'ensemble des élus de Guadeloupe ont condamné unanimement et fermement les violences à l'encontre des personnels soignants et du directeur général du CHU de la Guadeloupe, M. Cotellon (*Mme Maina Sage et M. Bertrand Pancher applaudissent*), dont le bureau a été caillassé, hier encore. Nous sommes aux côtés de l'ensemble des personnels soignants de Guadeloupe et de l'ensemble de nos populations.

Nous traversons depuis dix-huit mois une situation de crise, déplorons plus de 600 morts répertoriés – sans compter les morts à domicile –, et vivons encore dans une grande tension, du fait de la crise sociétale qui sévit depuis plus de six mois. Je l'affirme devant la représentation nationale : nous sommes mobilisés pour sortir de la crise. Nous sommes aussi des élus dignes, fiers d'appartenir au territoire archipélagique de la Guadeloupe, bien que nous ayons parfois le sentiment d'être délaissés, dans une situation tendue et difficile. (*Mme Maud Petit applaudit.*)

(*Les amendements n° 3471, 2844 et 2711, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

(*Les amendements identiques n° 2744 et 2843 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements, n° 2212, 2713, 1858 et 1849, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 2212 de M. Max Mathiasin et 2713 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe sont défendus.

La parole est à Mme Claire Guion-Firmin, pour soutenir les amendements n° 1858 et 1849.

Mme Claire Guion-Firmin. Ils concernent la collectivité de Saint-Barthélemy, qui relève de l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin. Le conseil de surveillance de cette agence ne reflète absolument pas les disparités statutaires des collectivités qu'il représente.

M. Thibault Bazin. C'est vrai !

Mme Claire Guion-Firmin. Par nos amendements, nous demandons que la situation de la collectivité de Saint-Barthélemy soit prise en considération. Cette aspiration se justifie de surcroît par l'engagement particulier de cette collectivité dans la politique sanitaire de l'île : en témoignant son EHPAD, les services qu'elle met gracieusement à disposition de l'hôpital, ainsi que la garantie financière qu'elle apporte au groupement de coopération sanitaire (GCS) qui héberge un scanner, un mammographe et une table de coronarographie. Il est donc parfaitement légitime que la loi garantisse à la collectivité de Saint-Barthélemy une représentation à part entière au sein du futur conseil de surveillance de l'agence de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je suis défavorable aux amendements n° 2212 et 2713. Par ailleurs, je le répète, le conseil de surveillance de l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin prévoit la présence d'un conseiller régional de Guadeloupe, d'un conseiller départemental de Guadeloupe, d'un conseiller territorial de Saint-Barthélemy et d'un conseiller territorial de Saint-Martin, ainsi que d'un maire de commune ou d'un président de groupement de communes. Je demande donc le retrait des amendements n° 1858 et 1849.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

(*Les amendements n° 2212, 2713, 1858 et 1849, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 2714 et 3287.

La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 2714.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Il vise à établir, à titre expérimental, une composition plus équilibrée du conseil de surveillance de l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, en donnant un tiers des sièges aux élus représentant ces collectivités ou leurs groupements. La crise du covid a montré, une fois encore, l'importance du rôle des élus, leur connaissance du terrain et la nécessité de faire bénéficier l'agence de santé de leur expérience, *a fortiori* en Guadeloupe où la crise a des conséquences multiples. Tel est l'objectif visé par cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 3287 de M. Max Mathiasin est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Didier Martin, rapporteur. Défavorable, pour les raisons que j'ai déjà exprimées.

(*Les amendements identiques n° 2714 et 3287, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 2420 de M. le rapporteur pour avis est rédactionnel.

(*L'amendement n° 2420, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

(*L'article 31, amendé, est adopté.*)

Après l'article 31
(amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 2795 rectifié et 3296.

La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n^o 2795 rectifié.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Il a pour objet de préciser que les agences régionales de santé définissent leurs missions et leurs compétences en prenant en compte les caractéristiques et les contraintes particulières à chaque région. Il vise également à associer les collectivités à l'organisation de la réponse d'urgence aux situations de crise sanitaire.

Mme la présidente. L'amendement n^o 3296 de Mme Justine Benin est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Ces amendements importants soulèvent deux volets. Concernant le premier, le terme « particularités » est déjà suffisamment englobant pour qu'il ne soit pas nécessaire de le modifier.

Concernant le second volet, je dresse un constat similaire au vôtre, madame Vainqueur-Christophe : je n'ignore nullement que les collectivités territoriales ont été insuffisamment associées par les ARS à la réponse à la crise, et que cela a été mal ressenti par les élus. Toutefois, il me semble que la participation directe des collectivités territoriales à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise, aux côtés du préfet et du ministre de la défense, dépasse le champ des compétences que la loi leur confie. Quelles seraient les collectivités territoriales concernées : les communes, les départements ou les régions ? Quel serait leur rôle exact ?

Il importe surtout d'accorder une plus grande place aux collectivités territoriales au sein du conseil d'administration des ARS et de renforcer le rôle des délégations départementales des ARS, afin qu'elles soient plus à même de dialoguer avec les élus. Nous y procédons dans le projet de loi. Nous avons en outre adopté un amendement qui prévoit que le conseil d'administration, où siègent des élus locaux, sera régulièrement informé des décisions prises par le directeur général.

Au demeurant, depuis le décret de 2021, le code de la santé publique prévoit que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est associée au retour d'expérience et aux travaux conduits en vue d'évaluer l'application des mesures prises en cas de menace sanitaire grave. Je vous invite donc à retirer vos amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n^{os} 2795 rectifié et 3296 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n^o 2218 de M. Max Mathiasin est défendu.

(L'amendement n^o 2218, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Stéphanie Kerbarh, pour soutenir l'amendement n^o 539.

