

Mercredi 6 décembre 2006

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 15

SESSION 2006 - 2007



**Présidence de M. Jean-Michel Dubernard, président
puis de M. Maurice Giro**

	pages
– Examen du projet de loi relatif à l'accès des personnes présentant un risque aggravé de santé –n° 3457 (<i>M. Bernard Pousset, rapporteur</i>)	2
– Examen du rapport de la mission d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants (<i>M. Laurent Wauquiez, rapporteur</i>)	8
– Informations relatives à la commission.....	15

La commission a examiné, sur le rapport de **M. Bernard Pousset**, le projet de loi relatif à l'accès des personnes présentant un risque aggravé de santé – n° 3457.

M. Bernard Pousset, rapporteur, a souligné que la convention « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé », dite convention « AERAS », succède à la convention signée le 19 septembre 2001 visant à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé, dite « Convention Belorgey », qui elle-même faisait suite à une convention, signée le 19 septembre 1991, sur l'assurabilité des personnes séropositives et sur les règles de confidentialité du traitement des informations médicales par l'assurance. Cette dernière convention a constitué une première avancée pour les malades atteints du VIH. Faute d'une implication satisfaisante de la part des établissements de crédits et des organismes d'assurances, les conventions de 1991 et 2001 n'ont toutefois pas connu le succès escompté. Après l'impulsion donnée le 27 avril 2006 par le discours du Président de la République sur la lutte contre le cancer, les partenaires de la convention Belorgey ont signé le 6 juillet 2006 une nouvelle convention. Il est maintenant proposé d'inscrire solennellement cette convention dans le roc en adoptant le présent projet de loi. Il importe de mettre fin à une situation où le refus de prêt en raison d'un état de santé s'apparente pour les malades à une double peine : à l'injustice de la maladie s'ajoute l'impossibilité de pouvoir emprunter, qui conditionne pourtant bien souvent la possibilité de mener une vie normale sur le plan privé et professionnel.

La convention AERAS présente des avancées très intéressantes. Tirant la leçon des difficultés d'application de la convention Belorgey, caractérisées principalement par un défaut flagrant d'information, la convention AERAS comporte un engagement fort des établissements de crédits, des organismes d'assurances et des associations de malades pour renforcer l'information délivrée aux personnes présentant un risque aggravé de santé. En particulier, les banques s'engagent à ce qu'un référent soit désigné au sein de chaque réseau bancaire. L'information sera développée grâce à la diffusion d'affiches et de plaquettes. Il faut se féliciter de ces avancées réalisées par les établissements bancaires et les organismes d'assurances. L'État, en tant que signataire de la convention, s'engage également à développer l'information relative à la convention et les contacts pris avec le ministère de la santé ont encore permis d'insister sur la nécessité de promouvoir des campagnes d'information nationales de grande ampleur.

De plus, la convention prévoit que les organismes d'assurances devront motiver le refus d'assurance. Ce point est essentiel car c'est la connaissance des motifs du refus qui permet l'accès au dispositif conventionnel et en particulier à la commission de médiation. La convention AERAS met également en place un mécanisme longtemps réclamé par les associations de malades de mutualisation des surprimes en faveur des emprunteurs à revenus modestes qui permet de plafonner la surprime supportée par le malade.

La convention comporte en outre l'engagement des établissements bancaires et des organismes d'assurances d'enserrer la procédure d'instruction des demandes d'emprunt dans un délai maximal de cinq semaines compatible avec les délais exigés en matière d'acquisition immobilière. La convention encourage également les personnes malades à demander des simulations et consacre la validité pendant quatre mois de toute proposition d'assurance.

Une commission de suivi et de propositions devra régulièrement faire le point sur l'application de la loi. Le résultat de ses travaux donnera au législateur la possibilité de rectifier, le cas échéant, les insuffisances du dispositif, notamment au regard de l'évaluation intermédiaire de juillet 2008. L'application de la convention Belorgey, qui s'est traduite par

un défaut d'engagement de la part des banques et des assurances, souligne tout l'intérêt de la création de cette commission de suivi et de propositions.

De plus, la convention AERAS prévoit que les assurances devront effectuer une mise à jour fréquente des connaissances sur l'espérance de vie des patients selon leur pathologie car des données scientifiques récentes sont susceptibles d'apporter une meilleure pertinence aux tarifications appliquées. Les banques et les assurances seront ainsi placées dans l'obligation d'actualiser leurs connaissances médicales et scientifiques sur les pathologies et de prendre en compte les améliorations apportées par les nouveaux traitements.

Ce projet de loi était très attendu par les associations de malades. Il permet de mettre fin à une véritable « double peine » et constitue pour beaucoup de malades un véritable soulagement. Les personnes concernées pourront enfin espérer vivre comme tout le monde et envisager des projets personnels ou professionnels.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Olivier Jardé a considéré que compte tenu des limites de la convention Belorgey, le projet de loi constitue une véritable avancée. Cependant, il est dommage de se limiter à adosser la convention à la loi et de faire trop confiance à un accord conventionnel. Il aurait peut-être été préférable de proposer des dispositions plus contraignantes, notamment en ce qui concerne les engagements des établissements bancaires et des organismes d'assurances. En tous les cas, il est impératif que ces derniers prennent en compte dans leur politique de tarification les modifications intervenues en matière d'espérance de vie de certains malades, particulièrement ceux atteints du VIH ou de certains cancers.

