

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

Mardi  
17 mars 2015  
Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 35

- Examen des articles du projet de loi relatif à la santé  
(n° 2302) (*M. Olivier Véran, Mme Bernadette Laclais,  
M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Geoffroy, M. Richard  
Ferrand, rapporteurs*) ..... 2
- Présences en réunion..... 44

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence de  
Mme Catherine  
Lemorton,  
Présidente**

## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 17 mars 2015

*La séance est ouverte à vingt-et-une heures trente.*

*(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)*

*La Commission des affaires sociales procède à l'examen, sur le rapport de M. Olivier Véran, de Mme Bernadette Laclais, de M. Jean-Louis Touraine, de Mme Hélène Geoffroy et de M. Richard Ferrand, des articles du projet de loi relatif à la santé (n° 2302).*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Mes chers collègues, nous avons tenu le rythme du débat suivant la règle acceptée par tous les présidents de groupe. Je vais donner la parole à Mme la ministre afin qu'elle puisse finir de répondre aux très nombreuses questions qui lui ont été posées cet après-midi sur le projet de loi santé.

**Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.** Une question d'ordre général, souvent posée par l'opposition, a porté, de façon faussement ingénue, sur la place de la Conférence nationale de la santé qui a été annoncée : pourquoi la réunir seulement une fois la loi votée ? Il y a deux ans a été lancée la stratégie nationale de santé, à laquelle il est fait référence dans l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi ; elle porte sur l'ensemble des évolutions nécessaire à notre système de santé. Un certain nombre d'actions ont été engagées dans ce cadre : le pacte territorial de santé, la réorganisation du financement hospitalier, et maintenant les dispositions du présent projet qui visent à mettre un terme à l'aggravation constatée des inégalités devant la santé.

D'autres problématiques demeurent, qui n'ont cependant pas vocation à être traitées par ce texte. Elles concernent notamment la pratique de l'exercice médical dans quelques années, le mode de rémunération des professionnels, y compris hors hôpital, l'articulation de la formation avec les différentes formes d'activité. C'est pourquoi, à la demande des jeunes professionnels en particulier, la Conférence nationale de la santé sera organisée.

Mme Fraysse a souligné l'importance de la protection maternelle et infantile (PMI) et relevé l'absence de sa mention dans le texte. Nous avons souhaité combler cette lacune : trois amendements ont été déposés concernant la contribution de la PMI à la politique de santé, son lien avec le médecin traitant, la clarification de son rôle dans le parcours scolaire, particulièrement dans le primaire, et je donnerai un avis favorable à l'adoption de ces amendements.

Mme Geoffroy s'est interrogée sur le dispositif public d'information sur la santé. Nous envisageons la création d'un portail public d'information qui rassemble les renseignements existants, facilite l'orientation des citoyens, et ce dans un langage accessible à tous, car ce qui existe aujourd'hui est trop souvent rédigé dans une langue soit administrative, soit technique. Nos concitoyens attendent quelque chose qui épouse leur point de vue ; à cet égard, je vous renvoie au site de l'Institut national du cancer (INCa), qui est un exemple à suivre.

D'autres préoccupations ont été exprimées, par des acteurs d'horizons très divers, sur l'*open data*, visé à l'article 47 ; plusieurs amendements de réécriture, déposés par M. Gérard Bapt notamment, y répondent. Le comité d'experts sera nommé par le ministère dans des

conditions qui garantiront son indépendance, et sera installé dans les locaux de l'Institut des données de santé (IDS) afin de faciliter son travail. La question a été posée aussi de savoir si les organes de presse, généralistes ou spécialisés, qui publient régulièrement des « palmarès » auront toujours les moyens de le faire. L'accès des journalistes, particulièrement ceux qui sont impliqués dans le domaine social, aux données hospitalières, sera maintenu, dans des conditions déterminées par le projet de loi. Le comité d'experts sera saisi de toute nouvelle demande d'accès et émettra un avis qui sera transmis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Je précise en revanche, notamment à l'attention de Mme Fraysse qui s'en était inquiétée, qu'aucun laboratoire pharmaceutique, ni d'ailleurs quiconque, ne pourra consulter de renseignements nominatifs. Il s'agit de données confidentielles, déjà protégées par la loi au titre de la protection de la vie privée.

Plusieurs questions importantes ont été posées quant aux conditions dans lesquelles on peut donner son sang. Dès mon arrivée au ministère, j'ai clairement indiqué que l'orientation sexuelle ne saurait constituer un critère d'exclusion. Je rappelle que les conditions du don du sang, la qualité des donneurs, les questions qui leur sont posées, ne relèvent pas de la loi mais d'un simple arrêté. Le Conseil de l'Europe a formulé un certain nombre de recommandations, dont celle de collecter des données épidémiologiques relatives à l'incidence et à la prévalence des infections sexuellement transmissibles parmi les donneurs, notamment parmi les personnes ayant des comportements sexuels à risque, l'objectif étant de s'appuyer sur les informations recueillies pour définir des critères de sélection des donneurs de sang.

J'ai saisi le Comité consultatif national d'éthique quant à la pertinence, de son point de vue, de faire évoluer les formulaires, et à la pratique – dont je rappelle qu'il s'agit d'une pratique et non d'une règle de droit – de restrictions pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au vu des données scientifiques disponibles et du débat existant au sein de la société. Dans ce contexte, où le risque sanitaire, la responsabilité individuelle et sociale des donneurs, les pratiques potentiellement discriminatoires sont en cause, le Comité doit me rendre son avis dans les prochains jours.

Par ailleurs, j'ai mis en place un groupe de travail composé d'experts de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Établissement français du sang (EFS) pour étudier les risques liés à une éventuelle ouverture du don du sang aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. La question porte aussi sur l'évolution du risque liée à une exclusion temporaire du don lié à des comportements sexuels dans la période précédant celui-ci. Les premières conclusions du groupe ont abouti à un accord pour modifier le questionnaire en supprimant la mention de l'orientation sexuelle et en ne retenant que les comportements sexuels à risque. Il appartient désormais aux experts – qui devront se prononcer dans les prochains jours – d'évaluer la modification du risque transfusionnel résiduel selon la période d'exclusion du don : portera-t-elle sur douze mois, six ou quatre mois après un rapport sexuel à risque ?

En résumé, le dispositif ne relève pas de la loi mais d'un arrêté, et la décision est d'ores et déjà prise de modifier les termes du questionnaire préalable au don et, le cas échéant, de fixer le nombre minimum de mois devant s'être écoulés entre un comportement à risque et le don – point sur lequel nous attendons encore que les experts se prononcent. Voilà la position du Gouvernement ; j'espère avoir répondu aux attentes et aux préoccupations. Si le débat devait avoir lieu dans l'hémicycle, je demanderais le retrait des amendements éventuels, ce sujet ne ressortissant pas au domaine législatif.

À Jean-Louis Touraine, je réponds que je suis favorable à la prescription des substituts nicotiques par les chirurgiens-dentistes. Je suis également favorable à l'évolution du recueil du consentement au don d'organes, mais il reste à préciser la proposition ; à cet égard, les travaux conduits avec l'Agence de la biomédecine ont permis de progresser de façon significative.

À Philip Cordery et à d'autres, enfin, je précise que les amendements relatifs aux coopérations transfrontalières recevront un avis favorable du Gouvernement.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Mes chers collègues, je vous rappelle que de plus 1 700 amendements ont été déposés, et tiens à remercier au passage les rapporteurs ainsi que les services de la Commission, qui ont accompli un travail considérable afin de nous permettre de travailler dans les meilleures conditions possible. Au titre de l'article 40 de la Constitution, j'ai transmis au président de la Commission des finances, M. Gille Carrez, 246 de ces amendements, dont 145 ont été déclarés irrecevables. Par ailleurs, j'ai moi-même déclaré irrecevables neuf amendements qui visaient à étendre le champ des ordonnances prévues par le projet de loi, pratique que le Conseil constitutionnel censure avec constance.

Ce très grand nombre d'amendements nous oblige à organiser un peu plus strictement nos débats. C'est pourquoi j'ai convenu avec les responsables des différents groupes de recourir aux dispositions de l'article 100, alinéa 7, de notre Règlement, qui s'appliquent à la séance publique. Ainsi, pour chaque amendement, ne pourront intervenir, outre l'auteur ou l'un des auteurs, le seul rapporteur et un orateur contre, et ce pour deux minutes chacun ; le Gouvernement interviendra sur ses propres amendements. C'est la seule solution que nous avons trouvée pour, tout en laissant la place aux échanges nécessaires, terminer l'examen du texte dans des délais permettant à chacun d'être présent sur son territoire pour les échéances électorales de dimanche prochain.

*La Commission en vient à l'examen des articles*

## **TITRE LIMINAIRE RASSEMBLER LES ACTEURS DE LA SANTÉ AUTOUR D'UNE STRATÉGIE PARTAGÉE**

**Article premier (art. L. 1411-1, L. 1411-1-1, L. 1411-2, L. 1411-3, L. 1411-4, L. 1431-2 du code de la santé publique, L. 111-2-1, L. 161-37 et L. 182-2 du code de la sécurité sociale) : *Rénovation du cadre général de la politique de santé***

*La Commission examine en discussion commune les amendements identiques AS662 de M. Bernard Accoyer et AS1040 de Mme Valérie Boyer, ainsi que l'amendement AS394 de M. Dominique Tian.*

**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement touche au cœur du problème posé par le projet de loi : l'étatisation forcenée. Au lieu d'écrire au quatrième alinéa de l'article 1<sup>er</sup> : « La politique de santé relève de la responsabilité de l'État », nous privilégions la coopération des professions de santé, des hôpitaux publics et privés et des associations d'usagers.

**Mme Valérie Boyer.** Tous les acteurs du système de santé contribuent à la politique de santé de la nation. Je crois qu'il est important de faire vivre la démocratie sanitaire, de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation de tous les acteurs de santé et des usagers dans la gouvernance du système de santé et de promouvoir les droits

individuels et collectifs des usagers. Toutes les parties prenantes du système de santé, usagers comme professionnels, sont concernées ; je suis donc surprise que, dans ce titre préliminaire, ils ne soient même pas évoqués et que l'on se contente d'une vision étatisée de la santé, alors même qu'on prétend l'ouvrir à la société civile. La loi doit renforcer la cohésion de notre système de santé et favoriser l'efficacité de la réponse aux besoins de santé de l'ensemble de la population tout en garantissant la liberté de choix.

**M. Élie Aboud.** Il existe aujourd'hui un système en réseau dont tous les acteurs de terrain favorisent l'émergence. Le législateur doit encourager ce mouvement en reconnaissant que d'autres acteurs que l'État sont susceptibles de jouer un rôle majeur dans le domaine de la santé publique.

**M. Olivier Véran, rapporteur pour le titre préliminaire et le titre premier.** Ces amendements sont pleinement satisfaits par la rédaction du projet de loi. C'est d'ailleurs la première fois que les associations de patients sont érigées par la loi en composante à part entière de la construction de la politique de santé publique. Si vous lisez l'article jusqu'au bout, vous constaterez que la Conférence nationale de santé et les conférences régionales de santé participent à la conception, à l'élaboration, mais aussi à la révision des structures nationales de santé, et que les territoires pourront participer à l'établissement des projets régionaux de santé. Je suis donc défavorable à ces amendements.

*La Commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS395 de M. Dominique Tian.*

**M. Élie Aboud.** Il s'agit de préciser que ce sont les établissements de santé publics et privés ainsi que les professionnels de santé libéraux qui contribuent à la mise en œuvre de la politique de santé pour assurer l'équilibre de l'offre de soins dans les territoires.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Ce serait restreindre la participation des acteurs aux seuls professionnels et établissements de santé. Il faut les citer tous ou n'en citer aucun. En l'occurrence, ils sont tous inclus dans les conférences de santé mentionnées dans cet article. Avis défavorable, donc.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS369 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Le terme « promotion » n'appartient pas au vocabulaire de la santé. Nous faisons de la protection, non de la promotion.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je me bornerai à vous remémorer l'intitulé de la Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986 à l'issue de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Avis défavorable par conséquent.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle étudie l'amendement AS1075 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** Cet article vise à déterminer le périmètre de la politique de santé, le rôle des acteurs, les conditions dans lesquelles elle est élaborée, ainsi que ses objectifs. Nous considérons que la rédaction est étriquée et ne répond pas à nos conceptions.

Nous proposons, pour notre part, cinq finalités : garantir des taux de prise en charge des soins satisfaisant pour toutes et tous, sans conditions de revenus ; assurer aux professionnels et aux professionnelles de santé des revenus attractifs, sans lesquels le niveau d'excellence de recrutement et les obligations liées à ce domaine d'activité ne pourraient être maintenus ; définir cette prise en charge de manière à ce qu'elle soit financièrement supportable ; revenir à un déficit nul de l'assurance maladie ; favoriser la recherche et l'innovation et l'accès au progrès thérapeutique et répondre à l'exigence d'efficacité et de proximité.