Mme Stéphanie Kerbarh. Il vise à désigner au sein de chaque ARS un pilote chargé des maladies vectorielles à tiques, afin d'améliorer l'information des usagers, les actions de prévention et le parcours de soins gradué au sein du territoire.

Cet amendement est issu d'une proposition du rapport d'information n^o 4318, « La maladie de Lyme : améliorer la prise en charge des patients », publié en juillet dernier, par la mission d'information menée par les députés, Jeanine Dubié, Nicole Trisse et Vincent Descoeur, dans le cadre de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Pour dépassionner les enjeux autour de la maladie de Lyme et des patients en errance thérapeutique, un effort considérable d'information, de pédagogie et de communication doit être accompli. Outre les acteurs déjà en place – direction générale de la santé, centres de référence dédiés aux maladies vectorielles à tiques –, les agences régionales de santé doivent se saisir pleinement de ce sujet.

En effet, ce rapport constate le silence et le manque d'engagement des ARS sur cette problématique. Il est pourtant indispensable qu'elles se saisissent d'un dossier qui entre dans le cadre de leurs missions à bien des égards : problématiques de santé publique, structuration de la filière de soins sur leur territoire, régulation de l'offre de soins et prévention des abus.

À cet effet, il convient d'identifier au sein de chaque ARS, *a fortiori* dans celles situées en zone endémique pour la borréliose de Lyme, un pilote chargé de la mise en œuvre territoriale du plan Lyme. Ce dernier sera notamment chargé de veiller à la bonne mise en place du parcours de soins gradué, créé pour les patients potentiellement atteints de la maladie de Lyme. Il participera ainsi à l'amélioration de l'action publique locale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Effectivement, la maladie de Lyme a des spécificités et des syndromes compliqués et de long terme. Le ministre, par ailleurs neurologue, pourra vous donner des explications, si vous le souhaitez et s'il en a l'occasion.

M. Olivier Véran, ministre. Oh non !

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Votre amendement est probablement satisfait par le fait que les ARS conduisent la politique nationale de santé, qui comprend la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population, la prévention collective et individuelle des maladies et de la douleur, et l'organisation des parcours de santé. Il ne semble pas opportun de faire une place à part à une maladie en particulier dans un article dont l'objet est d'énumérer les missions générales des ARS. Je demande donc le retrait de cet amendement.

(L'amendement n^o 539, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n^{os} 2807, 3297, 2207, 2810 rectifié et 2842 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 2807 et 3297 sont identiques, de même que les amendements n^{os} 2810 rectifié et 2842 rectifié.

L'amendement n° 2807 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe est défendu.

La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n° 3297.

Mme Justine Benin. Il propose que les collectivités territoriales concernées soient consultées par le directeur général de l'agence régionale de santé dans la préparation du budget de l'agence.

Mme la présidente. L'amendement n° 2207 de M. Max Mathiasin est défendu.

Les amendements identiques n°s 2810 rectifié de Mme Hélène Vainqueur-Christophe et 2842 rectifié de Mme Justine Benin sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Le directeur général de l'ARS élabore le budget et le prépare en amont de la consultation des élus locaux, qui donnent leur avis sur ce budget. Il ne semble pas nécessaire d'associer certains membres du conseil de surveillance, en amont, à la préparation de ce budget. Le débat aura lieu au sein du conseil administration. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Olivier Véran, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n°s 2807 et 3297 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 2207 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 2810 rectifié et 2842 rectifié ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 3092.

M. Joël Aviragnet. Il vise à transformer l'avis consultatif de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le projet régional de santé en avis conforme.

Il nous semble en effet essentiel que l'instance de démocratie sanitaire régionale ait une voix qui compte quand elle se prononce sur le projet régional de santé, document stratégique majeur produit et appliqué par l'ARS pendant quatre ans.

En l'état du droit, cet avis n'est que consultatif. La prise en compte des irritants remontés par les membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, notamment du collège des usagers, par exemple sur la dégradation de l'offre de soins, n'est donc pas entièrement garantie. La transformation de l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le projet régional de santé en avis conforme renforcerait par conséquent la prise en compte de ces irritants par l'ARS.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. La politique de santé relève de l'État dans sa mission régalienne. Les ARS sont l'outil stratégique de cette politique de santé déclinée à l'échelon régional, lequel constitue le cadre de référence de l'action de l'ARS. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif; elle émet un avis

sur le projet régional de santé et est associée aux travaux de l'évaluation de celui-ci. C'est une bonne chose, mais on ne peut pas aller dans votre sens. Avis défavorable.

(L'amendement n° 3092, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 3288 de M. Philippe Vigier est défendu.

(L'amendement n° 3288, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Les amendements identiques n°s 2811 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe et 3298 de Mme Justine Benin sont défendus.

(Les amendements identiques n°s 2811 et 3298, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Chers collègues, certains d'entre vous se demandent si nous achèverons l'examen de ce texte ce soir. Il nous reste cinquante minutes avant la levée de la séance et 357 amendements à examiner. Si certains veulent terminer ce soir, il conviendrait d'adopter un rythme conforme à ce souhait et être prêt à siéger sensiblement au-delà de minuit.

L'amendement n° 540 de Mme Jeanine Dubié est défendu.

(L'amendement n° 540, repoussé par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 3094.

M. Joël Aviragnet. Il vise à ce que les ARS veillent à la cohérence du développement des maisons de santé et des centres de santé sur le territoire, en s'appuyant le schéma régional de santé. En effet, de nombreuses collectivités territoriales tentent de pallier le manque de professionnels de santé en investissant dans ce type de structures mais en tenant de moins en moins compte de la cohérence de leur implantation sur le territoire.