Mme Jacqueline Fraysse a déclaré partager l'opinion de M. Olivier Jardé. Si le texte constitue une avancée à saluer, il reste pourtant au milieu du gué. Il est également regrettable que le projet de loi se limite à énoncer des principes et ne détaille pas les conditions d'application concrètes de la convention ; les dispositions législatives devraient être plus contraignantes pour les établissements bancaires et les organismes d'assurances. Il aurait été plus judicieux de modifier le code des assurances, le code de la consommation ainsi que le code pénal. Des amendements seront proposés en ce sens.

M. Jean-Marie Le Guen, rappelant qu'il propose depuis des années une traduction législative des dispositions de la convention Belorgey, s'est félicité de la présentation de ce texte tout en partageant les regrets déjà exprimés qui conduiront au dépôt de plusieurs amendements. Les principes posés par la convention Belorgey étaient utiles. Malgré le temps laissé à cette convention pour développer ses potentialités, son application a rencontré de réelles difficultés. L'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé soulève deux questions importantes : d'une part le respect fondamental des droits des personnes, d'autre part la lutte contre la stigmatisation des personnes malades, qu'elles soient atteintes du VIH, d'un cancer ou d'une pathologie cardiaque. Il faut en effet mettre fin à l'exclusion et à la stigmatisation que vivent ces personnes. Malheureusement, la France conserve une vision magique et diabolisante de la maladie. Ce projet de loi est important pour des raisons de santé publique. Des amendements du groupe socialiste proposeront d'améliorer ce texte.

M. Yves Simon a relaté le cas d'un agriculteur de sa circonscription atteint d'un cancer des testicules qui a été déclaré guéri par la science. Souhaitant développer son activité économique, cette personne s'est néanmoins vu refuser un prêt en raison de son état de santé. Afin de mettre fin à ces problèmes douloureux, une proposition de loi a été rédigée, mais n'a pas été inscrite à l'ordre du jour.

Malgré les avancées réalisées par le projet de loi, il faudra sans doute aller plus loin. Une idée intéressante serait que toute assurance souscrite donne lieu à l'abondement d'un fonds public de garantie. Même si la jurisprudence viendra nécessairement préciser l'application du projet de loi, il sera sans doute nécessaire de passer de la bonne volonté des acteurs à une réelle obligation législative.

En réponse aux différents intervenants, **le rapporteur** a apporté les précisions suivantes :

– Ce projet de loi n'est qu'une première étape : il consiste à transposer dans la loi les principes posés par la nouvelle convention signée le 6 juillet 2006, dite « AERAS ». Ses signataires ont mis en place une commission de suivi et de propositions, qui est d'ailleurs chargée de préciser certains aspects opérationnels de la convention.

– Il est primordial de laisser toute sa chance à la convention telle qu'elle a été signée en juillet 2006.

– La première convention dite convention Belorgey ne comportait pas un mécanisme de suivi aussi développé et il est vrai que certains établissements de crédit ou certaines compagnies d'assurance n'ont pas réellement joué le jeu, adoptant des pratiques d'exclusion à l'encontre de certains malades. La situation actuelle est tout à fait différente et les professionnels savent très bien qu'ils auront désormais « une épée de Damoclès » au-dessus de la tête. L'instance de suivi doit en effet dresser un bilan de l'application de la convention AERAS d'ici juillet 2008. Si les établissements de crédit et les compagnies d'assurance ne respectent pas pleinement leurs engagements, l'instance de suivi ne manquera pas de le souligner et le pouvoir réglementaire pourrait dès lors fixer lui-même, par décret en Conseil d'État, le contenu des rubriques qui doivent figurer dans la convention.

– Mettre d'ores et déjà des dispositions très contraignantes dans la loi va à l'encontre de l'esprit d'une démarche conventionnelle qui ne réserve qu'en dernier ressort la voie réglementaire. Donnons d'abord toutes ses chances à la démarche des partenaires qui sont les mieux placés pour définir de manière consensuelle les aspects les plus pratiques de l'application de cette convention. Cela ne veut pas dire qu'on s'interdit à l'avenir d'inscrire dans les différents codes les principes de la convention si le besoin s'en fait sentir.

La commission est ensuite passée à l'examen des articles.

Avant l'article 1^{er}

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 112-2 du code des assurances relatif au devoir d'information de l'assureur.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il s'agit de codifier, dans le code des assurances, le contenu d'une des dispositions de la convention AERAS qui consacre la validité pendant quatre mois de toute proposition d'assurance.

Le rapporteur a donné un avis défavorable à cet amendement, qui vaut d'ailleurs pour l'ensemble des amendements déposés par Mme Jacqueline Fraysse. Tous ces amendements visent en effet à codifier des dispositions qui sont aujourd'hui conventionnelles, ce qui est source de rigidité. Il ne paraît pas opportun de donner dès à présent une traduction législative contraignante aux dispositions de la convention AERAS. Lorsqu'un premier bilan de l'application de la convention AERAS aura été fait par l'instance de suivi, il sera toujours

temps d'apprécier s'il convient de contraindre davantage les signataires qui n'auraient pas respecté leurs engagements.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 113-8 du code des assurances relatif aux causes de nullité des contrats d'assurance en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné qu'il s'agit avec cet amendement de réparer une injustice profonde. Actuellement, de nombreux malades sont incités à sous-estimer la gravité de leur pathologie pour pouvoir accéder au crédit. Lorsque les compagnies d'assurance se rendent compte de la fausse déclaration, elles prononcent la nullité du contrat mais gardent par-devers elles le montant des primes d'assurance payées par les assurés. Cette pratique, fortement dénoncée par les associations de malades et par l'association UFC-Que choisir, revient à un enrichissement des compagnies d'assurance sur le dos des malades qui, certes, ont commis une fausse déclaration mais dont le comportement s'explique facilement du fait de leur difficulté à obtenir un crédit. Cet amendement mettra fin à cette injustice en prévoyant que les primes d'assurance versées par les assurés ne demeurent pas acquises à l'assureur.