**M. Gérard Bapt.** Je suis surpris par cet amendement. La finalité d'une politique de santé est-elle d'obtenir un déficit nul de l'assurance maladie ? Ce sont deux choses différentes que l'équilibre des comptes et la politique de santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Nous pourrions en débattre. Toutefois, la partie de l'article qu'il nous est proposé de modifier a pour objet non pas de décrire un monde idéal, mais de détailler l'objectif d'amélioration de l'état de santé de la population. Je suis donc défavorable à cet amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission examine les amendements identiques AS1212 de Mme Dominique Orliac, AS1483 de Mme Martine Pinville et AS1563 du rapporteur.*

**Mme Dominique Orliac.** La politique de santé est tellement transversale qu'elle mobilise de nombreux acteurs sur le terrain. Beaucoup d'enfants ne bénéficient aujourd'hui ni de dépistage ni de soins. Il est donc important que la stratégie nationale de santé prenne en compte et détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.

**Mme Martine Pinville.** Il serait utile de compléter cet article en rappelant que la santé de l'enfant doit demeurer prioritaire, et la politique qui s'y attache plus cohérente. On sait que c'est dans les premières années de la vie que se déterminent les comportements psychosociaux et que beaucoup d'acteurs sont susceptibles d'intervenir : la sécurité sociale, l'Éducation nationale, ou encore les collectivités territoriales à travers les services de PMI.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Trois amendements ont été déposés, qui tendent à définir les principes d'une politique de santé de l'enfant dans sa globalité afin d'inscrire ceux-ci au cœur des politiques publiques dont l'État est garant. Ce premier amendement prévoit qu'un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.

*La Commission adopte les amendements.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS140 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Il s'agit d'inscrire dans la politique de santé un objectif de réduction du taux de maladies chroniques, qui ne cesse de croître, au point que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé l'alerte en 2011. Or on ne fait jamais référence à cet objectif, sauf dans des plans spécifiques, comme pour le cancer, mais pas de façon globale. Pour nous, une des façons de réduire ces taux est de développer la santé environnementale. Les maladies chroniques sont le problème de santé numéro un, qui pèse sur les comptes de la sécurité sociale et que la politique de santé ne parvient toujours pas à enrayer.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je partage pleinement cette préoccupation, mais il serait très compliqué de définir un taux de réduction, et c'est pourquoi je suis défavorable à l'amendement. Mieux vaut donner de vraies compétences et de vrais moyens aux systèmes de santé, car l'objectif de la stratégie nationale de santé est de mieux soigner les maladies chroniques et, en agissant sur la prévention, de réduire leur évolution.

**M. Jean-Pierre Door.** Je m'interroge sur la pertinence de cet amendement. Les maladies chroniques sont diverses et multiples, trente et une sont répertoriées ; comment résoudre un tel problème en fixer un taux de réduction arbitraire de 25 % ?

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle passe à l'amendement AS370 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Il convient de ne pas s'arrêter à l'identification des déterminants, notamment ceux qui sont liés aux conditions de vie et de travail, mais d'engager des initiatives concrètes agissant sur l'ensemble des conditions environnementales ou socio-économiques.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je ne suis pas favorable à votre proposition, qui supprimerait la mission d'identification des politiques de santé, notamment celles liées aux conditions de vie et à l'âge. Cela signifierait, en quelque sorte, que l'on agirait à l'aveugle, et je ne pense pas que ce soit ce que vous souhaitez.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS239 de Mme Martine Pinville et AS1213 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Martine Pinville.** Le huitième alinéa de cet article mentionne « la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés aux conditions de vie et de travail ». Nous proposons d'y ajouter l'éducation, puisqu'il s'agit de l'ensemble du parcours de vie des personnes.

**Mme Dominique Orliac.** L'éducation constitue en effet l'un des principaux déterminants de l'état de santé de la population.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte ces amendements.*

*Elle aborde ensuite l'amendement AS371 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Cet amendement, dans la ligne des précédents, complète l'alinéa concerné par la mention des conditions socio-économiques, car la santé ne s'arrête pas aux conditions de vie et de travail.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Votre proposition sera tout à l'heure satisfaite par l'amendement AS241 qui mentionne, parmi les « lieux de vie », les établissements d'enseignement et les lieux de travail, et donc, par ricochet, les conditions socio-économiques.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS373 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** L'aspect environnemental est-il, lui aussi, mentionné dans l'amendement AS241, monsieur le rapporteur ? Si tel est le cas, je suis prêt à retirer le mien.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS736 de M. Gérard Bapt.*

**M. Gérard Bapt.** Je propose, par cet amendement, de changer de paradigme en ce qui concerne l'analyse de la prévalence de nombreuses maladies chroniques, en prenant en considération l'ensemble de l'exposome, c'est-à-dire des facteurs non génétiques, notamment environnementaux et comportementaux, qui peuvent influencer sur la santé humaine tout au long de la vie.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Le principe de reconnaissance du risque, notamment à des âges sensibles de la vie, comme l'exposition à des substances ou à des polluants, constitue un concept intéressant, d'ailleurs retenu par l'OMS. Je m'interroge cependant : quelle garantie avons-nous que l'exposome ne sera pas utilisé à des fins de sélection du risque, par exemple par des sociétés d'assurances ? Nous demandera-t-on un jour de produire notre « carte d'exposome » ?

**M. Bernard Accoyer.** Je suis défavorable à cet amendement. M. Bapt devrait se méfier de cette sienne tendance à se défier de tout ce qu'il respire, de tout ce qu'il voit, de tout ce qu'il côtoie et, finalement, de tout ce qu'il redoute.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je suis pour ma part, somme toute, favorable à l'amendement, et je salue au passage le combat extrêmement utile de notre collègue Gérard Bapt contre les phtalates et les bisphénols. On ne saurait lui reprocher d'avoir été toujours vigilant sur ces sujets de santé publique extrêmement importants pour nos concitoyens !

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS241 du rapporteur et AS1214 de Mme Dominique Orliac.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cet amendement, dont j'ai parlé voici un instant, précise que, parmi les « lieux de vie » dans lesquels la santé doit être promue, figurent notamment les établissements d'enseignement et les lieux de travail. La définition du parcours éducatif en santé sera évoquée plus loin.

**Mme Dominique Orliac.** L'amendement, en outre, évoque la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, ce qui est essentiel pour une approche globale de la politique de santé.

*La Commission adopte les amendements.*

*Elle adopte l'amendement rédactionnel AS240 du rapporteur.*

*Elle est saisie de l'amendement AS758 de M. Gérard Bapt.*



**M. Gérard Bapt.** Il s'agit de mentionner les liens pouvant exister entre notre état de santé et la préservation des écosystèmes dont font partie les éléments relevant de la biodiversité. Cette novation apparaît dans le troisième Plan national santé environnement (PNSE 3), adopté par le Gouvernement et actuellement débattu dans l'hémicycle s'agissant de ses dispositions relatives à la biodiversité.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La notion de biodiversité pouvant se retrouver dans celle de « facteurs d'environnement » qui figure au neuvième alinéa de l'article, votre proposition paraît restrictive, et je vous suggère de retirer l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS141 de M. Jean-Louis Roume gas.*

**M. Jean-Louis Roume gas.** La notion d'exposome a été reconnue par des scientifiques de nombreux pays et figure dans le PNSE 3, auquel d'aucuns gagneraient à participer. Il s'agit de maîtriser les risques liés aux expositions et de préciser ceux-ci : alimentation ; mode de vie et risque chimique.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je suis défavorable à cet amendement, car la notion d'exposome vient justement d'être introduite dans le texte par l'amendement AS736 de M. Bapt. Une nouvelle mention, redondante, nuirait à la lisibilité du texte.

*L'amendement est retiré.*

*Puis la Commission étudie l'amendement AS1442 de Mme Catherine Coutelle.*

**Mme Catherine Quéré.** L'article 1<sup>er</sup> du projet de loi bâtit le cadre de la politique nationale de santé ; cet amendement vise à y intégrer des objectifs spécifiques à la santé des femmes. Si ces dernières bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes, la comparaison de leur santé respective offre un tableau contrasté, avec des enjeux spécifiques ainsi que la persistance d'inégalités sociales devant la santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cette précision n'a pas sa place à cet endroit du texte, où il est question des domaines d'intervention des politiques de santé. À la rigueur pourriez-vous, puisque la politique de santé de l'enfant a été introduite à l'alinéa 6, retirer votre amendement et le redéposer en séance à cet alinéa ?

**Mme Catherine Quéré.** Nous le redéposerons, mais je ne vois pas pourquoi on nous mélange avec les enfants.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il ne s'agit pas de mélanger les femmes avec les enfants. L'alinéa 6 définit le cadre global dans lequel est construite la stratégie nationale de santé, tandis que nous sommes après l'alinéa 9, qui vise à identifier les domaines d'intervention de la politique de santé.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS527 de M. Fernand Siré.*

**M. Bernard Perrut.** L'exposé des motifs du projet de loi souligne la nécessité de donner la priorité à la prévention et à l'action sur les déterminants de la santé. En effet, les

maladies chroniques non transmissibles constituent la première cause de mortalité à l'échelle de la planète. Leur prévalence ne cesse d'augmenter et leurs conséquences sont graves non seulement pour les individus, mais également en termes de dépenses de santé et de productivité. Je vous épargnerai les chiffres, et insisterai seulement sur les coûts causés par la prise en charge du diabète, de l'obésité et des maladies cardio-vasculaires. Ces maladies chroniques, dans lesquelles des facteurs nutritionnels sont impliqués, constituent des enjeux majeurs de santé publique. L'amendement précise qu'il convient de promouvoir l'équité dès le départ, et à ce titre, de mettre l'accent sur les actions auprès des jeunes.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Votre amendement est satisfait, et j'y suis donc défavorable, puisque la politique de santé de l'enfant est désormais prise en compte. Si nous limitons la prévention en y adjoignant l'adjectif « précoce », nous excluons de son champ les personnes âgées qui, elles aussi, ont besoin d'une politique de prévention, qui inclut notamment la vaccination annuelle, obligatoirement proposée, contre la grippe.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS142 de Mme Véronique Massonneau.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Dans le prolongement de nos débats sur la fin de vie et le manque de soins palliatifs, nous demandons que les grands principes de la politique de santé incluent le traitement de la douleur.

**M. Arnaud Robinet.** L'amendement est précisément satisfait par le projet de loi relatif aux nouveaux droits des personnes en fin de vie que l'Assemblée a adopté cet après-midi.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Mon avis est favorable. Il faut prévenir la douleur au même titre qu'on prévient la maladie, les traumatismes et les pertes d'autonomie. C'est une question très importante.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS1564 du rapporteur, AS1566 de Mme Dominique Orliac et AS1568 de Mme Martine Pinville.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Ce troisième et dernier amendement auquel j'ai fait allusion tout à l'heure tend à instituer, à côté du parcours de santé scolaire de l'enfant, un parcours éducatif en santé, élaboré de façon concertée, avec une réflexion générale sur les compétences à acquérir à chaque étape de l'enseignement. L'objectif est que l'enfant puisse apprendre à prendre soin de lui-même au cours de sa scolarité, et qu'il sorte de celle-ci avec un bagage de connaissances qui permettra notamment de prévenir le risque d'addiction à l'alcool, au tabac, etc.

**M. Dominique Tian.** Cette disposition ne tombe-t-elle pas sous le coup de l'article 40 de la Constitution ? Il s'agit en effet de dépenses supplémentaires. Nous connaissons la situation catastrophique de la médecine scolaire française, qui est la pire d'Europe, et qui est due au fait qu'il n'y a pas de médecins scolaires. Cela se traduit notamment, hélas, par un taux de suicide parmi les plus élevés d'Europe. Il n'est pas acceptable de voter de telles mesures d'affichage en l'absence de moyens.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Cet amendement, monsieur Tian, a été déclaré recevable par le président de la Commission des finances.

**Mme Martine Pinville.** Je souhaite préciser que, dans la loi de refondation de l'école, nous avons fait adopter des dispositions relatives à l'éducation à la santé et la promotion de celle-ci. Cela est déjà inscrit dans la loi et nous devons préciser ici ce que peut être le parcours éducatif de santé.

**M. Bernard Accoyer.** Alors que nous sommes censés écrire la loi, nous nous contentons en réalité de rédiger un catalogue de bonnes intentions. Je redoute que les puristes, parmi lesquels le Conseil constitutionnel, n'émettent quelques critiques, car cela ne relève pas du domaine législatif. Il est singulièrement préoccupant que nous ajoutions encore d'innombrables pages au code de la santé publique, qui n'ont pas de portée normative.

**M. Dominique Tian.** Si nous devons prendre une décision utile, ce serait de confier la médecine scolaire aux collectivités territoriales. Lors de l'adoption des lois de décentralisation, l'État a reçu cette charge qu'il n'assume absolument plus. Voilà qui, au moins, ne serait pas du verbiage.

*La Commission adopte les amendements.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS1477 de Mme Valérie Fourneyron.*

**Mme Valérie Fourneyron.** Merci, madame la présidente, de m'accueillir dans cette Commission dont je ne suis pas membre et de me donner la parole. Je propose de compléter cette partie du texte, qui a trait à la prévention collective et individuelle des maladies, par la mention de la pratique physique et sportive à tous les âges et de sa contribution à la santé publique. Toutes les études épidémiologiques démontrent en effet que cette pratique constitue un facteur de prévention primaire, secondaire et tertiaire à tous les âges de la vie. Il suffit de se rappeler le coût du traitement de l'obésité en France ou le nombre des chutes des personnes âgées.