Cette course à l'investissement, à laquelle participent les collectivités territoriales, peut nuire à la cohérence globale de la carte d'implantation des maisons de santé et des centres de santé. Face à cela, en l'état actuel du droit, les ARS n'ont pas d'obligation, ni de moyens, ni de résultats.

Il convient donc d'intégrer cette problématique dans le schéma régional de santé et de confier à l'ARS le rôle de veiller à la répartition juste et efficace des maisons de santé et des centres de santé sur le territoire, d'autant plus qu'on constate désormais l'existence de centres de santé sans professionnels. Puisqu'on manque de médecins et de professionnels de santé, il est nécessaire de réguler ces installations.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Vous soulevez là une problématique à laquelle on peut souscrire, mais vous semblez dire qu'il existe une forme d'étanchéité entre les maisons de santé et les ARS. Cela ne paraît pas exact. Je rappelle que les centres de santé doivent transmettre à l'ARS un projet de santé attestant de leur exercice coordonné et qu'ils doivent conclure avec elle un contrat pluriannuel

d'objectifs et de moyens (CPOM), préalablement à tout versement d'une aide financière. Les règles sont peu ou prou les mêmes pour les maisons de santé. Avis défavorable.

(L'amendement n° 3094, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 674 de M. Jean-Pierre Cubertafon est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je demande le retrait de cet amendement. À défaut, j'émetts un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. Je considère que cet amendement est satisfait. J'en demande donc le retrait.

(L'amendement n° 674 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 2814, 3299 et 2214, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 2814 et 3299 sont identiques.

La parole est à Mme Hélène Vainqueur-Christophe, pour soutenir l'amendement n° 2814.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Il propose qu'en Guadeloupe et en Martinique le projet régional de santé comprenne un volet spécifique de santé visant à mieux connaître les expositions à la chlordécone et leurs conséquences sanitaires, afin d'adapter les mesures de prévention et de protection, de surveiller l'état de santé de la population et d'assurer le suivi sanitaire adapté.

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n° 3299.

Mme Justine Benin. En complément ce que vient de dire Hélène Vainqueur-Christophe, je souhaite préciser qu'il est très important qu'il y ait un volet portant sur les impacts à la chlordécone. Certes, il y a eu une commission d'enquête, présidée par Serge Letchimy, et dont j'étais rapporteure, certes il y a eu différents plans « chlordécone », en particulier le dernier, mais on voit bien, avec la crise que nous vivons en Guadeloupe, que, au-delà de la vérité, de l'exigence de vérité et des préconisations faites par la commission d'enquête, les populations veulent clairement connaître les conséquences de l'exposition au chlordécone.

Mme la présidente. L'amendement n° 2214 de M. Max Mathiasin est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Madame Vainqueur-Christophe, madame Benin, vous avez travaillé longuement sur ces questions, en particulier dans le cadre de la commission d'enquête. Vous le savez, le Gouvernement a élaboré un plan stratégique de lutte contre la pollution par la chlordécone aux Antilles, comportant plusieurs axes transversaux de communication, de recherche, de formation et d'éducation, ainsi que des stratégies thématiques – « santé-environnement-

alimentation », « santé-travail », « socio-économique ». Les actions conduites ont déjà permis de répondre à plusieurs enjeux environnementaux, grâce, notamment à une cartographie de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche.

Tous ces impacts ont été évalués, mais il faut aller plus loin, avec le nouveau plan, financé à hauteur de 100 millions d'euros. Le Gouvernement en a fortement l'intention, et j'en prends acte.

Le plan « chlordécone » fait l'objet de synergies entre les schémas de santé de Guadeloupe et de Martinique, et les différentes initiatives s'articulent bien entre elles. Je crois que votre intention est largement satisfaite et je vous invite à retirer vos amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

(Les amendements identiques n°s 2814 et 3299, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 2214, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Les amendements identiques n°s 2815 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe et 3300 de Mme Justine Benin sont défendus.

(Les amendements identiques n°s 2815 et 3300, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Article 31 bis AA (précédemment réservé)

(L'article 31 bis AA est adopté.)

Article 31 bis A (précédemment réservé)

Mme la présidente. L'amendement n° 3095 de M. Joël Aviragnet est défendu.

(L'amendement n° 3095, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 31 bis A est adopté.)

Après l'article 31 bis A (amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 588 et 100, portant article additionnel après l'article 31 bis A et pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 100 fait l'objet d'un sous-amendement, n° 3561.

L'amendement n° 588 de M. Cyrille Isaac-Sibille est défendu.

La parole est à M. Sylvain Templier, pour soutenir l'amendement n° 100.

M. Sylvain Templier. Je regrette que M. le ministre Olivier Véran ne soit plus parmi nous, car je tiens à le remercier d'avoir cité tout à l'heure l'exemple de la concertation qui a eu lieu en Haute-Marne, la semaine dernière, et qui a été menée de main de maître par la direction de l'ARS, la

préfecture et toutes les parties concernées. Malheureusement, le système de gradation des soins entre les trois hôpitaux inquiète encore beaucoup, à Langres, les soignants et les habitants.

Il importe d'accorder une grande attention à la santé mentale de nos concitoyens. En effet, les phénomènes de dépression et les troubles anxieux touchent une partie non négligeable de la population, particulièrement les jeunes et les personnes isolées ou fragiles. La crise sanitaire n'a fait qu'accroître, hélas, le nombre de personnes ayant besoin de soins.

L'amendement n° 106 vise donc à inscrire un volet relatif à la santé mentale dans les contrats locaux de santé, ou CLS, qui permettent une territorialisation des politiques sanitaires au croisement des projets de l'ARS et des aspirations des collectivités.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir le sous-amendement n° 3561, à l'amendement n° 100.