Le rapporteur a objecté que l'article L. 113-8 du code des assurances sanctionne très clairement les fausses déclarations intentionnelles et qu'il n'est pas possible d'encourager de telles pratiques. Il a par ailleurs fait remarquer que l'objet même du projet de loi, qui est d'améliorer les conditions d'accès au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé, devrait mécaniquement diminuer la tentation d'une fausse déclaration de la part de l'assuré sur son état de santé, d'autant plus qu'un mécanisme de mutualisation est par ailleurs mis en place.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 312-5 du code de la consommation relatif aux mentions obligatoires des publicités sur les prêts.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il est souhaitable d'inscrire dans la loi la disposition de la convention AERAS, selon laquelle tout document publicitaire ou d'information remis à l'emprunteur doit faire référence à la convention nationale d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, visée à l'article L. 1141-2 du code de la santé publique.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à compléter l'article L. 312-8 du code de la consommation relatif aux dispositions que doit contenir toute offre de prêt.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il s'agit avec cet amendement de faire figurer dans toutes les offres de crédit la mention de l'existence de la convention nationale d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, ainsi que le rappel du principe de la liberté du choix de l'assureur alors que de nombreux établissements de crédit ont tendance à imposer leur propre assureur.

Le rapporteur a fait remarquer que cet amendement portant sur les offres de crédit n'était pas opportun car les problèmes de défaut d'information sur l'existence de la convention nationale doivent être réglés bien en amont de l'offre de prêt, dans les documents de simulation de prêt par exemple, comme le stipule déjà la convention AERAS.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de **Mme Jacqueline Fraysse** visant à insérer dans l'article L. 312-14-1 du code de la consommation le principe selon lequel les refus de prêts immobiliers pour motif de santé doivent faire l'objet d'une motivation détaillée.

Le rapporteur, reprenant son argumentation sur la nécessité de laisser les partenaires conventionnels libres de faire vivre les modalités pratiques d'application de la convention, a souligné que les organismes d'assurance et les établissements de crédits se sont déjà engagés publiquement sous le régime de la convention Belorgey à motiver leur refus, ce qui constitue une bonne illustration des avancées concrètes réalisées dans le cadre conventionnel et de la confiance qui peut être portée à cette voie.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de **Mme Jacqueline Fraysse** visant à compléter l'article L. 225-2 du code pénal relatif aux discriminations pour y inscrire l'obligation pour les établissements de crédit de respecter les dispositions conventionnelles codifiées dans le code de la santé publique.

Le rapporteur a répété qu'il était prématuré de faire figurer dans la loi des dispositions contraignantes et *a fortiori* de prévoir des sanctions pénales pour le non-respect de la convention AERAS. Comme l'a rappelé M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, lors de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le rôle des sanctions médiatiques, qui ne manqueraient pas de tomber en cas de non-respect du dispositif conventionnel par l'un de ses signataires, ne doit pas être minimisé.

Mme Jacqueline Fraysse a fait observer qu'il n'était pas possible au législateur de remplir sa mission en s'appuyant sur les seules sanctions médiatiques !

Le rapporteur a indiqué qu'il n'en est bien évidemment pas question mais qu'il convient encore une fois de donner sa chance à l'approche conventionnelle.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 1^{er} : *Nature, signataires et objet de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur à l'alinéa 4 de cet article.

La commission a *adopté* l'article 1^{er} ainsi modifié.

Article 2 : *Rubriques obligatoires de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé*

La commission a *adopté* l'article 2 sans modification.

Article 3 : *Pérennité du dispositif conventionnel d'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé*

Le rapporteur a présenté un amendement insérant un alinéa après l'alinéa 3 de l'article. Dans sa rédaction actuelle, le troisième alinéa de l'article L 1141-2 du code de la santé publique, que l'article 1^{er} du projet de loi a pour objet de réécrire, prévoit que la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) donne un avis sur les dispositions de la convention nationale relatives aux données à caractère personnel de nature médicale de la convention, préalablement à sa conclusion. Cette disposition n'est pas reprise dans le présent projet de loi. Si les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée s'imposent bien sûr dans les conditions de droit commun aux fichiers des établissements de crédit et des assurances, il est préférable de rétablir la garantie supplémentaire donnée, en amont, par l'avis de la CNIL sur la convention et donc d'anticiper les difficultés et éviter ultérieurement tout problème d'application

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

Puis elle a *adopté* un amendement du rapporteur imposant que le décret en Conseil d'État prévu par l'alinéa 5, pour fixer le contenu des rubriques qui doivent figurer dans la convention dans les cas où la voie conventionnelle est mise en échec, soit publié au plus tard six mois après l'absence de prorogation ou de renouvellement ou après la dénonciation de la convention. Il s'agit d'éviter que le mécanisme de sauvegarde prévu soit privé de toute portée pratique en cas d'inertie du pouvoir réglementaire.