**M. Guillaume Larrivé.** Merci, madame la présidente, de laisser également le membre de la Commission des lois que je suis participer à cette discussion. La manière dont ce projet de loi est rédigé et amendé sera digne d'être enseigné dans les cours de droit, particulièrement à Sciences po. Vous êtes en train de vous payer de mots, et pourriez aussi bien écrire que l'eau bout à cent degrés et que la gymnastique doit être pratiquée le matin par les hommes, les femmes et les enfants. Tout cela n'a aucun sens, et je m'étonne que la ministre laisse faire autant de malfaçons législatives, dénoncées par toutes les autorités légistiques depuis trente ans.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Vous n'avez pas à vous adresser ainsi à la ministre : le débat se déroule entre députés, sur un amendement d'origine parlementaire. Monsieur Accoyer, je ne puis vous redonner la parole, car M. Larrivé s'est déjà exprimé contre l'amendement.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je rappelle que nous parlons de politique de santé, de prévention collective et individuelle, et d'objectifs de prévention que nous reconnaissons tous comme très importants. Or, à entendre certains, on ne devrait pas parler d'éducation à la santé parce que cela coûterait cher, ni d'éducation physique et sportive comme facteur de maintien en bonne santé. Les critiques de forme que je viens d'entendre me paraissent mal venues, et je suis très favorable à l'amendement de Mme Fourneyron.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS242 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il est proposé de créer une animation nationale des actions conduites dans le cadre des services de PMI. Chaque territoire peut établir sa politique de santé et de suivi des enfants dans ce domaine sans que cela remette en cause la coordination nationale que nous appelons de nos vœux. Celle-ci serait fondée sur l'expertise du Haut Conseil de la santé publique et du futur Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique. Il ne s'agit pas de retirer aux départements la possibilité d'organiser la PMI comme ils le souhaitent, mais d'en avoir une vision appuyée sur une expertise nationale.

**M. Bernard Accoyer.** Je souhaite sous-amender l'amendement précédent puisque je n'ai pas eu la parole. Je proposerais donc qu'il soit précisé qu'il faut faire de la gymnastique le matin et de la gymnastique d'assouplissement. La qualité du texte que nous rédigeons doit nous rappeler que les Français ont un problème avec le travail qu'effectuent les élus de la République et que nous avons le devoir de nous interroger sur ce que nous faisons.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Accoyer, je mets cet instant à profit pour vous rappeler les règles dont nous sommes convenus avec les responsables des groupes quant au déroulement de nos débats. Chaque amendement est défendu par l'un de ses signataires, après quoi, outre le rapporteur, une personne et une seule peut s'exprimer contre. Notre collègue Larrivé ayant exprimé cette position défavorable, vous n'aviez plus la possibilité de prendre la parole sur l'amendement.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1654 du Gouvernement.*

**Mme la ministre.** Il est nécessaire de préciser que les parcours de santé ont pour enjeu la mise en œuvre de la coordination des acteurs non seulement sanitaires, mais aussi sociaux et médico-sociaux, et ce en lien avec les usagers.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** J'y suis favorable, car la rédaction initiale ne mentionne pas les acteurs sociaux et médico-sociaux, non plus que les usagers et la continuité de la prise en charge.

*La Commission adopte l'amendement.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'adoption de l'amendement du Gouvernement fait tomber les amendements identiques AS936 et AS1076.

**Mme Valérie Boyer.** Je souhaite cependant transformer mon amendement AS936 en sous-amendement à l'amendement du Gouvernement. Il s'agit de faire en sorte que l'organisation du parcours de santé, qui repose par définition sur une approche transversale aux champs sanitaire, social et médico-social, assure non seulement l'accessibilité et la qualité des soins, mais encore celles de l'accompagnement social et médico-social, et que le domicile soit visé comme lieu de soins et d'accompagnement à prendre en compte dans le parcours de santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Et dire que l'on nous reproche de faire des lois bavardes !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ces amendements ne peuvent s'inscrire dans la nouvelle rédaction qui vient d'être adoptée à l'initiative du Gouvernement.

*Les amendements identiques AS936 de Mme Valérie Boyer et AS1076 de M. Arnaud Richard tombent, de même que l'amendement AS696 de Mme Martine Pinville.*

*La Commission examine l'amendement AS776 de M. Rémi Delatte.*

**M. Rémi Delatte.** Cet amendement prend en compte le cas particulier des malades handicapés et des personnes dépendantes, car, pour que l'égalité devant la santé soit effective, il est nécessaire que chaque axe de la politique de santé soit décliné au regard des besoins spécifiques des publics considérés. Or, leur mention est absente du projet de loi.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Si j'étais taquin, j'aurais presque envie d'entendre la réaction de M. Accoyer, car l'amendement est pleinement satisfait par les objectifs généraux de la stratégie de santé mentionnés à cet article. Mon avis est donc défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Ensuite, elle examine l'amendement AS466 de M. Yves Daniel.*

**M. Yves Daniel.** L'égalité de traitement des citoyens, où qu'ils soient sur le territoire, est l'un des fondements de la politique de santé, comme le rappelle l'alinéa 6 de cet article. En inscrivant clairement la lutte contre les déserts médicaux dans le texte, notre amendement garantit la mise en œuvre effective et la traduction concrète de ce principe, dans la continuité des efforts déjà entrepris par le Gouvernement.

**M. Élie Aboud.** Nous voulons tous lutter contre les déserts médicaux, mais quelle est l'action concrète proposée ? Et le sujet doit-il être abordé ici, ou dans la partie du texte consacrée à la stratégie territoriale ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La nouvelle rédaction de l'alinéa 11 devrait satisfaire les auteurs de l'amendement, notamment en termes d'accessibilité et de continuité des soins. Je leur suggère donc de le retirer.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS384 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** L'alinéa 12 mentionne la prise en charge collective des conséquences financières et sociales de la maladie et de l'accident par le système de l'assurance sociale. Qu'est-ce que cela veut dire ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Si je comprends bien l'amendement, il s'agit de remettre en cause la notion même de loi de financement de la sécurité sociale et, au-delà, la sécurité sociale elle-même... Mon avis ne peut donc être que défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission examine, en discussion commune, les amendements AS386 de M. Élie Aboud et AS762 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Il faut rappeler que notre système de santé est fondé sur la solidarité puisqu'il restitue à tous, en fonction de ses besoins, ce qui a été mis en commun en fonction des moyens de chacun.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Le premier des deux amendements tend à supprimer cette notion de solidarité, le second à la réaffirmer. J'ai tendance à en conclure que la rédaction actuelle du texte est équilibrée, et à émettre, par conséquent, un avis défavorable à l'un comme à l'autre.

*La Commission rejette successivement les deux amendements.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS763 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Le présent amendement a pour objet de mentionner explicitement la prise en charge du handicap par le système de protection sociale, la réécriture proposée de l'article L. 14-11-1 du code de la sécurité sociale ne le mentionnant plus.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cette précision n'est pas utile à cet endroit du texte, car la prise en charge collective du handicap par la nation est solennellement affirmée par la loi de 2005. Je vous propose de vous rallier à l'amendement 144 qui devrait vous satisfaire, faute de quoi, mon avis sera défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission examine l'amendement AS143 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** Il s'agit de prendre en compte la douleur dans la recherche en santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Nous souhaitons tous lutter contre la douleur et améliorer la recherche comme les thérapeutiques, mais nous risquerions, en énumérant tous les thèmes de recherche possibles, de produire plus de confusion que de clarté. Avis défavorable.

**M. Dominique Tian.** Nous attachons beaucoup d'importance, pour notre part, à la lutte contre la douleur.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS438 de M. Jean-Pierre Door, AS473 de M. Bernard Accoyer, AS680 de M. Guillaume Larrivé et AS1077 de M. Arnaud Richard.*

**M. Jean-Pierre Door.** Les futurs jeunes médecins ont noté une absence de coopération entre le ministère de l'enseignement supérieur et le ministère de la santé. Or, une telle coopération est fondamentale. Nous souhaitons donc créer les conditions favorables à la familiarisation de ces futurs praticiens avec l'activité professionnelle de médecin.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis favorable. Cette précision est utile, compte tenu des difficultés qui existent lorsque l'on souhaite s'informer sur les différents métiers de la santé.

*La Commission **adopte** les amendements.*

*Elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS244 du rapporteur.*

*Elle aborde ensuite l'amendement AS374 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** À l'alinéa 5, nous souhaitons garantir que les associations d'usagers agréées par les agences régionales de santé (ARS) soient davantage impliquées dans la gestion de la politique de santé, ce que le rapporteur a refusé. Or, à l'alinéa 16 sont évoquées l'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire des associations. De deux choses l'une : soit ces associations sont impliquées avec l'État dans la gestion de la politique de santé publique, soit elles ne le sont pas.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Ce que nous souhaitons, c'est faire participer la population et assurer sa pleine information, et non pas seulement garantir la transparence des décisions prises par l'administration ou par les médecins. Notre rédaction va donc plus loin que la vôtre.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS145 de M. Éric Alauzet.*

**M. Éric Alauzet.** Les médecines dites complémentaires jouent un rôle significatif dans le dispositif de santé. D'ailleurs, une grande majorité des Français y a recours. Cet amendement a donc pour objectif de mieux les intégrer dans le panier de soins.

Ces médecines, qui complètent l'offre de soins apportée par la médecine conventionnelle, répondent à plusieurs objectifs : prévention, responsabilisation du patient, alternative en cas d'intolérance ou d'échec des traitements classiques, limitation des effets secondaires, réduction des coûts de notre système de soins. Nous proposons que l'observation de ces médecines complémentaires soit l'un des objectifs de notre politique de santé, afin de mieux connaître leurs indications, leurs usages, leur évaluation, la formation de leurs praticiens et la cotation de leurs actes et de leur donner la place qui leur revient.

**M. Élie Aboud.** Comment définissez-vous ces « médecines complémentaires » ?

**M. Éric Alauzet.** Ce terme désigne les médecines alternatives telles que l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, la phytothérapie, etc.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Votre amendement est satisfait dans la mesure où nous avons introduit à l'alinéa 9 la notion d'innovation et de recherche sur les pratiques. Les médecines complémentaires, en outre, sont étudiées par un groupe d'appui technique créé il y a quelques années et géré directement par le directeur général de la santé. L'une des missions de ce groupe est la coordination de l'évaluation scientifique de ces pratiques. À partir de ces évaluations et d'une revue complète de la littérature internationale, il est prévu que la direction de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) formule des propositions afin d'intégrer ces pratiques dans le système de santé et réfléchisse au moyen d'améliorer l'articulation entre les différentes formes de médecine sur la base de résultats scientifiques dûment validés.

**M. Bernard Accoyer.** Nous voterons contre cet amendement. On fait naître beaucoup d'espérances et l'on trompe bien du monde avec ce type de médecines

prétendument alternatives ou douces. La réponse du rapporteur n'apaise nullement nos craintes et ne manquera pas d'inquiéter les médecins, les professionnels et les universitaires.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle étudie les amendements identiques AS72 de M. Jean-Pierre Door, AS849 de Mme Bérengère Poletti, AS890 de M. Dominique Tian et AS1398 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Arnaud Robinet.** Le présent projet de loi, en modifiant la définition de la politique de santé, a fait disparaître les mentions du handicap figurant actuellement à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique. Or, l'accès aux soins des personnes handicapées ne va pas de soi, car le monde de la santé s'y adapte difficilement. Par ailleurs, plus de huit millions d'aidants non professionnels, souvent familiaux, jouent aujourd'hui un rôle central dans l'aide et l'accompagnement d'un proche dépendant pour les actes de la vie quotidienne. La fatigue physique et psychique, les enjeux affectifs, l'isolement et le stress qu'implique cette fonction majeure, ont de vives répercussions sur leur propre santé. Pour que l'égalité des chances en matière de santé soit effective, il est nécessaire que chaque axe de la politique de santé soit décliné au regard des besoins spécifiques de ces publics.

**M. Jean-Pierre Door.** Aujourd'hui, en effet, plus de huit millions d'aidants familiaux non professionnels jouent un rôle central dans l'aide et l'accompagnement d'un proche dépendant de son entourage pour les actes de la vie quotidienne, en raison d'un handicap ou d'une maladie. Ces aidants familiaux subissent une fatigue physique et psychique certaine.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Si l'objectif est louable, je vous propose de retirer vos amendements au profit de l'amendement AS144 du groupe écologiste, plus général car il vise la politique de santé dans sa globalité.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS144 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** Il est essentiel que la situation des personnes handicapées et de leurs aidants familiaux soit prise en compte dans chaque dispositif. La réécriture proposée par le projet de loi faisant disparaître du droit l'objectif de prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap, nous souhaitons le réintroduire.

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement allant dans le même sens que nos précédents amendements, nous le soutenons, et demandons même à le cosigner.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Vous ne m'avez pas fait confiance lorsque je vous ai dit que cet amendement satisfierait à votre objectif, et voilà que vous voulez le cosigner ! J'émetts un avis favorable, sous réserve d'une rectification visant à supprimer les mots « l'ensemble de », qui sont superflus.