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Il vise à ce que le contrat local de santé tienne compte du projet territorial de santé mentale, afin de garantir la cohérence de la planification locale en la matière. Sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement, je serai favorable à l'amendement n° 100 et, par voie de conséquence, défavorable à l'amendement n° 588.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Favorable aux deux amendements, mais le Gouvernement préfère la rédaction de celui de M. Templier, sous-amendé par le sous-amendement du rapporteur.

(L'amendement n° 588 n'est pas adopté.)

(Le sous-amendement n° 3561 est adopté.)

(L'amendement n° 100, sous-amendé, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 3096.

M. Joël Aviragnet. Il vise à donner priorité à la signature de contrats locaux de santé dans les déserts médicaux identifiés par l'ARS. En effet, en l'état, les contrats locaux de santé ne sont pas prioritaires et sont donc conclus le plus souvent dans les zones suffisamment dotées en offre de soins, voire surdenses. Or, un Français sur dix vit dans un désert médical. Il apparaît donc essentiel que les contrats locaux de santé soient signés en priorité dans ces déserts médicaux.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je suis convaincu que les contrats locaux de santé présentent un grand intérêt et suis favorable à ce qu'ils voient le jour partout où c'est nécessaire. Cependant, je ne suis pas favorable à votre proposition, qui ne me semble pas en accord avec l'esprit du dispositif. Le principe est que les collectivités territoriales qui le souhaitent peuvent conclure un contrat local de santé avec l'ARS, si cela correspond à un besoin identifié et à un projet défini, et je crois que ce principe est le bon.

Par ailleurs, le dispositif de votre amendement relève de la pétition de principe, et sa portée normative apparaît, en conséquence, assez incertaine. Je vous propose donc de le retirer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Sur le fond, monsieur Aviragnet, je partage votre préoccupation au sujet des déserts médicaux mais, pour des raisons liées à la rédaction de votre amendement, je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. Monsieur Aviragnet, maintenez-vous l'amendement ?

M. Joël Aviragnet. Je le maintiens, madame la présidente, car au vu du désastre que représentent les déserts médicaux, tous les moyens sont bons et doivent être retenus pour tenter de remédier le plus rapidement possible à leurs effets désastreux et à l'angoisse que cela suscite dans la population, surtout en ce moment.

(L'amendement n° 3096 est adopté.)

Article 31 bis B (précédemment réservé)

Mme la présidente. La parole est à Mme Ramlati Ali, pour soutenir l'amendement n° 2725.

Mme Ramlati Ali. Les règles de transfert, de regroupement et de création d'une officine de pharmacie sont fixées par les dispositions des articles L. 5125-3 et suivants du code de la santé publique, qui fixent le quota de population justifiant de l'ouverture d'une officine sur le territoire national. Par dérogation au droit commun, le quota retenu pour Mayotte est de 7 500 habitants par secteur sanitaire.

Les dispositions des articles L. 5511-3 et L. 5125-3 du code de la santé publique établissent deux critères pour permettre l'ouverture d'une officine nouvelle : des conditions démographiques doivent être remplies depuis deux ans à compter de la publication du dernier recensement, et ce premier critère doit être rempli dans des zones éligibles, comme c'est notamment le cas des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Or, la conjonction de ces deux critères est un frein réel au développement du réseau officinal dans le département de Mayotte. Je rappelle en effet que mon territoire ne compte actuellement que vingt-quatre officines, soit une densité moyenne d'une pour 10 688 habitants : les comptes ne sont pas bons !

L'amendement vise donc à réduire, pour Mayotte, le seuil de création des officines à 7 000 habitants au lieu de 7 500, et à supprimer, en outre, les conditions de zones. Le but est de corriger en partie des inégalités qui entravent le développement pharmaceutique, pour une meilleure santé des Mahoraises et des Mahorais.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Ce dispositif complète utilement l'article introduit dans le texte par le Sénat aux fins de faciliter l'implantation des officines de pharmacie à Mayotte et pour répondre aux difficultés identifiées dans ce territoire et cette collectivité. Avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Avis favorable. Nous avons abondamment évoqué cette question au Sénat avec votre collègue Thani Mohamed Soilihi, et la mesure me semble justifiée.

(L'amendement n° 2725 est adopté.)

(L'article 31 bis B, amendé, est adopté.)

**Après l'article 31 bis B
(amendements précédemment réservés)**

Mme la présidente. L'amendement n° 1327 de Mme Stéphanie Atger, portant article additionnel après l'article 31 bis B, est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je demande le retrait de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Compte tenu de l'adoption de l'amendement précédent, j'en demande également le retrait.

(L'amendement n° 1327 est retiré.)

**Article 31 bis
(précédemment réservé)**

(L'article 31 bis est adopté.)

**Après l'article 31 bis
(précédemment réservé)**

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1362, portant article additionnel après l'article 31 bis.

M. Thibault Bazin. Madame la ministre, je suis ravi de vous retrouver au banc pour pouvoir échanger avec vous.

Cet amendement tend à ce que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie soit également consultée sur l'investissement, selon des modalités à préciser par décret. Compte tenu de l'importance des investissements qui seront engagés dans les territoires, il est important que cela puisse se faire en concertation avec la CRSA.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Le détail des avis qu'il appartient à la conférence régionale de santé et de l'autonomie de rendre relève du domaine réglementaire. Je vous renvoie à ce propos à l'article D. 1432-32 du code de la santé publique, qui a la charge d'ailleurs de rendre un avis sur les orientations et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'investissement dans le système de santé, ainsi que sur les orientations stratégiques annuelles d'utilisation du fonds d'intervention régional. Je demande donc le retrait de cet amendement.

(L'amendement n° 1362, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Nicolas Turquois, pour soutenir l'amendement n° 3289.

Cet amendement fait l'objet de deux sous-amendements, n°s 3576 et 3563.