La commission a enfin *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur à l'alinéa 5.

La commission a *adopté* l'article 3 ainsi modifié.

Article 4 : *Évaluation de la convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé dans les six mois précédant son échéance*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur imposant que le rapport d'évaluation de la convention soit adressé par l'instance d'évaluation au plus tard trois mois avant l'échéance normale de la convention, afin d'éviter une éventuelle remise du rapport la veille de la signature et de créer les conditions pour que les adaptations requises puissent être préparées en temps utile pour garantir la continuité du dispositif d'accès au crédit pour les personnes présentant un risque aggravé de santé.

La commission a *adopté* l'article 4 ainsi modifié.

Article 5 : *Applicabilité de la loi à la convention déjà signée et évaluation intermédiaire de la convention nationale en vigueur à la date de publication de la loi*

La commission a *adopté* l'article 5 sans modification.

Article additionnel après l'article 5 : *Accès des assurés aux éléments médicaux des questionnaires de santé des compagnies d'assurance*

Le rapporteur a présenté un amendement visant à permettre à toute personne ayant rempli un questionnaire de santé nécessaire à la souscription d'un contrat d'assurance

d'accéder aux éléments médicaux à l'origine de la décision de la compagnie d'assurance. Les organismes d'assurance considèrent en effet que les dispositions actuelles de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ne leur sont pas opposables, au motif que le rapport rédigé par le médecin-conseil de l'organisme d'assurance ne constitue ni une information formalisée ayant contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ni un échange d'écrits entre professionnels de santé. Pour permettre cette communication d'information, l'amendement modifie le premier alinéa de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique pour rendre applicable la communication d'information sur la santé à toute situation où un professionnel produit ou détient des informations sur la santé d'une personne, même en dehors des situations de soins ou de prévention.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

Puis, la commission a *adopté* l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

Mme Jacqueline Fraysse et M. Jean-Marie Le Guen ont indiqué qu'ils s'abstenaient dans l'état actuel du texte.

*

Puis, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le rapport de la mission d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants présenté par **M. Laurent Wauquiez**.

M. Laurent Wauquiez, rapporteur, a présenté les grandes lignes du projet de rapport, en rappelant que la mission d'information, à laquelle ont notamment participé Mme Patricia Burckhart-Vandeveldé et M. Jean-Marie Le Guen, a procédé à une trentaine d'auditions, s'est déplacée sur le terrain à Nanterre, Saint-Quentin-en-Yvelines et Montpellier, et s'est rendue en Norvège afin de disposer de points de comparaison.

Elle a tout d'abord établi un bilan qui montre que si les étudiants sont en meilleure santé que l'ensemble de la population, cela ne doit pas masquer un certain nombre de signes de dégradation préoccupants.

Ainsi, l'évolution des pratiques alimentaires est inquiétante. Les étudiants négligent de plus en plus l'hygiène alimentaire, en raison de rythmes universitaires mal adaptés et d'une diminution de la consommation de fruits et légumes. Surtout, on constate une augmentation préoccupante du nombre des cas d'obésité et des problèmes de boulimie et d'anorexie, notamment chez les jeunes filles : 10 % des consultations au bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) de Paris sont liés à des problèmes d'alimentation.

On observe par ailleurs une certaine négligence vis-à-vis de certains types de soins, comme si, entre 18 et 25 ans, on n'avait pas besoin de se préoccuper de sa santé. Cette tendance est particulièrement nette pour les soins bucco-dentaires et d'optique. Or, faute de traitement précoce, les problèmes seront bien plus lourds par la suite. Cela tient bien sûr au fait que les remboursements hors complémentaires sont faibles, mais aussi qu'il s'agit de soins que les étudiants ont tendance à reléguer au second plan.

Enfin, sans doute ne mesure-t-on pas assez l'importance, croissante depuis une vingtaine d'années, des situations de mal-être chez les étudiants. On enregistre près de 1 000 suicides par an chez les 15-25 ans. Le stress, les problèmes d'orientation et d'insertion professionnelle ne semblent pas assez pris en compte sur les campus. Il existe aujourd'hui de

vrais problèmes psychologiques dans cette population. La ligne « Fil santé jeunes » connaît aussi des pics d'appels au moment des examens.

La mission a également porté une attention particulière aux conduites à risque. Des progrès très importants ont été enregistrés ces cinq dernières années en ce qui concerne le tabac : les étudiants fument de moins en moins et leur consommation diminue davantage que celle de la moyenne de la population.

La situation est en revanche inquiétante pour l'alcool avec de véritables abcès de fixation. Il s'agit ici non pas d'alcoolémie ou d'ivresse régulière au cours de la semaine, mais d'une pratique festive. On ne peut que déplorer l'hypocrisie des alcooliers, qui continuent à parrainer des soirées étudiantes sous prétexte de financer des opérations de prévention. Par ailleurs, le marché des prémix explose à nouveau, les fabricants contournant la taxe adoptée à l'initiative d'Yves Bur, député du Bas-Rhin, en remplaçant le sucre par l'aspartam. Or ces boissons entraînent des addictions préoccupantes. On assiste également au développement de nouvelles pratiques comme les *open bar* et le *binge drinking*, qui donnent lieu, en particulier chez les étudiants en médecine, notamment à Lyon, à des pratiques inquiétantes, certains étudiants arborant des barrettes attestant du nombre de comas éthyliques qu'ils ont subis dans l'année...