*La Commission adopte l'amendement AS144 ainsi rectifié.*

*Puis elle aborde l'amendement AS375 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Dans la discussion générale, il a été affirmé que le Premier ministre et la ministre de la santé allaient organiser une Conférence nationale de santé. Or, à



l'alinéa 17 est annoncée une stratégie nationale de santé sans contenu, sous prétexte qu'il faudra par la suite organiser une consultation afin d'en définir les objectifs et les priorités. Il me semble que cela aurait pu être fait auparavant.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Sont d'abord définis à l'article 1<sup>er</sup> les domaines compris dans la politique de santé puis ensuite la manière de procéder pour élaborer notre stratégie nationale de santé. Cela me paraît plus réaliste et plus responsable que la démarche d'affichage retenue dans la loi du 9 août 2004, qui énonçait de multiples objectifs et prévoyait la révision des lois de santé publique tous les cinq ans – révision qui ne s'est jamais produite. J'émet donc un avis défavorable à la suppression de l'alinéa 17.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine en discussion commune les amendements identiques AS436 de M. Jean-Pierre Door et AS681 de M. Guillaume Larrivé, ainsi que l'amendement AS500 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous souhaitons que la consultation prévue à l'alinéa 17, préalable à la révision de la stratégie nationale de santé, implique également le Conseil national consultatif des personnes handicapées.

**M. Guillaume Larrivé.** Vous prévoyez, madame la ministre, que les modalités de la consultation publique prévue à cet article seront précisées par décret en Conseil d'État. Or, nous estimons que cette consultation doit impliquer des représentants des usagers, des professionnels de santé et du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Si vous vous engagez à ce que tel soit bien le cas, nous pourrions retirer notre amendement.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je crains fort qu'en énumérant une liste de personnes ou d'instances à consulter, on n'en oublie certaines.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Que diront en effet celles qui ne seront pas citées ? C'est au décret de définir les modalités de cette consultation publique, non à la loi. Avis défavorable.

**Mme la ministre.** Puisque M. Larrivé se dit prêt à retirer son amendement, je veux le rassurer : les personnalités et instances citées dans son amendement sont évidemment incontournables dans le cadre de la consultation qui sera organisée en vue de la mise en place et du déploiement, étape par étape, de la stratégie nationale de santé. En revanche, je ne puis affirmer à ce stade que ces groupes seront les seuls à être consultés.

Je rappelle que la stratégie nationale de santé est le cadre d'ensemble dans lequel seront définies les grandes orientations de la politique de santé. Au sein de cette stratégie nationale s'intègrent des actions publiques, de nature réglementaire ou législative, et il appartiendra aux différentes parties prenantes de lui assigner régulièrement de nouveaux objectifs. Ainsi nous donnons-nous aujourd'hui pour priorités, par exemple, la prévention ou la réorganisation des soins en territoire autour du médecin traitant. La consultation sera publique et associera en particulier les représentants des usagers, ce qui est une grande nouveauté.

**M. Jean-Pierre Door.** C'est un sujet sensible, au point que des amendements ultérieurs proposeront également la consultation obligatoire du CNCPH, conformément au

souhait exprimé par les associations de personnes handicapées lorsque nous les avons auditionnées. Puisque vous vous engagez à ce que le CNCPH participe à la révision de la stratégie nationale de santé, je suis prêt à retirer celui-ci.

*Les amendements sont retirés.*

*Les amendements identiques AS231 de M. Jean-Pierre Door, AS887 de Mme Martine Carrillon-Couvreur, AS889 de Mme Bérengère Poletti et AS891 de M. Dominique Tian sont également retirés.*

*La Commission en vient à l'amendement AS1215 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** Les associations d'usagers du système de santé ont été mises à l'écart du processus d'élaboration de la stratégie nationale de santé. Il paraît donc indispensable que la loi apporte des garanties quant à l'inclusion de l'ensemble des parties prenantes dans la consultation publique, le suivi annuel et l'évaluation annuelle de cette stratégie.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Pour toutes les raisons évoquées précédemment, et parce que la notion d'« ensemble des parties prenantes » me paraît sans portée juridique, je vous propose de retirer votre amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS146 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** Cet amendement a pour objet d'assurer que la stratégie nationale de santé publique prendra bien en compte les besoins des personnes en situation de handicap. C'est pourquoi nous avons souhaité associer le CNCPH à la consultation publique préalable.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je formulerai la même demande que précédemment.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'amendement est en effet satisfait.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine, en discussion commune, l'amendement AS892 de M. Dominique Tian, les amendements identiques AS73 de M. Jean-Pierre Door, AS850 de Mme Bérengère Poletti et AS888 de Mme Martine Carrillon-Couvreur, et l'amendement AS147 de Mme Véronique Massonneau.*

**M. Jean-Pierre Door.** Je retirerai les amendements AS73 et AS850, compte tenu des engagements pris par Mme la ministre.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** J'insiste sur la nécessité de faire appel à l'expertise des associations représentant les personnes handicapées dans l'élaboration de notre politique de santé. Cela étant, je retire mon amendement.

**Mme Véronique Massonneau.** Le système de santé est parfois peu accessible aux personnes en situation de handicap. Faire appel à l'expertise des associations de personnes handicapées pour définir, réviser, suivre ou évaluer les politiques de santé publique est donc

l'une des conditions préalables à l'adaptation du système de santé aux besoins spécifiques des personnes handicapées. L'amendement AS147 vise donc à prendre en compte l'avis du CNCPH.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Dans la mesure où nous avons créé un volet handicap et où le CNCPH est un acteur essentiel en la matière, ces amendements sont redondants avec l'état actuel des pratiques, ou du moins avec les nouvelles pratiques instaurées dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

*Les amendements AS892, AS73, AS850 et AS888 sont retirés.*

*La Commission rejette l'amendement AS147.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS74 de M. Jean-Pierre Door et AS851 de Mme Bérengère Poletti, ainsi que l'amendement AS148 de Mme Véronique Massonneau.*

**M. Jean-Pierre Door.** La nouvelle rédaction de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique fait disparaître toute mention de la prise en compte des populations fragilisées parmi les actions de promotion de la santé. Cela va à l'encontre de l'objectif annoncé, qui vise à promouvoir l'accès de tous aux soins.

**M. Bernard Perrut.** Afin de renforcer l'égalité des chances des personnes handicapées, notamment scolarisées, en matière de santé, je propose de rendre obligatoire la prise en compte de ces populations fragilisées.

**Mme Véronique Massonneau.** Les actions de promotion de santé doivent prendre en compte les spécificités requises afin d'en assurer la bonne compréhension par les personnes en situation de handicap, et notamment de handicap mental.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Nous venons d'adopter un amendement précisant que la politique de santé tout entière est adaptée aux personnes en situation de handicap et que les actions de promotion de la santé recouvrent le développement des compétences individuelles. Ces amendements sont donc satisfaits et je vous propose de les retirer.

*Les amendements sont retirés.*

*Puis la Commission examine l'amendement AS708 de Mme Martine Pinville.*

**Mme Martine Pinville.** Cet amendement définit, en cohérence avec le projet de loi, la logique inhérente à la coopération sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes malades, des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes en situation d'exclusion sociale. En ce sens, il conforte la mission du service public territorial de santé au public dans sa mission de coordination de l'offre territoriale, extraterritoriale, voire extrarégionale.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il est satisfait par la nouvelle rédaction de l'alinéa 11 que nous venons d'adopter par amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission en vient à l'amendement AS452 de Mme Chaynesse Khirouni.*

**Mme Chaynesse Khirouni.** La prévention et la promotion de la santé doivent être abordées de manière transversale et pluridisciplinaire. Je vous propose donc que tout projet de loi fasse l'objet d'une réflexion préalable sur l'insertion de dispositions relatives à la prévention en matière de santé. Ainsi, un projet de loi relatif au logement pourrait-il comprendre des éléments concernant la prévention en matière d'intoxication, d'accidents domestiques ou de pollution intérieure. L'objectif est de renforcer l'efficacité de la loi en obligeant l'administration, le Gouvernement et le Parlement à y prévoir des dispositions spécifiques en matière de prévention.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable : si cette disposition était adoptée, cela fragiliserait la consultation publique *ad hoc* envisagée, alors que de nombreux pays ont recours à cette méthode. Et, surtout, cela ne lierait pas le législateur, qui ne pourrait l'être que par une loi organique ou constitutionnelle. Prévoir que chaque loi doit envisager son objet sous l'angle sanitaire paraît à la fois trop compliqué et inadapté ; en revanche, l'article 1<sup>er</sup> prévoit déjà de favoriser systématiquement la promotion de la santé dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle aborde l'amendement AS387 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** L'alinéa 23, qui dispose que les organismes gestionnaires de l'assurance maladie poursuivent les objectifs déclinés par les ARS visant à garantir la continuité des soins, est-il compatible avec la liberté d'installation des médecins ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** La notion de continuité des soins s'entend du point de vue du patient, non du médecin.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable à l'amendement. Les ARS ont pour mission de décliner dans les territoires les politiques publiques déterminées par l'État après consultation de tous les acteurs concernés.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Si la question est de savoir si les ARS exerceront une forme de coercition sur les médecins souhaitant s'installer, la réponse est non.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il ne s'agit en effet nullement d'exercer une coercition ni d'imposer un Gosplan médical, mais simplement de rappeler que l'ARS est l'organe déconcentré de l'État qui a compétence en matière d'organisation des soins.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Quant à la liberté d'installation des médecins, elle n'est nullement remise en cause. N'est-ce pas, monsieur le rapporteur ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Nous la réaffirmons en effet.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS437 de M. Jean-Pierre Door, AS474 de M. Bernard Accoyer, AS682 de M. Guillaume Larrivé et AS1078 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Robinet.** Le projet de loi prévoit la création d'un « service territorial de santé au public » afin d'organiser de manière administrée la coopération entre les

professionnels libéraux dans les territoires. Il est donc indispensable de réaffirmer avec fermeté le principe de la liberté d'installation mentionnée dans le code de la santé publique.

**M. Bernard Accoyer.** Les déclarations et propositions de plusieurs membres de la majorité vont dans le sens d'une restriction de la liberté d'installation des médecins, qui ne seraient autorisés à s'installer que dans les zones en tension. Il convient donc de réaffirmer le principe de liberté d'installation.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Une proposition de loi en ce sens avait été déposée par votre groupe...

**M. Bernard Accoyer.** Je ne l'ai pas signée !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Certes, mais cela montre que, tout comme au sein de votre groupe, des membres de la majorité peuvent très bien prendre des positions qui leur sont propres. La ministre, en revanche, a réaffirmé à maintes reprises le maintien du principe de libre installation, ce que vous confirmera le rapporteur.

**M. Guillaume Larrivé.** Le projet de loi prévoit que les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie doivent poursuivre les objectifs définis par l'État et déclinés par les ARS, visant à assurer plusieurs objectifs, dont ceux de continuité, de coordination, de qualité des soins ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins. Ces objectifs m'agrément, notamment en tant que député rural. Mais il me paraît important de prévoir expressément que c'est dans le respect du principe de libre installation des médecins qu'il convient de les atteindre. Si les engagements qui viennent d'être rappelés sont fermes, j'imagine que le Gouvernement sera favorable aux amendements du groupe UMP sur cette question importante.

**M. Arnaud Richard.** Notre groupe, madame la ministre, vous accordera le bénéfice du doute, considérant qu'il s'agit là d'une distraction de plume, mais il ne nous paraît pas normal que, dans cette rédaction nouvelle des dispositions relatives aux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), la mention de la liberté d'installation ait été supprimée. Cette erreur matérielle pourra donc être corrigée grâce à notre amendement.

**Mme la ministre.** Il est vrai que, dans la rédaction des dispositions relatives aux SROS, la référence à la liberté d'installation a été, selon le terme consacré, « écrasée ». Nous proposerons donc un amendement afin de la rétablir, mais à l'article 38 qui a précisément trait aux SROS.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La vigilance de l'opposition était donc manifestement utile.

**M. Arnaud Richard.** Je remercie Mme la ministre pour la précision qu'elle vient de nous apporter. Cela dit, il est inquiétant que ce point précis ait été « écrasé » dans la réécriture du dispositif en vigueur, et c'est pourquoi nous maintenons nos amendements.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle aborde l'amendement AS1443 de Mme Catherine Coutelle.*

**Mme Catherine Coutelle.** Pour assurer le pilotage et le renforcement de l'action publique, il faut posséder des données précises. Or, les données sexuées relatives à la santé

des femmes sont éparées et parfois anciennes : celles relatives à la situation contraceptive des femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) datent de 2007, celles relatives aux femmes qui renoncent aux soins remontent à 2006. Nous demandons donc qu'un baromètre de la santé des femmes soit publié tous les deux ans, afin de mener une politique qui soit au plus près de leurs besoins en matière de santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Tout d'abord, pourquoi prévoir dans la loi des priorités spécifiques aux femmes, alors même que l'élaboration de la stratégie nationale de santé permettra de les mettre en lumière ? En outre, figer des priorités assorties d'objectifs et d'indicateurs serait une erreur, comme le montre l'expérience de la loi du 9 août 2004. Enfin, le Haut Conseil de la santé publique a déjà compétence pour réaliser des études et suivre des indicateurs « genrés » lorsque c'est nécessaire.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine les amendements identiques AS1208 du rapporteur, AS1565 de Mme Dominique Orliac et AS1567 de Mme Martine Pinville.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Comme deux amendements précédemment adoptés, l'amendement AS1208 vise à mieux structurer la politique de santé de l'enfant. Après avoir défini celle-ci comme une composante de la stratégie de santé et identifié un parcours éducatif de santé, je propose de préciser que le Haut Conseil de la santé publique, lorsqu'il contribue à la stratégie nationale de santé, pourra également contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant qui soit globale et concertée. Il pourra notamment évaluer les politiques de santé de l'enfant aujourd'hui conduites par différents acteurs et formuler des propositions pour renforcer et améliorer leur coordination.