M. Nicolas Turquois. Il vise à permettre qu'en cas de fusion ou de direction commune d'établissements hospitaliers, les maires dans la commune desquels se trouvent les hôpitaux concernés par cette situation puissent siéger et s'exprimer au conseil de surveillance, avec voix consultative, pour respecter le quota des élus dans ce conseil.

Un exemple vaut parfois mieux qu'un long discours : dans la Vienne, après un long travail de rapprochement, les cinq établissements hospitaliers publics – un CHU, un centre hospitalier et trois hôpitaux de proximité – ont fusionné. Madame la ministre, vous connaissez le département de la Vienne : dans les plus petites communes, où ces établissements sont les premiers employeurs, les maires ne peuvent plus siéger au conseil de surveillance, ce qui est un frein au rapprochement de ces établissements, alors que la démarche est tout à fait positive.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir les sous-amendements n°s 3576 et 3563, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Le sous-amendement n° 3576 est rédactionnel.

Quant au sous-amendement n° 3563, il formule une précision sur les cas dans lesquels le maire d'une commune sur laquelle est située une partie de l'établissement de santé pourra siéger, avec voix consultative, au conseil de surveillance de l'établissement principal. Sous réserve de l'adoption de ces deux sous-amendements, j'émettrai un avis favorable sur l'amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Je suis tout à fait d'accord avec le rapporteur.

(Les sous-amendements n°s 3576 et 3563, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'amendement n° 3289, sous-amendé, est adopté.)

**Article 32
(précédemment réservé)**

Mme la présidente. Les amendements identiques n°s 518 de Mme Jeanine Dubié et 3099 de M. Joël Aviragnet, tendant à la suppression de l'article 32, sont défendus.

(Les amendements identiques n°s 518 et 3099, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 1363 et 1474, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1363.

M. Thibault Bazin. Cet amendement très important procède d'une idée portée par Annie Genevard, laquelle, puisqu'elle préside notre séance, ne peut pas la développer et me confie le rôle de porte-parole. Il s'agit d'inscrire dans le

code de la santé publique la possibilité de créer une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), dès lors qu'un seul médecin traitant souhaite y établir son activité. Cette possibilité est subordonnée à l'avis de l'agence régionale de santé, chargée de la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Nous avons en effet constaté sur le terrain que la création d'une MSP était bloquée lorsqu'il n'y avait pas au moins deux médecins souhaitant y exercer. Dans l'idéal, certes, il vaut toujours mieux qu'il y en ait deux mais, dans certains bourgs centres ou dans des territoires peu denses dans lesquels il n'y a pas forcément de place pour deux médecins – qui, du reste, ne s'y installeraient pas nécessairement d'eux-mêmes –, il y a place pour un médecin travaillant avec des paramédicaux.

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Je crois que vous vous trompez d'amendement !

M. Thibault Bazin. Je pensais soutenir l'amendement n° 1263... Ce serait dommage que nous l'ayons déjà passé, parce qu'il était vraiment très bien ! *(Rires.)* Il répond à une véritable attente de la part des territoires, qui demandent de la souplesse. On peut en plaisanter, mais c'est la réalité pour de petites communes de moins de 1 000 habitants. Je pourrais ainsi citer l'exemple d'une commune qui, avec potentiellement un médecin traitant, une infirmière et un kinésithérapeute, ne répond pas au cahier des charges. Il serait regrettable que cet amendement, qui portait sur l'article 31 *bis*, n'ait pas été jugé recevable.

Mais ne perdons pas de temps et revenons à l'article 32.

L'amendement n° 1363 vise à préciser les conditions dans lesquelles les collectivités territoriales pourront participer au financement de projets d'investissement des établissements de santé publics et privés, dans un objectif d'égal accès de tous à la santé.

Le texte prévoit que les projets faisant l'objet d'un accompagnement respectent les objectifs fixés par le projet régional de santé. Cette nouvelle possibilité de financement offerte aux collectivités territoriales constitue une réelle chance d'apporter des améliorations plus rapides à la planification réalisée par l'ARS.

L'objectif est donc de favoriser une bonne articulation entre déconcentration et décentralisation, sans tomber dans la polémique lancée par M. Véran tout à l'heure, car j'ai regardé et je n'ai jamais été invité par l'ARS à Lunéville. L'invitation à la visioconférence à laquelle il a fait référence a été envoyée le 7 pour le 9 décembre ; or le 9, j'étais avec vous, madame la ministre, ici pour ce texte 3DS, et j'ai préféré faire mon travail de député. Une « visio » dont vous n'êtes informé que trente-six heures avant, ce n'est pas très correct. Je n'ai pas non plus eu de réponse au courrier que j'ai envoyé à l'ARS. J'espère qu'il y aura des améliorations.

Mme la présidente. Monsieur Bazin, je vous confirme que l'amendement introuvable n° 1263 a été déclaré, contre toute attente, irrecevable. Vous l'avez tout de même défendu et je vous en remercie car c'était un excellent amendement. *(Rires.)*

L'amendement n° 1474 de Mme Jeanine Dubié est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je vais essayer de ne pas me tromper d'amendement. *(Sourires.)*

Monsieur Bazin, votre proposition est largement satisfaite. Les avis des décisions des collectivités territoriales sont publics. La CRSA donne des avis sur la définition des objectifs et des actions des agences dans ses domaines de compétence.

J'ajoute que les décisions des organes délibérants sont parfaitement publiques et que l'ordonnance du 7 octobre 2021 a renforcé l'obligation de publicité. Les délibérations adoptées et les rapports au vu desquels elles l'ont été sont également publics. Quant aux actes réglementaires et aux décisions qui ne présentent pas un caractère réglementaire ou individuel, ils feront l'objet d'une publication sous forme électronique de nature à garantir leur authenticité et à assurer leur mise à disposition du public de manière permanente et gratuite. C'est donc une demande de retrait, sinon avis défavorable.