En ce qui concerne la drogue, comme d'ailleurs les maladies sexuellement transmissibles, on constate que les étudiants ont tendance à ignorer le danger. Fumer du cannabis ou avoir recours à de nouvelles drogues comme les *poppers* est considéré aujourd'hui comme plus inoffensif que la consommation de tabac.

On assiste par ailleurs à la réapparition de certaines maladies sexuellement transmissibles, comme la syphilis ou les herpès sexuels, tandis que la vigilance vis-à-vis du sida diminue. Un véritable problème d'information se pose en matière de contraception. Il est inquiétant que 25 % des filles ayant subi une interruption volontaire de grossesse en connaissent une deuxième au cours de leur scolarité étudiante. La prévention et la contraception sont particulièrement difficiles à promouvoir en direction de certaines jeunes filles soumises à une pression familiale ou religieuse. Les services de médecine préventive universitaire doivent offrir à ces jeunes filles un abri, loin du regard inquisiteur de leurs familles.

Alors que les étudiants étrangers sont censés passer un examen médical, les procédures sont telles que le temps d'attente atteint maintenant six mois, ce qui peut poser des problèmes sanitaires.

En ce qui concerne les étudiants en situation de handicap, la loi du 11 février 2005 a permis d'importantes améliorations et a favorisé une prise de conscience sur les campus, avec des travaux d'accessibilité et des actions au sein des maisons de médecine préventive universitaire. On observe toutefois encore des inégalités sur le territoire national. En outre, les problèmes sont sans doute à venir, puisqu'on compte aujourd'hui entre 2 000 et 5 000 lycéens en situation de handicap, pour lesquels la question de l'intégration dans l'enseignement supérieur se posera dans les prochaines années.

Après avoir posé ce diagnostic, la mission d'information s'est interrogée sur les réponses apportées par les politiques publiques et de protection sociale. Son premier constat a été que la couverture sociale fonctionne relativement mal. Les étudiants doivent acquitter le coût de leur mutuelle au moment de la rentrée universitaire, alors qu'ils ont déjà à trouver un logement, payer les frais d'inscription et acheter les fournitures ; aussi la mutuelle se trouve fréquemment reléguée au dernier plan, l'étudiant se considérant par essence comme en bonne

santé. Du coup, 80 % seulement des étudiants ont une complémentaire, contre 92 % pour la moyenne nationale. Les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une mutuelle ne sont pas satisfaisants car ils ne bénéficient qu'aux étudiants boursiers. Ceux qui, originaires des classes moyennes modestes, sont juste au-dessus du seuil, ne perçoivent aucune aide, cette catégorie étant l'oubliée de ce dispositif comme de nombreux autres. Ils connaîtront par la suite des problèmes d'accès aux soins. La mission a également constaté la complexité du système : selon que l'étudiant est en apprentissage ou qu'il exerce un travail salarié pendant ses études, il sera affilié alternativement au régime étudiant et régime général, avec pour conséquence des transferts d'information difficiles et d'importants retards dans l'envoi des cartes Vitale.

La mission tire un signal d'alerte sur l'insuffisance des moyens de la médecine préventive universitaire : on compte en France un médecin pour 10 000 étudiants, une infirmière pour 7000 étudiants, un psychologue pour 40 000 étudiants, contre un médecin pour 4000 étudiants et un psychologue pour 6000 étudiants en Norvège. C'est d'autant plus étonnant que la France a autant de diplômés en psychologie que tout le reste de l'Europe. Cela tient sans doute au fait que, depuis une vingtaine d'années, on a systématiquement consacré à d'autres postes les moyens affectés à la médecine préventive universitaire. Dans certains cas les emplois financés par la contribution des étudiants ont été détournés au profit de la médecine du travail pour les personnels de l'université. Il s'agit aussi d'un domaine qui souffre d'une absence de pilotage national. Écartelé entre le ministère de l'éducation nationale et celui de la santé, qui ont chacun leur logique administrative, il ne bénéficie pas d'une enveloppe budgétaire clairement identifiée dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et il est géré par un bureau du ministère de l'éducation nationale.

À partir de ce constat, la mission s'est efforcée de faire des propositions concrètes et réalistes.

Les premières ont trait à l'accès aux soins. Elles visent à rendre plus simple le parcours de sécurité sociale, en rattachant l'ensemble des étudiants au régime de la mutuelle étudiante. Sans doute certains étudiants y perdraient-ils en termes d'acquisition de droits à la retraite, mais une telle simplification serait extrêmement précieuse. Il conviendrait aussi d'alléger les coûts de la couverture sociale. Afin de rendre plus supportable la charge de la cotisation de sécurité sociale, il est proposé d'en fractionner le paiement en dix versements au cours de l'année. Il conviendrait aussi de développer le chèque santé, à partir des expériences menées dans le Nord et dans les Alpes-Maritimes, en donnant aux étudiants un chèque de 100 euros déductible du montant de la cotisation à une mutuelle complémentaire. Cette mesure aurait un vrai effet de levier pour renforcer la prévention : elle viserait précisément les étudiants qui n'ont pas accès à la couverture complémentaire et favoriserait l'acquisition de bons comportements de santé. M. Richard Mallié, député des Bouches-du-Rhône, a d'ailleurs déjà déposé une proposition de loi en ce sens.