**Mme Dominique Orliac.** L'amendement AS1565 vise à prendre en compte la politique de santé de l'enfant dans les politiques publiques menées par l'État.

**Mme Martine Pinville.** Le parcours éducatif en santé de l'enfant visera à ce que, dans chaque établissement, soit élaborée de façon concertée une réflexion globale sur les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité.

**M. Dominique Tian.** Encore une fois, vous rendez la loi inutilement bavarde. Le vrai problème est un problème de compétences respectives de l'État et des collectivités territoriales. Mieux vaudrait prévoir des dispositions précises, visant les rectorats, voire le ministère de l'éducation nationale.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je suis étonnée, monsieur Tian, que vous souhaitiez étatiser à ce point le système de santé...

*La Commission adopte les amendements.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS1609 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cet amendement de cohérence vise à établir un lien entre la PMI, la santé scolaire et universitaire et la santé au travail.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle aborde ensuite l'amendement AS152 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Cet amendement vise à insister sur l'importance des actions de prévention et d'information sur les questions environnementales, et de leur impact sur la petite enfance. En effet, ce sont les femmes enceintes et les enfants en bas âge qui sont les plus vulnérables aux facteurs environnementaux. Je pense bien sûr aux perturbateurs endocriniens, mais aussi à certains produits alimentaires. Il existe d'ailleurs parfois déjà des affichages volontaires pour déconseiller aux femmes enceintes la consommation de certains produits.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je n'étais pas sûr d'avoir compris l'amendement, mais, à l'écoute de votre argumentation et compte tenu des enjeux de santé publique en la matière ainsi que des études, réalisées partout dans le monde, qui montrent bien que l'exposition à des perturbateurs endocriniens peut, à ces âges fragiles, avoir des conséquences sévères et parfois désastreuses sur la santé, j'émetts un avis favorable.

**M. Dominique Tian.** Je note que le rapporteur se dit favorable à un amendement qu'il n'a pas compris – et qui est effectivement incompréhensible. Visiblement, certains de doute nos collègues du groupe écologiste se sont rendus à des colloques à New York et au Japon... Je n'ai pas très bien compris, en particulier, en quoi cet amendement pourrait nous faire économiser 20 milliards d'euros !

**M. Jean-Louis Touraine.** Vous confondez avec l'amendement suivant !

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS151 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Cet amendement vise à prolonger le délai d'entrée en application du troisième Plan national santé environnement (PNSE 3), le PNSE 2 n'ayant pas encore trouvé à s'appliquer pleinement.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je viens de comprendre que l'intervention de M. Tian ne portait pas sur l'amendement précédent, mais sur celui que nous examinons à présent. Monsieur Roumegas, les objectifs du PNSE 3 contribueront à la stratégie nationale de santé en fonction de la consultation qui sera organisée. Par ailleurs, pourquoi mentionner la date de 2020, alors que l'on ne fixe généralement de date qu'une fois connue celle de fin du plan précédent ? En outre, l'alinéa 20 prévoit aussi la coordination de l'ensemble des politiques publiques. J'émetts donc un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine l'amendement AS475 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement vise à préciser que le Gouvernement doit traiter avec les organisations représentatives des professions de santé et non pas choisir les interlocuteurs qui l'arrangeraient pour conduire des politiques publiques qui l'arrangeraient également.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Le texte vise les professionnels de santé en général, ce qui n'exclut nullement les organisations représentatives. Par contre, votre amendement restreindrait le champ du partenariat, en excluant notamment la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS245 du rapporteur.*

*Elle en vient à l'amendement AS940 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Valérie Boyer.** Il s'agit de faire en sorte que les centres de santé puissent être pleinement acteurs de la politique nationale de santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Si l'on cite les centres de santé, il faut aussi mentionner les réseaux de santé, les pôles de santé, les maisons de santé, les établissements publics de santé et les établissements privés de santé, tous essentiels au fonctionnement de notre système sanitaire. Lorsque l'on mentionne les « professionnels », cela n'exclut en rien les centres de santé.

**Mme Valérie Boyer.** Dans ce cas, pourquoi vise-t-on explicitement les associations agréées ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il s'agit des associations de patients.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 1<sup>er</sup> modifié.*

**Après l'article 1<sup>er</sup>**

*La Commission examine l'amendement A1458 de Mme Monique Orphé.*

**Mme Monique Orphé.** Malgré les efforts déployés par le Gouvernement, la situation sanitaire outre-mer se caractérise par des difficultés persistantes. Si nombre de problèmes sont communs à ceux de la métropole, d'autres y sont spécifiques. Il apparaît donc nécessaire d'adopter une stratégie qui tienne compte de ces spécificités. On peut regretter cependant que l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi ne vise pas les outre-mer. Pour corriger cette situation, le présent amendement prévoit que la stratégie nationale de santé se décline en des programmes spécifiques destinés aux collectivités ultramarines. Le texte précise également que la politique de santé doit prévoir une approche des spécificités propres aux collectivités ultramarines sur la base de données d'évaluation spécifiques.

Dans l'amendement que j'avais rédigé initialement, j'avais proposé que soit mentionné Wallis-et-Futuna. Ce territoire ne figurant pas dans la rédaction que nous examinons, je vous propose de l'y rajouter.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.*

*Puis elle examine l'amendement AS435 de Mme Chaynesse Khirouni.*

**Mme Chaynesse Khirouni.** La loi du 9 août 2004 prévoit la consultation des acteurs majeurs de notre système de santé, tels que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Or, nous souhaitons renforcer la participation des usagers et de leurs représentants. Je propose donc, d'une part,



d'intégrer l'organisation représentative des associations d'usagers agréées conformément à l'article L. 1114-1 du code de la sécurité sociale – ce qui satisferait à l'une des dix-neuf propositions du Comité des sages, qui tend à accroître le rôle et l'implication des usagers dans l'amélioration du système de santé ainsi que leur participation à la définition des politiques publiques – et, d'autre part, d'améliorer le cadre de la concertation et la méthode retenue pour l'organisation de celle-ci, sur le modèle de la concertation organisée avec les partenaires sociaux.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Si l'on élabore une loi relative au médicament, il ne sera peut-être pas indispensable d'auditionner l'UNOCAM au préalable. Surtout, lorsqu'une loi ou un dispositif traite de la santé, il est évident que les principaux organismes sont consultés. Ce fut le cas s'agissant de la stratégie nationale de santé, mais aussi de la rédaction du présent projet de loi. Enfin, le cadre de la consultation publique prévue à cet article sera défini par décret. Bref, non seulement votre amendement est satisfait, mais il est restrictif au regard de ce que nous avons proposé précédemment.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est saisie de l'amendement AS921 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.*

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Il a été constaté à différentes reprises une aggravation de la situation des jeunes enfants. L'UNICEF explique les difficultés rencontrées par les enfants qui vivent sous le seuil de pauvreté. Quant au SAMU social de Paris, il a reconnu que plus de 80 % des familles sont aujourd'hui en grande difficulté. Ces différents constats rendent nécessaire la conduite d'actions à l'égard des parents et des enfants avant leur scolarisation. Ces actions doivent être reconnues et soutenues en tant que telles, ce à quoi vise cet amendement.

**M. le rapporteur.** Cet amendement est satisfait, la PMI étant reconnue à l'article 1<sup>er</sup>. Quant à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), il s'agit d'un organisme de sécurité sociale. Or tous les organismes de protection sociale sont désormais rattachés à la stratégie nationale de santé et tous interviennent dans le champ dont vous parlez. Je vous invite donc à retirer votre amendement.

*L'amendement est retiré.*

## **TITRE PREMIER RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ**

### **Chapitre I<sup>er</sup> Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé**

#### **Avant l'article 2**

*La Commission aborde l'amendement AS663 de M. Fernand Siré.*

**M. Fernand Siré.** Cet amendement vise à assurer la prévention pendant les neuf mois de grossesse des femmes enceintes et les deux premières années de la vie de l'enfant. On sait en effet que dans cette période, la façon d'alimenter les enfants a des répercussions toute leur vie sous forme de maladies chroniques, de diabète, de maladies cardiovasculaires et de troubles métaboliques.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Cet amendement n'apporte aucune précision utile par rapport à l'article L. 2111-1 du code de la santé publique, qui prévoit déjà que les services de protection maternelle et infantile (PMI) conduisent des actions de prévention pendant les phases cruciales du développement de l'enfant au travers de mesures de prévention en faveur des futurs parents, des enfants de moins de six ans, des femmes enceintes et des jeunes mères. Je ne sais pas ce qu'est la période « périconceptionnelle » mais j'imagine qu'elle est incluse dans les dispositions de l'article que je viens de citer.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS153 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Cet amendement vise à permettre aux caisses d'allocations familiales (CAF) et aux services départementaux de PMI de réaliser une expérimentation de promotion de la santé avant l'âge de la préscolarisation, pour les enfants de moins de trois ans. Un décret précisera les conditions d'application de cette disposition. On vise un âge où l'information sur les questions de santé et d'environnement est essentielle au bon développement des enfants.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Même argumentaire que précédemment : c'est déjà la mission de la PMI et des centres sociaux relevant des CAF. L'amendement est donc satisfait.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS697 de Mme Martine Pinville.*

**Mme Martine Pinville.** Je propose que, dans les douze mois suivant la promulgation de la loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport visant à expliciter les principaux déterminants des inégalités en matière de santé chez les enfants et les jeunes, et à évaluer l'ampleur de ces inégalités en France.

En effet, nous constatons, lorsque nous voulons mener une politique de santé de l'enfant, que les données disponibles en matière d'inégalités sociales de santé n'intègrent que rarement une perspective différentielle par groupes d'âge. Or, dans le cas de l'enfance et de l'adolescence, une telle perspective est indispensable. En effet, la façon dont s'organisent les déterminants macroéconomiques et environnementaux à ce moment du parcours de vie est particulière. L'impact de certains de ces déterminants y est plus fort mais aussi plus durable. Pour renforcer les mesures visant à repérer et à protéger les enfants et les adolescents les plus à risque et adapter la politique nationale de santé de l'enfant en conséquence, il faut disposer de données précises et globales sur le sujet.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La stratégie nationale de santé comprendra une analyse des déterminants de santé, mais elle peut difficilement constituer le cadre de l'analyse de déterminants socio-économiques et des inégalités. Si je comprends et approuve la motivation de votre amendement, je vous suggère de le retirer afin d'en retravailler la rédaction d'ici à l'examen du texte en séance publique ?

**Mme Martine Pinville.** Volontiers.

*L'amendement est retiré.*

**Article 2 (art. L. 121-4-1 du code de l'éducation) : Politique de santé en milieu scolaire**

*La Commission est saisie des amendements identiques AS246 du rapporteur, AS1217 de Mme Dominique Orliac et AS1484 de Mme Martine Pinville.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** À la suite des auditions menées à l'Assemblée nationale, et inspirés par nos collègues Martine Pinville et Gérard Gaudron ainsi que par les conclusions de la mission confiée aux professeurs Didier Jourdan et Pierre Lombrail, nous proposons de réécrire l'article 2 de façon à faire émerger un parcours éducatif de santé au niveau de chaque établissement – dans le cadre d'une réflexion concertée sur les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité. Il s'agit d'apprendre aux enfants à prendre soin d'eux-mêmes et d'autrui et à prévenir les conduites à risque dans le cadre des actions individuelles et collectives de promotion de la santé qui vont être menées et auxquelles seront associés l'ensemble de la communauté éducative ainsi que des intervenants extérieurs.

Cette notion ne figurant pas en tant que telle dans le code de l'éducation ni dans la rédaction actuelle de l'article 2, nous proposons de l'y introduire. La modification apportée par l'article 2 dans sa rédaction initiale est maintenue, mais la promotion de la santé à l'école par les autorités académiques se fera en lien avec les ARS, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladies concernés. Il s'agit d'un projet ambitieux qui nous permettra de mener des actions de prévention et de promotion de la santé et d'éducation à tous les âges de la scolarité. Il importe de permettre aux jeunes de mieux prendre soin d'eux-mêmes et d'acquérir davantage de connaissances en matière de santé. Cela évitera aussi que se développent à l'adolescence certaines conduites à risque – addictives, notamment. Il est plus efficace, par exemple, d'expliquer pourquoi fumer tue que d'adopter une position moraliste. Et si, dans une classe, on identifie par exemple une prévalence très élevée de l'obésité, on pourra mener des actions en lien avec les parents, les enseignants et des intervenants extérieurs – tels que des professionnels de santé – de façon à sensibiliser tout le monde au problème et à éviter chez les élèves concernés l'apparition de problèmes de santé par la suite.