S'agissant de l'amendement n° 1474, la commission des affaires sociales est revenue sur le principe de la limitation de la participation des collectivités territoriales au financement des investissements relatifs aux seuls équipements médicaux. J'avais indiqué et je redis devant vous que cette disposition introduite par le Sénat semblait aller à rebours de la volonté et des pratiques des collectivités territoriales, désireuses pour nombre d'entre elles, et ce de manière parfaitement légitime, de participer au financement des investissements immobiliers. Avis défavorable.

(Les amendements n° 1363 et 1474, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 3086.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à restreindre la cible des investissements des collectivités territoriales aux établissements publics de santé et établissements privés non lucratifs, et non aux établissements de santé à but lucratif. En effet, en l'état de la rédaction de l'article 32, une collectivité territoriale pourrait verser un concours financier, donc de l'argent public, pour financer l'investissement d'un établissement privé de santé à but lucratif.

Cette disposition ne nous paraît pas opportune dans la mesure où ces établissements doivent intégrer dans leur modèle économique, et donc leur tarification, les investissements à réaliser pour demeurer compétitifs, et que l'argent public n'a pas à concourir à l'équilibrage de ce modèle économique. Le risque, à terme, est que ces établissements baissent leurs tarifs, accroissant ainsi la concurrence pour les établissements publics et non lucratifs, en finançant une part croissante de leurs investissements *via* des concours financiers publics. Ce risque doit être supprimé en interdisant le concours financier d'une collectivité territoriale à une opération d'investissement réalisée par un établissement lucratif de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je comprends l'esprit qui vous anime, cependant les établissements de santé privés peuvent remplir des missions de proximité, précisées par le code de la santé publique ; par exemple, assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé ; par exemple encore, délivrer des

soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ; par exemple aussi, participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ces établissements peuvent être appelés à assurer tout ou partie de la permanence des soins. Il n'y a donc pas lieu, à mon sens, de les exclure du champ d'application de l'article 32. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Monsieur le député, nous connaissons actuellement un projet très intéressant dans le sud du département de la Haute-Marne, qui est un projet public-privé, dans une région de désert médical. Avec votre amendement, ce projet ne serait plus possible. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. J'ai bien entendu vos arguments. Nous sommes tous à mi-chemin : vous, parce que vous dites que certains établissements à but lucratif participent à des missions d'intérêt général et que je dis, moi, que ce n'est pas le cas de tous. Nous pouvons peut-être trouver un compromis en disant qu'il n'est pas normal que ceux qui réalisent des bénéfices et ne participent pas à une mission d'intérêt public reçoivent de l'argent public. Il faut trouver un moyen de verrouiller le dispositif.

(L'amendement n° 3086 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2422 de M. le rapporteur pour avis est rédactionnel.

(L'amendement n° 2422, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 3097 de M. Joël Aviragnet est défendu.

(L'amendement n° 3097, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 2542.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Les communes et leurs groupements, les départements, les régions peuvent investir dans les établissements de soins, mais pas la métropole de Lyon. Il convient donc de préciser dans la loi qu'elle le peut également.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Nous avons eu cette discussion en commission des affaires sociales et, comme vous le savez, il s'avère, après vérification auprès du Gouvernement, que l'amendement est satisfait. Je vous propose de le retirer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Je confirme que l'article 32 s'applique bien à la métropole de Lyon. L'amendement est satisfait.

(L'amendement n° 2542 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir les amendements n°s 3098, 3100 et 3101, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Joël Aviragnet. Ce sont encore des amendements qui visent à circonscrire les concours financiers versés aux établissements de santé par les régions aux projets d'investissement relevant d'une compétence pour laquelle la région est cheffe de file, dans le premier amendement, et le département et d'autres collectivités territoriales, dans les deux autres.

Je continue de dire qu'il y a un manque dans cet article, qu'il ne faut pas laisser la possibilité à des collectivités de financer des établissements privés qui ne participent pas à une mission d'intérêt public. Cette histoire va vous retomber dessus : ce n'est pas acceptable pour la population, l'impôt ne peut servir des intérêts privés !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Que ce soit l'échelon communal, intercommunal, départemental ou régional, je vous ai donné les arguments qui me conduisent à donner un avis défavorable. Je rappelle aussi que les collectivités territoriales peuvent juger de l'opportunité de leurs investissements et tenir compte des éléments que vous avez avancés et que j'ai rappelés, dans les missions qui peuvent être attribuées à des établissements privés.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Vous ne répondez pas à ma question : allez-vous laisser des collectivités territoriales financer avec nos impôts des établissements privés lucratifs qui font du bénéfice ? C'est scandaleux !

(Les amendements n°s 3098, 3100 et 3101, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2423 de M. le rapporteur pour avis est rédactionnel.

(L'amendement n° 2423, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 32, amendé, est adopté.)

Article 33 (précédemment réservé)

(L'article 33 est adopté.)

Article 34 (précédemment réservé)

Mme la présidente. L'amendement n° 541 de Mme Jeanine Dubié est défendu.

(L'amendement n° 541, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 3104 de M. Joël Aviragnet est défendu.

(L'amendement n° 3104, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 793.

M. Thibault Bazin. Cet amendement, qui répond à une demande des départements, vise à compléter le code général des collectivités territoriales afin de prévoir plus expressément que le département contribue à la prévention, à la surveillance et à la lutte contre les dangers sanitaires. Je pense notamment aux laboratoires départementaux. J'ai la chance, en Meurthe-et-Moselle, d'avoir un laboratoire départemental, qui a été sollicité et a concouru à la lutte contre la covid-19 en complément des capacités des laboratoires privés ou hospitaliers. Je pense que cet amendement est à peu près satisfait, mais ce serait bien d'ajouter une mention expresse.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Votre crainte ne me paraît pas particulièrement fondée...