La deuxième série de propositions de la mission vise les structures de la médecine préventive universitaire. Il s'agit tout d'abord de regrouper les différents dispositifs au sein de maisons de la santé étudiante, afin de favoriser une approche pluridisciplinaire et de passer de la « bobologie » actuelle à de véritables interventions croisées en santé physique et psychologique, en prévention, mais aussi en action sociale et en orientation. Par ailleurs, afin de redonner un sens à la visite médicale obligatoire qui n'est effectuée que pour moins de la moitié des étudiants, il est proposé de créer un « paquet santé » regroupant, au cours des deux premières années d'enseignement supérieur, une visite médicale systématique, une mise à jour des vaccins, un bilan bucco-dentaire et optique ainsi que, le cas échéant, une consultation d'addictologie. Cela paraît d'autant plus nécessaire qu'avec la disparition du service militaire, on ne procède plus aujourd'hui au check-up médical de la moitié de la population. Augmenter

de 15 % les effectifs consacrés à la médecine préventive universitaire devrait permettre de relever ce défi et de réaliser à terme, grâce aux mesures de prévention, d'importantes économies.

Cette volonté de relancer la prévention est d'ailleurs une des préoccupations de la mission. S'agissant de la lutte contre l'alcool, il convient d'appliquer fermement l'interdiction du parrainage de soirées étudiantes par les alcooliers, de modifier la réglementation relative aux prémix afin de viser aussi les boissons fabriquées à partir d'aspartam et d'élaborer une charte de bonne conduite s'appuyant sur la prévention de pair à pair, c'est-à-dire celle menée par les associations d'étudiants qui paraît bien plus efficace que les actions gouvernementales de communication.

Il convient également de mieux réfléchir à toutes les questions relatives au bien-être des étudiants. Cela passe d'abord par le bien manger : la mission préconise que les restaurants universitaires organisent chaque semaine une journée avec des repas bien équilibrés, à des tarifs attractifs, accompagnés d'actions d'information. Il convient aussi de développer le sport à l'université. Alors qu'en BTS, en IUT et dans les classes préparatoires les heures de sport sont prévues, elles ne sont pas assurées alors que 900 enseignants d'éducation physique n'ont pas d'affectation. Le sport y a en fait complètement disparu depuis quinze ans. Les installations sportives des campus sont en très mauvais état. Pourtant, le sport permet d'évacuer le stress, il est un gage d'équilibre des étudiants et de réussite dans leurs études. La mission propose donc d'inscrire au moins deux heures de sport hebdomadaire dans tous les cursus de l'enseignement supérieur.

Si la santé des étudiants a été jusqu'ici plutôt négligée dans l'approche de l'enseignement supérieur au profit de sujets plus nobles comme la transmission des savoirs ou l'orientation, il s'agit d'un facteur important de succès ou d'échec dans les études. Il faut saluer le travail accompli par les représentants des étudiants depuis deux à trois ans pour essayer d'en faire un véritable sujet de politique publique.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

Le président Jean-Michel Dubernard, après avoir salué le travail très important accompli par Laurent Wauquiez, a rappelé que lorsqu'il avait fait mener à Lyon, en 1991, une étude sur les exclus du système de santé, il avait eu la surprise de s'apercevoir qu'1 % des étudiants, soit plus de 1 000 d'entre eux, était concerné par ce phénomène. Ce travail avait alors débouché sur l'ouverture en centre ville d'une maison de l'étudiant, afin d'informer les étudiants sur les questions de santé, cette maison a fermé depuis lors. Le rapport de la mission d'information montre que les choses n'ont guère évolué. Il trace des pistes intéressantes pour répondre aux besoins et il convient donc qu'il soit exploité de façon politique, au sens noble du terme.

M. Pierre-Louis Fagniez a jugé le diagnostic intéressant, même s'il paraît évident que l'on ne changera pas tout chez les jeunes, qui manquent de repères face à la santé parce qu'ils se croient immortels : il faut bien qu'il y ait un âge où l'on est un peu fou et inconscient... En outre, il y a toujours eu beaucoup de suicides chez les jeunes et il n'est pas certain que le chiffre avancé soit un élément clé du diagnostic.

En revanche, la question alimentaire, qui englobe d'ailleurs le coma éthylique dont a parlé le rapporteur, paraît primordiale. En fait, c'est le sucre qui est au centre de tous les dérèglements : il est présent en excès dans l'obésité et fait défaut dans l'anorexie mentale des jeunes filles ; l'alcool et les prémix sont également reliés à la problématique du sucre. En fait, nous suivons la civilisation américaine, qui a fait du sucre un élément fondamental.

Bien évidemment, les problèmes bucco-dentaires sont également liés au sucre. On a, pour la première fois dans le monde, fermé une faculté dentaire à Malmö, en Suède, en apprenant simplement aux enfants qu'on ne mangeait pas de sucre avant de se coucher et que l'on se brossait les dents. Si l'on dispensait une éducation correcte à la santé dès l'école, il n'y aurait plus de caries et les problèmes dentaires entre 18 et 25 ans ne seraient pas aussi importants.