**Mme Dominique Orliac.** Cette nouvelle rédaction globale de l'article 2, à laquelle se trouvera intégrée la notion de parcours éducatif en santé, vise à prendre en compte la lutte contre les inégalités de santé à différents échelons de l'éducation, à renforcer les liens entre les services de santé scolaire, ceux de la PMI et les autres acteurs locaux dans le domaine de la santé, et à préciser que les élèves pourront bénéficier d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif en santé.

**Mme Martine Pinville.** Cette réécriture de l'article 2 est l'aboutissement de travaux ayant donné lieu à plusieurs rapports, dont celui que j'ai publié avec Gérard Gaudron et celui réalisé par les professeurs Jourdan et Lombrail dans le cadre d'une mission relative à la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire. C'est une avancée importante que d'organiser ce parcours éducatif en santé et de préciser en quoi consistera la promotion de la santé à l'école en lien avec la stratégie nationale de santé et avec tous les acteurs de santé.

Tout à l'heure, M. Tian nous interpellait en réclamant des dispositions précises. Or, nous énonçons ici comment sera organisé ce parcours avec tous les acteurs, qu'il s'agisse de professionnels, de la PMI ou des acteurs de santé qui interviennent à l'école. Sachant que les comportements psychosociaux des enfants se déterminent avant l'âge de dix ans, c'est à ce moment-là qu'il faut intervenir.

**M. Dominique Tian.** Nous sommes sur la même longueur d'ondes. Je faisais simplement remarquer que la médecine scolaire française est très pauvre et très en retard sur celles de nos voisins européens.

Je suis d'autant plus favorable à cet amendement qu'il permettra aux collectivités locales d'intervenir. J'aurais certes préféré qu'on leur confie entièrement cette compétence puisqu'elles s'occupent déjà des collèges et des lycées, mais il s'agit d'une avancée, puisque les collectivités pourront apporter des financements qui nous permettront peut-être de disposer enfin d'une médecine scolaire digne de ce nom. La catastrophe actuelle est notamment due au fait que l'on n'arrive plus à recruter de médecins ni d'infirmières, les salaires proposés étant trop faibles.

*La Commission **adopte** les amendements et l'article 2 est **ainsi rédigé**.*

*En conséquence, deviennent **sans objet** les amendements AS513 de M. Fernand Siré, AS467 de M. Yves Daniel, AS372 de M. Denis Baupin, AS1079 de M. Arnaud Richard, AS1349 et AS1350 de M. Francis Vercamer, les amendements identiques AS234 de M. Jean-Pierre Door et AS476 de M. Bernard Accoyer, les amendements AS388 de M. Élie Aboud, AS730 de Mme Anne-Yvonne Le Dain, AS340 de Mme Chantal Guittet, AS154 de M. Jean-Louis Roumegas, les amendements identiques AS953 de M. Gérard Bapt, AS986 de M. Arnaud Robinet et AS1216 de Mme Dominique Orliac, les amendements AS1205 de M. Serge Letchimy et AS389 de M. Élie Aboud, ainsi que les amendements identiques AS156 de M. Jean-Louis Roumegas et AS339 de Mme Chantal Guittet.*

## **Après l'article 2**

*La Commission examine les amendements identiques AS532 de M. Fernand Siré et AS807 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Fernand Siré.** Cet amendement vise à prendre en compte, dans le cadre de la prévention, la période de conception de l'enfant ainsi que les deux premières années de sa vie. Vous semblez affirmer, monsieur le rapporteur, que ces missions de prévention sont assurées par la PMI et par les CAF, mais, compte tenu la manière dont elles procèdent pour donner des conseils de prévention aux femmes et du faible nombre d'enfants suivis par la PMI, permettez-moi d'être suspicieux à l'égard de leurs actions de prévention. Celles-ci sont plus souvent menées par les pédiatres et les généralistes que par la PMI.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Monsieur Siré, nous nous trouvons après l'article 2, une vingtaine d'amendements étant tombés à la suite de l'adoption de nos amendements de réécriture globale de l'article. L'amendement que vous auriez dû présenter insistant sur l'hydratation, j'y suis défavorable car cette notion est incluse dans celle d'alimentation.

*La Commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS531 de M. Fernand Siré et AS806 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Perrut.** Il s'agit de rétablir l'association des mots « hydratation » et « alimentation » dans l'article L. 312-7-3 du code de l'éducation, afin que les deux puissent être intégrés au « parcours éducatif en santé » prévu dans l'article 2 du projet de loi.

Nous voulons prémunir les enfants et les adolescents contre les risques liés à la déshydratation, encore trop fréquente en milieu scolaire : selon une étude du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), 90 % des enfants et 86 % des adolescents français ne boivent pas assez d'eau.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Vous évoquez dans l'exposé sommaire « l'indissociable association des termes hydratation et alimentation » ; or, le mot « alimentation » inclut déjà l'hydratation. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS157 de Mme Brigitte Allain.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** L'amendement vise à ce que le code de l'alimentation insiste bien sur le lien de l'alimentation avec la santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Votre amendement étant déjà satisfait, je vous invite à le retirer.

*L'amendement AS157 est retiré.*

*Puis la Commission examine l'amendement AS155 de Mme Laurence Abeille.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Il arrive que des groupes d'intérêts privés participent à des actions de sensibilisation et d'éducation en promouvant la consommation de certains produits : c'est ainsi que le Centre d'études du sucre (CEDUS), *lobby* de l'industrie sucrière, a participé à de telles actions.

Notre amendement vise à ce que de tels partenariats soient validés par les ARS lorsqu'ils sont conclus avec un établissement d'enseignement et par le ministère de la santé lorsqu'ils sont conclus avec le ministère de l'éducation nationale.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je vous remercie, monsieur Roumegas, d'avoir rappelé ce partenariat conclu entre le CEDUS et l'éducation nationale en 2013, c'est-à-dire, hélas, sous la présente majorité.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Le premier alinéa de l'amendement est satisfait par la nouvelle rédaction de l'article 2, qui prévoit que les actions de promotion de la santé à l'école seront conduites par les autorités académiques en lien avec les ARS.

Le second alinéa de l'amendement me paraît plus relever de la coordination ministérielle que de la loi. Avis défavorable, donc.

**Mme la ministre.** Je comprends votre préoccupation, monsieur Roumegas. Je ne pense pas, toutefois, qu'il appartienne au ministère de la santé d'évaluer l'ensemble des partenariats : ce serait un travail gigantesque.

L'exigence de transparence me paraît préférable puisqu'elle conduit à interroger les pratiques : on peut légitimement douter qu'un partenariat similaire à celui que vous avez évoqué soit de nouveau conclu.

Votre amendement ne me paraît pas apporter la bonne réponse.

**M. Arnaud Robinet.** Les collectivités locales jouent déjà un rôle en la matière : les contrats locaux de santé signés avec l'ARS et la caisse d'assurance maladie permettent de conduire, notamment dans le cadre des nouveaux rythmes scolaires, des actions de sensibilisation des jeunes à l'équilibre alimentaire ou à l'hydratation. N'en demandons pas trop au ministère de la santé !

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle passe ensuite à l'amendement AS381 de Mme Véronique Louwagie.*

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement consiste à introduire l'éducation à l'alimentation, à la santé et aux règles essentielles d'hygiène de vie dans l'élaboration des programmes scolaires dès la maternelle et à les intégrer dans le cadre des projets éducatifs territoriaux, afin notamment de lutter contre l'obésité dès le premier âge.

À l'occasion de la journée de l'enseignement agricole lors du salon international de l'agriculture, le 24 février dernier, Mme Vallaud-Belkacem, ministre de l'éducation nationale, et M. Le Foll, ministre de l'agriculture, ont réaffirmé l'importance de l'éducation à l'alimentation des jeunes.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'amendement est satisfait par la nouvelle rédaction de l'article 2.

*L'amendement est retiré.*

*Puis la Commission examine l'amendement AS1459 de Mme Seybah Dagoma.*

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** L'amendement vise à permettre aux élèves présentant des signes d'addiction à l'alcool ou à la drogue de bénéficier d'une aide psychologique appropriée en créant une disposition du code de l'éducation prévoyant que tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation devront orienter ces élèves vers le médecin scolaire.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Bien que j'aie cosigné l'amendement, je m'aperçois seulement maintenant que sa rédaction n'est pas satisfaisante, le mot « drogue » étant trop imprécis : il conviendrait plutôt de parler de « substances psychoactives ».

**M. Olivier Véran, rapporteur.** J'ai également cosigné cet amendement : or j'ai désormais un doute sur la mesure même qu'il vise à instaurer.

En effet, l'orientation vers le médecin scolaire d'élèves soupçonnés de conduite addictives relève de l'attention qui est due à chaque élève par l'ensemble des personnels chargés de leur éducation : ajouter que cela constitue une obligation légale ne laisse pas de m'interroger, puisque le code de l'éducation prévoit déjà que le médecin scolaire travaille en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents pour chaque enfant et non pour les seuls enfants suspects de conduite addictive.

Il convient de revoir la rédaction de l'amendement.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'erreur est humaine !

**M. Dominique Tian.** Cet amendement est dangereux pour les libertés individuelles. Il faut non pas dénoncer un enfant en le signalant à la médecine scolaire, mais avertir ses parents de ses problèmes supposés.

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** Je retire l'amendement pour le retravailler d'ici à la séance publique.

*L'amendement AS1459 est retiré.*

*La Commission examine ensuite AS1017 de M. Arnaud Robinet.*

**M. Arnaud Robinet.** Il s'agit d'insérer pleinement les programmes et la vie scolaires dans la prévention des comportements alimentaires à risque en tenant compte du contexte local : les collectivités territoriales doivent être pilotes de cette mobilisation pour l'éducation alimentaire, en lien avec le corps professoral et avec les ARS dans le cadre des contrats locaux de santé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La nouvelle rédaction de l'article 2 satisfait votre amendement.

*L'amendement AS1017 est retiré.*

*Puis la Commission examine l'amendement AS1485 de Mme Annie Le Houerou.*

**Mme Annie Le Houerou.** S'agissant des jeunes filles mineures, l'article L. 1111-5 du code de la santé publique comporte déjà une dérogation à l'information et au recueil du consentement parental, prévu à l'article 371-2 du code civil, pour la prescription de la contraception et la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse. Dans ces deux cas, la jeune fille n'a pas à obtenir le consentement de ses parents et le secret médical doit être gardé.

Ces dispositions ne couvrant pas toutes les situations auxquelles sont confrontés aujourd'hui les professionnels de santé, l'amendement AS1485 vise à étendre cette dérogation aux sages-femmes ainsi qu'aux actes de prévention et de dépistage pratiqués chez un mineur et à permettre que cette dérogation soit étendue aux infirmiers, agissant sous la responsabilité d'un médecin, pour la réalisation d'actes de prévention, de dépistage, voire l'administration d'un traitement, lorsqu'il s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure de quinze ans et plus.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis favorable à cet amendement, qui permet d'améliorer la prévention et les soins en direction des personnes mineures qui souhaitent conserver le secret vis-à-vis de leurs parents, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS738 de M. Gérard Bapt.*

**M. Gérard Bapt.** La surdité risque d'être le problème de la jeune génération. C'est pourquoi l'amendement prévoit la réalisation, au cours de la Journée défense et citoyenneté (JDC), d'un test de dépistage de la surdité.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Les jeunes sont convoqués à la JDC vers dix-huit ans : c'est trop tard pour dépister chez eux de tels troubles et trop tôt pour les dépister chez les personnes âgées. Il conviendrait de réaliser ce dépistage plus tôt dans le parcours éducatif : les troubles de l'audition doivent en effet être dépistés avant et non pas après la période des apprentissages.

Je m'en remets à la sagesse de la Commission.

**M. Élie Aboud.** Nous sommes favorables à l'amendement de M. Bapt. Des consultations de psychiatrie sont liées à des déficits auditifs qui n'ont pas été détectés. Le contexte de la JDC se prête bien à un tel dépistage.

*La Commission adopte l'amendement.*

**Article 3 (art. L. 5134-1 du code de la santé publique) : Accès à la contraception d'urgence des élèves du second degré auprès de l'infirmier scolaire**

*La Commission examine l'amendement AS1610 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La modification que je propose constitue le point d'aboutissement de la réforme engagée par l'article 23 de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, qui a modifié une première fois la dénomination : « Santé de la famille, de la mère et de l'enfant ».

La deuxième partie du code de la santé publique sera intitulée : « Santé sexuelle et reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant ».

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS1708 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'article 3 vise à faciliter l'accès à la contraception d'urgence au sein de l'établissement scolaire en autorisant l'infirmier scolaire à l'administrer. Or l'administration de la contraception d'urgence doit constituer la première étape d'un accompagnement, notamment psychologique, de l'élève.

C'est pourquoi l'amendement AS1708 prévoit que l'infirmier scolaire, après avoir administré une contraception d'urgence, peut orienter l'élève vers un centre de planning familial.

**M. Dominique Tian.** La disposition prévue par l'amendement peut difficilement passer pour un progrès puisqu'elle sanctionne l'absence de médecins scolaires.

Cet amendement est un aveu du triste état dans lequel se trouve la médecine scolaire en France.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 3 modifié.*

**Après l'article 3**



*La Commission examine l'amendement AS1150 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Quelque 36 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse, dont la moitié continuera de fumer durant la grossesse : ainsi près de 20 % des enfants sont soumis *in utero* au tabagisme de leur mère.