M. Thibault Bazin. Ce n'est pas une crainte !

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. ...eu égard à ce que font les départements, et en particulier les laboratoires d'analyses départementaux, qui ont joué un rôle de premier plan pour faire face à l'épidémie de covid-19.

En effet, le décret n° 2020-400 du 5 avril 2020, prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19, leur a déjà permis de participer à la recherche du vaccin et de pratiquer des tests PCR. Toutefois, je ne vois pas de raison de m'opposer fermement à votre démarche ; j'émettraï donc un avis de sagesse.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Je donne un avis favorable, parce que, dans le même temps, nous avons précisé les compétences des départements, notamment pour les zoonoses.

(L'amendement n° 793 est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 2426 de M. le rapporteur pour avis est rédactionnel.

(L'amendement n° 2426, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 34, amendé, est adopté.)

Après l'article 34 (amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 3339.

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Il s'agit de modifier le dispositif introduit par la loi du 3 décembre 2020 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière (DADU), pour permettre à l'ensemble des collectivités territoriales de

déterminer librement les modalités de délivrance d'aides qui leur semblent les plus adaptées localement, afin de garantir la pleine opérationnalité du dispositif.

Selon les données de l'atlas démographique 2021 de la profession vétérinaire, on dénombre 19 530 vétérinaires qui exercent la médecine et la chirurgie des animaux en France. Si le pourcentage de vétérinaires exerçant auprès des animaux de compagnie reste stable – 80 % des inscrits au tableau de l'ordre –, celui des vétérinaires ruraux exerçant plus de 50 % de leur activité auprès des animaux enregistre une baisse de 18 % en cinq ans. Ainsi, ces vétérinaires sont passés de 3 869 en 2016 à 3 155 en 2020, soit une diminution de 714.

Cette tendance est inquiétante pour la ruralité, car les maillages vétérinaires et agricoles sont interdépendants – un éleveur a toujours besoin d'un vétérinaire. Le Gouvernement propose donc de supprimer le zonage des aides aux vétérinaires, pour permettre aux collectivités de déterminer librement leurs modalités d'intervention.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Je souscris au constat et au diagnostic que vient de dresser Mme la ministre, et je considère que ce système d'aide ne devrait pas être limité à un zonage trop restrictif, inadapté. L'avis est donc favorable.

(L'amendement n° 3339 est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1324 de Mme Stéphanie Atger est défendu.

(L'amendement n° 1324, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 34 bis A (précédemment réservé)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 3425.

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Cet amendement du Gouvernement vise à résoudre une difficulté juridique en supprimant les termes « attributions de compétences », ces derniers n'étant pas définis. C'est de nature rédactionnelle.

(L'amendement n° 3425, accepté par la commission, est adopté.)

(L'article 34 bis A, amendé, est adopté.)

Article 34 bis (précédemment réservé)

Mme la présidente. Les amendements n° 2428, 2429 et 2430 de M. le rapporteur pour avis sont rédactionnels.

(Les amendements n° 2428, 2429 et 2430, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'article 34 bis, amendé, est adopté.)

Article 35
(précédemment réservé)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 3305.

Mme Jacqueline Gourault, ministre. C'est un amendement de coordination – entre l'article 35 issu de la commission des lois de l'Assemblée nationale et la dernière rédaction de l'article 12 – concernant la recentralisation du RSA.

(L'amendement n° 3305, accepté par la commission, est adopté.)

Mme la présidente. Les amendements n°s 2431 et 2432 de M. le rapporteur pour avis sont rédactionnels.

(Les amendements n°s 2431 et 2432, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 1264.

M. Thibault Bazin. Cet amendement du groupe Les Républicains est très important pour appréhender l'effet, sur l'ensemble des départements, de la recentralisation du RSA pour certains départements. Il faut aussi une étude d'impact, en plus de l'évaluation prévue.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. C'est une précision qui paraît pertinente, en tout cas elle est intelligente, même si l'effet sera certainement minime sur le fonds de péréquation. J'émettrai un avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Le Gouvernement est défavorable à ce rapport qui ne serait sans doute pas très utile, et ce pour plusieurs motifs. La neutralisation des effets de la recentralisation du RSA sur la répartition du fonds de péréquation est une mesure d'équité pour les départements qui ne peuvent pas contribuer, sur la base des droits de mutation à titre onéreux (DMTO) qu'ils ne reçoivent pas. Ne pas le faire poserait un problème d'égalité devant les charges publiques. On parle là d'un effet minime de l'ordre de 0,3 % du fonds, ce qui représente 5 millions d'euros sur 1,6 milliard, somme qui sera largement absorbée en 2022, avec le renforcement du fonds lié à la hausse des DMTO, massive dans la plupart des territoires.

Une évaluation n'aurait donc pas lieu d'être. Après plusieurs années d'expérimentation et d'évolution des recettes de DMTO, les effets de la recentralisation sur le fonds seront, selon toute vraisemblance, imperceptibles. J'ajoute, évidemment, que la neutralisation ne pourrait pas se faire si plusieurs dizaines de départements recentralisaient d'un seul coup.

Mme la présidente. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Les motifs que vous venez de développer pour refuser mon amendement me surprennent : je ne cherche pas à débattre pour savoir si la recentralisation doit avoir lieu ; je propose simplement qu'une étude d'impact puisse nous éclairer sur ce qui va être fait. Cette dernière serait très intéressante car, comme me l'indiquait mon collègue Jérôme Nury, le sujet des DMTO n'est pas le même en fonction des départements. Vous le savez bien :

dans certains départements, il y a beaucoup plus de mutations en volume que dans d'autres, ce qui n'a pas le même impact sur les budgets. C'est une vraie inquiétude pour les départements, y compris pour ceux qui aimeraient tenter la recentralisation. Ils ont besoin d'y voir plus clair,...