Un autre problème tient au fait que la jeunesse est la période d'activité génitale pour les femmes. Il n'est donc pas anormal que les 18-25 ans soient les plus touchés par les maladies sexuellement transmissibles mais aussi, et c'est dramatique, par une grande partie des 220 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) pratiquées chaque année, pour environ 800 000 naissances et 550 000 décès. Il n'y a là aucun jugement moral : il est très bien d'avoir autorisé l'IVG pour limiter les avortements qui entraînaient à l'époque 3000 morts de jeunes femmes chaque année, mais aujourd'hui certaines femmes ne peuvent plus avoir d'enfants à cause des IVG. Le nombre des avortements n'a pas diminué et c'est un échec de la loi de 1975. Qui plus est, entre 18 et 25 ans, l'IVG est souvent vue avec une certaine insouciance et considérée comme une méthode anticonceptionnelle. Il faudrait faire des progrès en la matière, en favorisant, par l'éducation, une véritable prise de conscience.

S'il convient bien évidemment de revoir le système français de médecine préventive, il faut en effet améliorer l'accès des classes moyennes modestes à la santé et les faire bénéficier davantage des actions de prévention.

Compte tenu de la démographie médicale, on ne parviendra pas à combler le déficit en médecins de la médecine scolaire et universitaire, en particulier parce que les jeunes n'ont guère envie de se tourner vers cette discipline. En revanche, la France regorge de psychologues, qu'il faudrait sans doute orienter davantage vers la psychoclinique et utiliser pour un travail de prévention, dès le collège où l'on parvient très bien à faire passer un certain nombre de messages.

S'agissant du sport, il faut, bien au-delà de l'obligation de deux heures de pratique hebdomadaire, susciter un changement des mentalités afin qu'il fasse vraiment partie de la vie de chacun, à l'université comme ailleurs.

Enfin, il conviendrait de préciser si la proposition de la mission vise à ce que tous les étudiants bénéficient d'un accès à une mutuelle complémentaire, afin de tendre vers une couverture de 92 %, comme pour l'ensemble de la population. Il faut aider tous les étudiants à acquérir cette couverture complémentaire, afin que plus personne ne soit empêché d'accéder à la santé pour des raisons financières.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que ce rapport bienvenu met l'accent sur des choses connues depuis une vingtaine d'années. En effet, si la qualité de la protection sanitaire offerte aux étudiants était de très bon niveau, avec notamment les établissements de la Fondation santé des étudiants de France, les choses se sont singulièrement dégradées depuis une vingtaine d'années, à l'image de la situation des universités, de la situation sociale des étudiants et de la santé des adolescents, qui a été considérablement négligée parce qu'on la considérait comme ne posant pas de problème.

Il est bon d'insister sur les problèmes liés à l'alcool. Si le niveau d'alcoolisation des jeunes a globalement régressé, il faut stopper immédiatement toute velléité de contre-attaque. Cela paraît tout particulièrement nécessaire à l'heure où certains députés n'hésitent pas à proposer le retour du vin à la cantine...

En ce qui concerne les addictions, le rapporteur a semblé faire l'impasse sur les addictions de type pharmaceutique, ainsi d'ailleurs que sur les problèmes de sommeil. Or les étudiants ont recours, notamment au moment des examens, à des anxiolytiques et à des psychostimulants. La situation devient préoccupante parce qu'on est aujourd'hui dans une culture de médecine de confort, d'adjuvant et de dopage, qu'il convient de ne pas laisser s'installer chez les jeunes. On observe d'ailleurs aussi une consommation de cannabis comme anxiolytique ou stimulant et non pas seulement dans un but festif. À ce propos, il sera difficile de faire passer le message selon lequel la consommation épisodique de cannabis serait plus grave que celle régulière de tabac, tout simplement parce que ce n'est pas vrai.

S'agissant de la sexualité, si l'on dénombre autant d'interruptions volontaires de grossesse, c'est surtout faute d'une politique de prévention et d'un véritable suivi des jeunes filles, en particulier de celles que leur culture empêche de se tourner vers la contraception et qui ont recours à plusieurs reprises à l'IVG.

En ce qui concerne la médecine préventive, on ne saurait oublier que, depuis un quart de siècle, de nombreux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de la Cour des comptes ont prôné la fermeture de structures comme les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) ou les centres de santé étudiante. On parle beaucoup aujourd'hui de la responsabilité des magistrats et on voit mal pourquoi les hauts fonctionnaires des corps de contrôle n'auraient pas à rendre de comptes lorsque leurs conclusions sont erronées et ne s'intègrent dans aucune vision stratégique...

S'agissant des solutions, il paraît en effet impossible de mobiliser plus de médecins. Il faut donc développer les politiques de prévention en faisant davantage appel à des nutritionnistes, des psychologues, des ergothérapeutes et à des spécialistes du « *coaching* ». Lutter contre le mal être passe sans doute par une politique de prévention, de conseil, d'écoute, mais on ne pourra pas mettre un psychiatre derrière chaque étudiant qui rencontre un problème. Comme l'a souligné le rapporteur, la société a tout intérêt à améliorer la qualité de la santé des étudiants pour qu'ils deviennent certes de meilleurs étudiants, mais aussi des adultes en meilleure santé.