Cet amendement vise à introduire l'évaluation de l'addiction tabagique, le sevrage et l'accompagnement à l'arrêt, dans le cadre de l'examen prénatal et lors du suivi postnatal. Cet accompagnement pourra également être proposé au père.

Il convient d'éviter que l'enfant, avant ou après sa naissance, soit exposé au tabagisme passif.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'amendement est déjà satisfait dans les textes.

Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS1176 de Mme Maud Olivier.*

**Mme Catherine Coutelle.** Cet amendement vise à assurer une information exhaustive sur les méthodes contraceptives, condition *sine qua non* d'un choix libre et éclairé.

Un rapport remis par Mme Poletti sous la précédente législature indiquait que les femmes ne recevaient le plus souvent, en la matière, qu'une information orientée vers la seule pilule.

**M. Gérard Bapt.** Ne conviendrait-il pas de préciser que toute personne a le droit d'être informée non seulement sur les méthodes contraceptives, mais également sur leurs risques ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Un professionnel de santé doit présenter à ses patients les effets secondaires de ses prescriptions.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cela fait partie de ses obligations médico-légales. Avis favorable.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS158 de M. Éric Alauzet.*

**M. Éric Alauzet.** Afin de favoriser la prévention en matière de santé reproductive et de répondre aux questions des adolescents en matière de sexualité, nous demandons que soit obligatoirement proposée à tout jeune de seize ans – âge moyen des premiers rapports sexuels – une consultation auprès d'une sage-femme, qui porte notamment sur la contraception, la prévention, les infections sexuellement transmissibles et le fonctionnement de l'appareil reproducteur.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable.

L'âge de seize ans est un âge moyen : cette consultation interviendrait donc dans de nombreux cas en aval des premiers rapports sexuels. C'est pourquoi un tel âge ne me paraît pas pertinent pour une consultation systématique de prévention.

De plus, la prévention en matière de santé reproductive fait partie des missions intégrantes des médecins gynécologues ou généralistes, des sages-femmes ainsi que des intervenants médicaux et paramédicaux. Elle s'inscrit déjà dans la pratique courante du suivi de la santé des femmes.

De nombreuses structures, qui existent sur tout le territoire – centres de planification et d'éducation familiale, établissements d'information, centres gratuits de dépistage et de diagnostic – remplissent déjà des missions en termes de programmes de préparation et d'accompagnement à la sexualité, dans le cadre notamment de consultations gratuites pour adolescentes.

Les consultations systématiques de prévention n'ont jamais eu, de manière générale, le succès escompté.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'âge de seize ans auquel l'amendement se réfère est peut-être lié au fait que c'est également à cet âge que les jeunes reçoivent leur première carte Vitale.

**M. Dominique Tian.** Il s'agit d'un excellent amendement permettant de favoriser la prévention en milieu scolaire en direction des garçons comme des filles, dans le cadre d'un rendez-vous personnalisé obligatoire, qu'il serait même possible d'avancer à quinze ans. N'oublions pas le taux de suicide élevé des adolescents !

**M. Arnaud Richard.** Comment un tel amendement a-t-il pu franchir la barrière de l'article 40 de la Constitution ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** M. Carrez, président de la Commission des finances, a considéré qu'il était recevable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS1444 de Mme Catherine Coutelle.*

**Mme Catherine Coutelle.** L'amendement AS1444 demande à la Haute Autorité de santé (HAS) de réaliser une étude sur la pertinence d'une éventuelle mise en vente libre des microprogestatifs dans les pharmacies. Il convient d'y voir clair, compte tenu des avis divergents sur la question.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Les microprogestatifs sont des médicaments hormonaux qui ne sont pas dénués d'effets indésirables : leur prescription requiert le passage chez le médecin ou la sage-femme pour notamment détecter les contre-indications.

Les conditions de prescription et de délivrance de ces produits doivent relever des compétences de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui est chargée de la pharmacovigilance.

**Mme Catherine Coutelle.** Il convient alors de demander cette étude à l'ANSM.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Une telle demande n'est pas d'ordre législatif. La ministre peut au demeurant saisir l'Agence si elle le souhaite. Avis défavorable, donc.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS555 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Jean-Pierre Door.** Par cet amendement, nous demandons au Gouvernement de remettre au Parlement avant le 30 juin 2016 un rapport évaluant les conséquences à court, moyen et long terme des traitements liés à l'assistance médicale à la procréation (AMP) sur la santé des femmes et sur leur environnement professionnel.

Il faut savoir en effet que 23 800 enfants sont nés en 2012 grâce à l'AMP : or il s'agit là d'un parcours difficile et éprouvant à la fois pour la femme et son conjoint.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La loi prescrit déjà à l'Agence de la biomédecine d'assurer l'information permanente du Parlement et du Gouvernement sur ces sujets : je vous invite à aller visiter son site internet très complet à l'adresse suivante : [procreation-medicale.fr](http://procreation-medicale.fr).

Avis défavorable.

**Mme Catherine Coutelle.** Vous ne répondez pas à la préoccupation de l'amendement qui vise la protection des femmes qui ont recours à l'AMP.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'Agence de la biomédecine rend déjà accessibles les informations visées par l'amendement aux publics qui souhaitent les obtenir.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS814 de Mme Monique Orphé.*

**Mme Monique Orphé.** Les études statistiques concernant la santé outre-mer et publiées de manière régulière sont actuellement fort peu nombreuses. Les études explicatives sur les particularismes des questions sanitaires et sociales dans les départements d'outre-mer sont même tout à fait déficientes.

C'est pourquoi l'amendement AS814 a pour objet d'améliorer non seulement la connaissance statistique des questions sanitaires et sociales outre-mer, mais aussi la connaissance des causes liées aux phénomènes ainsi quantifiés : mortalité infantile ou grossesses précoces dans les territoires ultramarins. Celles-ci, en effet, qui constituent une donnée extrêmement préoccupante, doivent être précisément documentées.

Les ARS, par leur connaissance des collectivités où elles opèrent, paraissent compétentes pour procéder à de telles études.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Les ARS sont déjà compétentes, y compris outre-mer, pour organiser l'observation de la santé : elles s'appuient à cette fin sur les observatoires régionaux de la santé.

Si je partage l'objectif de votre amendement, je tiens à souligner qu'il est déjà satisfait.

*L'amendement AS814 est retiré.*

**Article 4 (art. 225-16-1 et 227-19 du code pénal, L. 3342-1, L. 3353-3 et L. 3353-4 du code de la santé publique) : Lutte contre les pratiques d'alcoolisation massive des jeunes**

*La Commission examine les amendements AS1082 et AS1083 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** L'article 4 vise à lutter contre les nouvelles pratiques de la jeunesse en matière d'alcoolisation massive. Il faut se rappeler, en effet, que l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France.

L'article crée une infraction générale visant la provocation à la consommation excessive d'alcool, infraction qui concerne à la fois les majeurs et les mineurs avec une majoration de peine pour les mineurs.

Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation excessive d'alcool est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Le fait de provoquer directement un mineur à la consommation habituelle d'alcool est puni de deux ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Les amendements AS1082 et AS1083 visent à doubler ces amendes.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Vos amendements vont à l'encontre du principe de proportionnalité des peines. La vente d'alcool à un mineur est déjà punie, en effet, d'une amende de 7 500 euros. Avis défavorable aux deux amendements.

*La Commission rejette successivement les deux amendements.*

*Elle passe ensuite à l'examen de l'amendement AS1305 de M. Serge Letchimy.*

**Mme Monique Orphé.** L'amendement AS1305 tend à compléter l'arsenal répressif visé à l'article 4 par un versant éducatif, en favorisant, d'une part, la prise de conscience des conséquences potentiellement dramatiques associées à la consommation d'alcool, et en permettant, d'autre part, au juge de mobiliser un dispositif alternatif à la prison ou à la sanction pécuniaire dans le cas de personnes sans ressources.

Les travaux d'intérêt général s'effectuant au profit soit d'une personne morale de droit public, soit d'une personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public ou d'une association habilitée à mettre en œuvre des travaux d'intérêt général, il pourrait être envisagé de réaliser cette peine au sein de centres de cure ambulatoire en alcoologie, de centres conventionnés de soins spécialisés en alcoologie, d'associations de victimes agréées et de centres de désintoxication alcoolique.

Nous proposons d'inscrire cette possibilité dans la loi pour rappeler au juge que cette alternative est disponible.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'article 131-8 du code pénal prévoyant déjà la mesure que vous préconisez, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

*L'amendement AS1305 est retiré.*

*Puis la Commission adopte l'amendement de cohérence AS798 du rapporteur.*

**M. Arnaud Richard.** J'observe que l'amendement AS798 revient à doubler les peines, comme le proposaient les amendements AS1082 et AS1083, qui ont été rejetés.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Contrairement à vos amendements, il ne prévoit ce doublement qu'en cas de circonstances aggravantes.

*La Commission examine ensuite l'amendement AS1167 de Mme Seybah Dagoma.*

**Mme Fanélie Carrey-Conte.** L'amendement AS1167 vise à renforcer la dimension de prévention de l'article 4 en proposant que, dans le cadre des campagnes d'information prévues à l'article L. 3311-3 du code de la santé publique, un volet soit systématiquement dédié à la prévention en direction des jeunes.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'amendement est redondant avec la rédaction initiale de l'article, mais la lutte contre la consommation excessive d'alcool chez les jeunes justifie une telle insistance. En effet, 28 % des jeunes de dix-sept ans déclaraient avoir déjà été ivres trois fois au moins dans l'année en 2011 contre 26 % en 2008, et 10 % de ces mêmes jeunes sont des consommateurs réguliers d'alcool.

Avis favorable.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS247 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** C'est la loi qui définit aujourd'hui le contenu du message sanitaire devant figurer dans la publicité des boissons alcooliques : « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé ».

Afin de mieux adapter le contenu du message à l'évolution des politiques de prévention, l'amendement AS247 renvoie la définition de son contenu à un arrêté de la ministre de la santé.

L'arrêté pourra ainsi définir des messages différents : leur alternance et leur diversité seront plus efficaces en matière de prévention.

**M. Arnaud Robinet.** L'UMP est totalement opposée à l'amendement du rapporteur, tout d'abord parce qu'il remet en cause le message fixé par le législateur en 1991, qui est en totale cohérence avec l'objectif de la loi Evin : la lutte contre l'excès.

De plus, il supprime le message actuel qui est simple, lisible et compréhensible par tous et qui fait autorité dans l'esprit des consommateurs.

Il laisse en outre, au détriment du législateur, toute latitude à l'administration pour fixer le message, avec le risque d'aboutir à la remise en cause de toute notion de modération. Il risque d'enfermer la politique de santé dans une logique prohibitionniste, en écho à la volonté de l'administration de supprimer les repères de consommation et de stigmatiser la consommation elle-même et non plus l'excès de consommation.

Il ouvre enfin la possibilité de modeler le message sanitaire sur la lutte contre le tabagisme en ouvrant la boîte de Pandore des avertissements visuels et de l'étiquette neutre

sur les bouteilles. Il rendra inaudibles pour les consommateurs les messages auxquels ils pourront être confrontés.

S'il est adopté, il conviendrait, en tout état de cause, de prévoir une campagne d'information d'ampleur nationale et d'associer notamment les filières à la définition des messages.

Cet amendement, j'y insiste, brouille totalement le message relatif à l'excès de la consommation d'alcool.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS235 de M. Jean-Pierre Door et AS478 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** La vente de boissons alcooliques aux mineurs étant interdite, notre amendement vise à rendre obligatoire en France le contrôle de l'âge des acheteurs.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis favorable. Trop nombreux sont les débitants qui délivrent des boissons à des mineurs. Si les contrôles doivent s'accroître, l'obligation de présenter un document prouvant la majorité est nécessaire.

Je tiens personnellement à saluer les débitants qui prennent au sérieux leur rôle en la matière.

*La Commission **adopte** les amendements.*

*Puis la Commission examine les amendements identiques AS248 du rapporteur et AS1460 de Mme Françoise Dumas.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'article 4 interdit la vente à des mineurs de tout objet incitant directement à la consommation excessive d'alcool.

L'amendement AS248 vise à interdire également la mise à disposition de ces objets à titre gratuit.

**M. Dominique Tian.** Qu'est-ce qu'un objet faisant l'apologie de l'ivresse ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il peut s'agir de *tee-shirts*, bien sûr, mais aussi de verres en plastique faisant la promotion d'une boisson alcoolique : ils sont parfois offerts à des mineurs par des débitants.

*La Commission **adopte** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 4 **modifié**.*

#### **Après l'article 4**

*La Commission examine, en discussion commune, l'amendement AS1218 de M. Jacques Krabal et l'amendement AS1207 de M. Denys Robiliard.*

**M. Jacques Krabal.** Loin de nous la volonté d'ouvrir la boîte de Pandore, comme l'a redouté Mme la ministre. Toutefois, un bilan de la loi Evin relative à la lutte contre le

tabagisme et l'alcoolisme, qui a vingt-cinq ans, nous permettrait d'aborder en toute quiétude la question de la publicité dans la lutte contre l'alcoolisme.