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Oui !

M. Thibault Bazin. ...donc je pense que cet amendement mérite d'être adopté.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Je préciserai d'abord que cette question relève du projet de loi de finances. De plus, nous travaillons en permanence en étroite collaboration avec l'Assemblée des départements de France (ADF), puisque le fonds de péréquation a été inventé par les départements eux-mêmes. Nous avons même accepté un amendement permettant aux départements qui perçoivent beaucoup de DMTO de pouvoir les mettre en réserve. Tout cela est suivi de près. Je comprends parfaitement votre préoccupation, mais je pense que cela n'a rien à faire dans le texte.

(L'amendement n° 1264 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Claire Guion-Firmin, pour soutenir l'amendement n° 1852.

Mme Claire Guion-Firmin. Mon amendement me permet de revenir sur le dossier du RSA à Saint-Martin. Vous le savez, le territoire souhaite la démonétisation du RSA, et une expérimentation devait entrer en vigueur en 2019. Depuis, le dossier est totalement bloqué ce qui pénalise fortement la collectivité.

Par cet amendement, je propose de dénouer cette situation et de faire enfin entrer en vigueur une disposition garantie par la loi et qui répond en outre à un engagement du chef de l'État à l'endroit de la collectivité de Saint-Martin.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Votre amendement vise à étendre l'expérimentation de recentralisation du financement de la gestion du RSA et du RSO – revenu de solidarité – à la collectivité de Saint-Martin. L'article 35 du projet de loi initial et l'article 12 du projet de loi de finances prévoient déjà cette possibilité. En effet, l'expérimentation est ouverte à tous les départements volontaires, qui se portent candidat par une délibération. L'amendement étant satisfait, je vous propose de le retirer.

(L'amendement n° 1852, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 35, amendé, est adopté.)

Après l'article 35
(amendements précédemment réservés)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 3327 et 3225, portant article additionnel après l'article 35.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 3327.

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Je vais parler d'une expérimentation qui s'intitule Territoires zéro non-recours et qui a fait l'objet d'un travail important de Mme Cloarec-Le Nabour. Cette expérimentation est un nouvel outil mis à la disposition des acteurs locaux de la lutte contre le non-recours aux droits pour développer et partager les initiatives prises sur le territoire concerné. L'expérimentation doit permettre de faire émerger des solutions d'« aller vers » innovantes, au plus près des demandes et des besoins de la population.

En s'appuyant sur le rapport d'évaluation, si les résultats sont concluants, le Gouvernement sera en mesure d'étendre ou de généraliser l'expérimentation, le cas échéant. La mesure proposée s'inscrit ainsi pleinement dans la politique active et volontariste en matière d'amélioration de l'accès aux droits sociaux des plus précaires.

Mme la présidente. La parole est à Mme Christine Cloarec-Le Nabour, pour soutenir l'amendement n° 3225.

Mme Christine Cloarec-Le Nabour. Le non-recours aux droits est un mal qui fragilise une grande partie des Français et qui provoque des situations de pauvreté et d'exclusion sociale. Lutter contre le non-recours aux droits est avant tout un enjeu de justice sociale et de justesse des droits. Lutter contre le non-recours aux droits, c'est rendre notre système de protection sociale plus simple, plus automatique et plus contemporain, mais c'est aussi mieux accompagner les personnes, développer des solutions d'« aller vers » et des solutions pour mieux informer, tout en simplifiant les démarches. Il s'agit de mieux accompagner l'accès aux droits et de tout mettre en œuvre pour éviter les ruptures de droits ; cela passe notamment par le renforcement des partenariats, en particulier avec les maisons France services.

Durant le quinquennat, des mesures fortes ont été adoptées pour lutter contre ce fléau ; on peut en citer quelques-unes : le calcul automatique de la prime d'activité, la création de la complémentaire santé solidaire et son attribution automatique pour les bénéficiaires du RSA, ou encore, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, la mission de lutte contre le non-recours aux droits et la demande faite aux organismes de sécurité sociale d'adopter une démarche d'« aller vers » et d'échange de données utiles à l'identification des droits des individus.

Cet amendement propose d'inscrire dans la loi la possibilité pour tout territoire volontaire de devenir un territoire zéro non-recours. Donner aux territoires la possibilité d'expérimenter, c'est leur permettre d'innover et d'évaluer des dispositifs déjà mis en place ou à venir.

Je me réjouis donc et je remercie le Gouvernement d'avoir soutenu cet amendement, ainsi que le groupe La République en marche de l'avoir repris à son compte. L'expérimentation Territoires zéro non-recours est une des propositions du rapport « La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés », que j'ai rédigé avec Julien Damon et que nous avons remis au Premier ministre en septembre 2018. Cette proposition est d'ailleurs préconisée depuis longtemps par le Secours catholique, que je salue pour ses travaux sur le sujet. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Didier Martin, rapporteur pour avis. Avis très favorable. (*Les amendements identiques n° 3327 et 3225 sont adoptés.*)

Mme la présidente. Mes chers collègues, il nous reste 270 amendements à examiner, dont 70 concernent des demandes de rapport. Je vous demande donc si vous souhaitez prolonger notre séance ou si vous préférez terminer demain l'examen du texte. Qu'en pensez-vous, madame la ministre ?

La parole est à Mme la ministre.

Mme Jacqueline Gourault, ministre. Il me paraît plus raisonnable de nous arrêter ici pour ce soir.

Mme la présidente. Fort bien. Il en est ainsi décidé.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, à neuf heures :

Suite de l'examen du projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

La séance est levée.

(*La séance est levée à zéro heure.*)

Le Directeur
SERGE EZDRA