Il faudrait sans doute insister davantage sur la vie sociale et sur le rôle social des centres régionaux d'œuvres universitaires et scolaires (CROUS). Demander aux restaurants universitaires de servir des repas équilibrés une fois par semaine laisse entendre qu'ils ne le font pas le reste du temps. Il faudrait s'appuyer sur la restauration universitaire pour faire de la prévention et de l'éducation à la bonne nutrition.

Le régime de la sécurité sociale étudiante est souvent compliqué car l'étudiant relève de la sécurité sociale de ses parents avant vingt ans et du régime salarié lorsqu'il occupe un emploi. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la direction de la sécurité sociale considèrent d'ailleurs que le régime étudiant n'a pas de véritable légitimité, ce qui revient à nier tout son rôle de prévention et d'accompagnement.

En ce qui concerne la couverture complémentaire, le problème ne concerne pas uniquement les étudiants boursiers les plus pauvres. On observe là un phénomène appelé à se généraliser dans le système de santé français, qui fait que la « *poor middle class* », comme les Américains l'appellent, n'a pas accès à une couverture complémentaire. On peut bien sûr considérer que cela relève de la responsabilité individuelle, mais on peut aussi se dire que la société a intérêt, au moins jusqu'à un certain âge, à investir dans le capital santé. Aussi, plutôt que de recourir à un système de chèque qui serait onéreux pour les collectivités locales, vaudrait-il mieux affirmer la nécessité d'une prise en charge des soins à 100 % pour les jeunes. Cela paraîtrait d'autant plus logique que l'idée selon laquelle certains patients

consommeraient trop de soins de santé, à l'origine de l'instauration du ticket modérateur, ne vaut pas pour cette population, les jeunes n'étant pas particulièrement hypocondriaques... La suppression du ticket modérateur pour cette classe d'âge pourrait en outre responsabiliser les mutuelles et les inciter à promouvoir le « *coaching* ».

Enfin, il paraît légitime que le ministère de la santé ait la responsabilité de la médecine préventive universitaire. Sans doute faudrait-il l'inciter à intervenir davantage et à aller, en liaison avec les mutuelles étudiantes et les universités, vers une forme de santé populationnelle.

Après avoir remercié M. Pierre-Louis Fagniez d'avoir insisté sur les problèmes liés au sucre et sur la nécessité de promouvoir une vraie culture du sport, au bénéfice du bien-être et de l'équilibre des étudiants et souligné que, de ce point de vue, le contraste avec les pays nordiques est saisissant, **le rapporteur** a apporté les précisions suivantes en réponse aux intervenants :

– Le nombre des interruptions volontaires de grossesse est en effet très important, avec, comme l'a souligné M. Jean-Marie Le Guen, un phénomène de répétition chez les jeunes filles qui subissent une pression de leur milieu familial.

– En ce qui concerne le régime de protection sociale des étudiants, la première proposition vise à ce que tous les étudiants de moins de 25 ans relèvent du seul régime étudiant. Certains seraient sans doute perdants au regard des droits à la retraite, mais l'ensemble du système gagnerait en simplicité et en lisibilité. Cette avancée extrêmement importante se heurte à l'opposition de la caisse nationale d'assurance maladie. Le rapport de la mission rappelle l'attachement des parlementaires au régime des mutuelles étudiantes car, outre que les récents calculs de la Cour des comptes ne sont pas vraiment convaincants, elles sont indispensables pour prendre en compte les particularités des étudiants.

– Comme l'ont souligné MM. Pierre-Louis Fagniez et Jean-Marie Le Guen, il serait irréaliste de miser sur une augmentation du nombre des médecins. Mieux vaut donc développer les approches par des nutritionnistes, des psychologues et des ergothérapeutes et s'appuyer sur le tissu de prévention existant, tout en le modernisant. Il faut aussi miser sur l'action des associations d'étudiants.

– En ce qui concerne l'alcool, M. Jean-Marie Le Guen a eu raison d'insister sur la nécessité de stopper net les contre-attaques des alcooliers, car la dégradation actuelle est d'autant plus préoccupante qu'elle touche tous les étudiants, y compris les plus favorisés, et notamment les facultés de médecine et les écoles de commerce où se déroulent 6 000 des 20 000 soirées étudiantes organisées chaque année.

Le rapport insiste sur les addictions de type pharmaceutique, qui commencent en effet dès cet âge, avec la culture du dopage dont a parlé M. Jean-Marie Le Guen.

– En ce qui concerne le chèque santé, la prise en charge par la sécurité sociale à 100 % qu'il a préconisée risquerait de créer au profit des étudiants un régime plus favorable que pour l'ensemble des jeunes. Il n'est en outre pas certain qu'on les habitue de la sorte aux bonnes pratiques qu'ils doivent acquérir pour l'ensemble de leur vie.

– Enfin, il est nécessaire que le ministère de la santé soit effectivement le pilote de la médecine préventive étudiante, d'autant qu'il apparaît clairement que l'éducation nationale ne s'en préoccupe pas.

La commission a décidé, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

Informations relatives à la commission

La commission a désigné :

– **M. Laurent Wauquiez**, rapporteur pour avis sur le projet de loi portant réforme de la protection juridique des majeurs – n° 3462.

– **M. Emmanuel Hamelin**, rapporteur sur le projet de loi, adopté par le Sénat après déclaration d’urgence, relatif à la modernisation de la diffusion audiovisuelle– n° 3460.