Cette loi avait en effet pour objectif de lutter contre les excès de consommation d'alcool et de protéger les populations à risques, notamment les jeunes. Or les jeunes continuent de consommer de l'alcool, mais dans des conditions différentes – cela a déjà été souligné.

Si la consommation d'alcool a été réduite de plus de moitié ces dernières années - elle est passée de 26 à 11,9 litres par an et par habitant –, c'est la consommation du vin qui s'est écroulée – elle n'est plus que de 6,9 litres –, en raison du raccourcissement du temps des repas et du changement du statut du vin – de vin-aliment il est devenu vin-plaisir –, sans oublier l'engagement de la filière en faveur de la modération et de la consommation responsable – les jeunes exceptés, 17 % des Français en sont aujourd'hui consommateurs.

S'il faut continuer de lutter contre l'alcoolisme, notamment chez les jeunes, force est de reconnaître que la loi Evin est construite sur un vide juridique qui va s'amplifiant. En l'absence de définition claire de la publicité applicable aux boissons alcooliques, les juges se sont substitués au législateur et ont défini cette publicité comme : « Tout acte en faveur d'un organisme, d'un service, d'une activité, d'un produit ou d'un article ayant pour effet, quelle qu'en soit la finalité, de rappeler une boisson alcoolique », selon l'arrêt de la Cour de Cassation du 3 novembre 2004.

Cette assimilation d'un contenu journalistique, culturel ou artistique à de la « publicité » a entraîné une forte autocensure des médias et lorsqu'ils traitent de sujets liés au vin, c'est dans le cadre d'une insécurité juridique permanente.

Il convient donc de clarifier les frontières entre ce qui relève, d'une part, de la publicité et, d'autre part, de l'information journalistique, de la création artistique et culturelle, en définissant ce qu'est la publicité.

Tel est l'objet de l'amendement AS1218.

**M. Denys Robiliard.** Il faut rappeler que la loi Evin n'entendait pas interdire toute publicité. Du reste, le Conseil constitutionnel a jugé le 8 janvier 1991 que l'objectif de cette loi est de « lutter contre les excès de consommation d'alcool et de protéger les populations à risque », ajoutant que « le législateur, qui a entendu prévenir une consommation excessive d'alcool, s'est borné à limiter la publicité en ce domaine, sans la prohiber de façon générale et absolue ».

Les problèmes existants proviennent du fait que la loi du 10 janvier 1991 n'a pas défini ce qu'elle entendait par la publicité. Face à ce vide, les juges se sont substitués au législateur et ont donné leur propre interprétation de ce qui relevait de la publicité. C'est ainsi qu'en 2004 la Cour de Cassation a défini la publicité de manière très large : « Tout acte en faveur d'un organisme, d'un service, d'une activité, d'un produit ou d'un article ayant pour effet, quelle qu'en soit la finalité, de rappeler une boisson alcoolique. »

Une définition aussi large entraîne de fait l'assimilation d'un contenu journalistique, culturel ou artistique à de la publicité, la jurisprudence faisant tomber sous le coup de la loi de simples articles rédactionnels écrits en dehors de toute commande intéressée.

C'est ainsi qu'en 2007 le journal *Le Parisien* a été condamné pour un article sur l'exportation du champagne illustré par la photographie d'une bouteille de champagne. De même, en 2013, le journal *Paris Match* était condamné pour un article de critique cinématographique faisant état d'un lien entre l'alcool et le film, au motif suivant : « Il suffit que l'article mette en valeur une boisson alcoolisée [...] en associant l'alcool à un contexte festif ou à des personnalités valorisantes pour que l'infraction aux dispositions légales soit constituée ». Or à aucun moment le législateur de la loi Evin n'avait envisagé qu'une critique cinématographique puisse tomber sous le coup de la loi !

Ma circonscription comprend la commune et le château de Cheverny : si je fais de la publicité pour l'une ou l'autre, je peux tomber sous le coup de la loi puisque je rappellerai *ipso facto* le vin de Cheverny. Ce n'est pas acceptable.

Il est donc nécessaire de définir le champ d'application de la loi et donc la notion de publicité au sens strict du terme. Tel est l'objet de l'amendement AS1207.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Ces deux plaidoiries ne peuvent pas laisser insensible.

Nous avons auditionné des représentants des *lobbies* alcooliers venus se plaindre de cette insécurité juridique : ils fondaient leurs propos sur des exemples.

La loi doit-elle définir un cadre total tenant compte de toutes les situations pour éviter des jurisprudences aberrantes, sur lesquelles, toutefois, il ne nous appartient pas de porter un jugement puisqu'il s'agit de décisions de justice ? Devons-nous ouvrir la publicité ou au contraire la supprimer totalement en revenant sur les dispositions de la loi Bachelot dont l'examen avait soulevé de nombreux débats ?

Modifier la loi Evin sur ce point risquerait de menacer un équilibre qui, tout imparfait qu'il soit, a le mérite d'exister. Je ne suis pas certain du reste qu'une modification de la loi n'engendre pas d'autres difficultés.

Avis défavorable à ces deux amendements.

**Mme la ministre.** Ce débat est récurrent.

Le Gouvernement ne souhaite pas une remise en cause du cadre de la loi Evin. Si tel était le cas, en effet, c'est tout un ensemble de dispositions qui serait menacé.

À cette heure tardive de la nuit, je me refuse à engager un débat de fond sur le sujet. Nous l'aurons ultérieurement.

La loi Evin constitue un cadre protecteur qui garantit un point d'équilibre. À ceux qui le jugent insatisfaisant car trop rigide, je tiens à rappeler que d'autres souhaitent encore le durcir. Nous avons collectivement intérêt à ne pas y toucher.

**M. Arnaud Richard.** Je suis défavorable à ces deux amendements, qui ne sont pas bienvenus dans le texte.

Il conviendra de procéder à un bilan de la loi Evin, c'est indéniable. Les difficultés juridiques qu'elle soulève ont été très bien soulignées par M. Robiliard. Toutefois, il ne me paraît pas concevable d'adopter ce type de disposition dans le cadre de ce texte.



*La Commission rejette l'amendement AS1218.*

*Elle adopte ensuite l'amendement AS1207.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS893 de M. Dominique Tian.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS1089 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** L'amendement AS1089 vise à interdire la pratique du *free refill* qui consiste, pour une enseigne, à proposer des sodas à volonté.

Cette pratique, qui commence à se développer en France, va à l'encontre des préconisations en matière de santé publique et met en danger les populations, souvent les plus défavorisées, qui sont touchées par l'obésité.

Les calories nombreuses de ces sodas favorisent en effet le surpoids, l'obésité et les pathologies nutritionnelles comme le diabète et l'hypertension.

Je rappelle que notre pays a été pionnier dans le monde en matière de politique de santé publique nutritionnelle effective et durable au travers du lancement, en 2001, du premier Programme national nutrition-santé (PNNS).

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Si je suis favorable à l'objet poursuivi par votre amendement, s'agissant des sodas notamment, je note toutefois qu'il vise toute l'offre de boissons en libre-service, y compris l'eau.

**M. Arnaud Richard.** Vous avez raison, monsieur le rapporteur : sa rédaction mérite d'être précisée.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La disposition sera de toute façon très difficile à appliquer.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Cet amendement se justifie par un problème réel : lorsque les boissons sont en libre-service, les enfants ne se jettent pas sur l'eau minérale, mais sur les boissons sucrées !

Quant aux boissons recourant aux édulcorants, elles posent un problème équivalent, puisqu'elles habituent au goût sucré et éloignent de l'eau. Il en est de même des jus de fruits donnés aux très jeunes enfants.

**M. Arnaud Richard.** Je retire l'amendement pour le récrire d'ici à la séance publique avec, je l'espère, le concours bienveillant de Mme la ministre.

*L'amendement AS1089 est retiré.*

*La Commission examine ensuite les amendements AS815 et AS816 de Mme Monique Orphé.*

**Mme Monique Orphé.** L'article 4 du projet de loi vise à lutter contre la consommation excessive d'alcool, notamment de la part des plus jeunes.

Or l'on constate actuellement dans les agglomérations, notamment ultramarines, la présence de très nombreux panneaux publicitaires vantant les mérites de l'alcool.

À La Réunion, l'alcool cause un grand nombre de dégâts, dont sont victimes les populations les plus fragiles. C'est la deuxième cause de mortalité. Il est également impliqué dans plus de 60 % des accidents mortels, contre 30 % dans l'Hexagone. Il est présent dans une proportion importante des faits délictueux et criminels, notamment dans les cas de violences intrafamiliales. Le taux d'arrestation pour ivresse sur la voie publique est le plus élevé du territoire national. Qui plus est, les campagnes publicitaires sont souvent attractives et judicieuses : des slogans aguicheurs cherchent à ancrer les produits fabriqués localement dans l'identité réunionnaise. La publicité est aujourd'hui un des moyens les plus puissants pour inciter les personnes à modifier leur comportement.

Je tiens également à rappeler que la publicité pour l'alcool à proximité des établissements scolaires ou d'autres établissements spécifiquement destinés à la jeunesse n'est pas interdite en France.

Pour accroître la portée de l'article 4 du projet de loi et éviter la multiplication des affiches de quatre mètres sur trois mètres vantant les mérites de l'alcool, l'amendement AS815 vise à réduire de moitié les surfaces autorisées en matière d'affichage, lorsque la publicité a trait à des boissons alcoolisées.

Il vise également à interdire la présence d'enfants ou d'adolescents mineurs comme faire-valoir sur les affiches publicitaires ayant trait à l'alcool, comme a pu en voir notre collègue Gabriel Serville en Guyane.

Quant à l'amendement AS816, il prévoit l'interdiction de tout affichage publicitaire en faveur des boissons alcoolisées à moins de 200 mètres d'une école.

**M. Bernard Perrut.** Nous ne sommes pas favorables à l'amendement AS815 qui ne repose sur aucune étude d'impact, alors que, sous l'égide de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, différents opérateurs de l'État et différents professionnels travaillent actuellement sur le sujet.

Prendre une décision en la matière serait donc prématuré. De plus, la disposition prévue est inapplicable, du fait que les entreprises de publicité extérieure ne commercialisent pas un réseau spécialement destiné à l'alcool et au vin. Les formats ne sauraient donc dépendre du contenu du message publicitaire diffusé d'une semaine à l'autre.

Cette mesure durcirait par ailleurs considérablement la loi Evin en excluant la publicité pour les boissons alcoolisées du droit commun de la publicité par affichage. Elle ne pourrait pas être prise en compte dans le code de l'environnement, qui ne permet pas de réglementer les dispositifs publicitaires en fonction du message qu'ils diffusent.

Elle nuirait enfin à l'image de la filière viticole, qui a pris des engagements responsables en matière de modération de la consommation, et à l'œnotourisme, développé par un grand nombre de communes : l'affichage publicitaire lie très souvent la vision d'une collectivité locale, d'un château et d'un paysage au vin, qui fait aussi partie du patrimoine culturel de la France.

Attendons les résultats des études en cours.

**M. Élie Aboud.** Madame Orphé, la loi Evin interdit déjà la présence d'enfants ou d'adolescents mineurs sur des affiches publicitaires ayant trait à l'alcool.

Au plan technique, les entreprises d'affichage, qui sont généralistes, ne pourraient pas appliquer la mesure que prévoit l'amendement.

Enfin, une telle disposition nuirait aux politiques locales en matière d'œnotourisme et de culture identitaire.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je confirme que la loi interdit déjà la présence de mineurs sur les affiches publicitaires visant les boissons alcooliques.

Le principal est de veiller à ce que le message d'avertissement rappelant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé ne soit pas dissimulé ou parasité par d'autres éléments publicitaires.

Enfin, l'emplacement des débits de boisson à proximité des écoles est déjà encadré. Il conviendrait peut-être de s'en inspirer, s'agissant de l'affichage publicitaire.

Je vous propose de retirer vos amendements pour les retravailler d'ici à la séance publique : il convient de mieux les intégrer dans les politiques existantes de prévention et de limitation de la publicité.

*Les amendements AS815 et AS816 sont retirés.*

*La séance est levée le mercredi 18 mars 2015 à une heure.*



## Présences en réunion

### Réunion du mardi 17 mars 2015 à 21 heures 30

*Présents.* - M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Joël Aviragnet, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, Mme Kheira Bouziane-Laroussi, Mme Valérie Boyer, Mme Martine Carrillon-Couvreur, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Patrick Gille, Mme Chaynesse Khirouni, M. Jacques Krabal, Mme Bernadette Laclais, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Michel Liebgott, M. Gilles Lurton, Mme Véronique Massonneau, Mme Dominique Orliac, Mme Monique Orphé, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran

*Excusés.* - Mme Gisèle Biémouret, M. Michel Issindou, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Laurent Marcangeli, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Bérengère Poletti, M. Christophe Sirugue, M. Jonas Tahuaitu

*Assistaient également à la réunion.* - M. Éric Alauzet, Mme Fanélie Carrey-Conte, M. Guillaume Chevrollier, Mme Catherine Coutelle, M. Yves Daniel, Mme Valérie Fourneyron, Mme Chantal Guittet, M. Guillaume Larrivé, M. Jean-Pierre Le Roch, M. Christian Paul, Mme Catherine Quéré